

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
8.KONGRESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2014

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
8.KONGRESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2014

BİLDİRİ KİTABI

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Nilgün SARP

Yrd. Doç. Dr. A. Çetin YİĞİT

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2014

8. SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ KONGRESİ BİLDİRİ KİTABI

Editörler : Prof.Dr. Nilgün SARP, Yrd.Doç.Dr.A.Çetin YİĞİT

Elektronik ISBN : 978-605-63539-2-5

Not: Bildirilerden kaynak belirtmek koşuluyla yararlanılabilir.

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kasım-2014 Lefke-Güzelyurt/ KKTC.

nilgunsarp@gmail.com

nsarp@eul.edu.tr

cyigit2002@yahoo.com

cyigit@eul.edu.tr

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
8. KONGRESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
8. KONGRESİ

BİLDİRİ KİTABI

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Nilgün SARP

Yrd. Doç. Dr. A. Çetin YİĞİT

ÖNSÖZ

“Daha İyi Sağlık Sistemleri İçin Daha İyi Sağlık Yöneticileri”

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yaptığım dönemde, belki de Türkiye'nin en çalışkan ve verimli ekibi ile çalışma şansım oldu. O dönemde, Ankara Üniversitesi'ndeki en fazla AB projesini biz yaptık. Bunlardan birisi, 2007-2008 yıllarını kapsayan Leonardo da Vinci Hareketlilik Projesi (VETPRO) idi. Projede Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim elemanları Hollanda, Yunanistan ve İngiltere'deki benzer programları incelemek üzere, anılan ülkelere ziyaretler yapmıştı. Projenin temel amacı, Sağlık Yönetimi Bölümü'nün eğitim- öğretim programının Avrupa Birliği ülkelerindeki deneyimler ışığında yeniden yapılandırılmasını sağlamak idi. Yoğun proje hazırlama çalışmaları sırasında, proje başlığı olarak düşündüğüm ve kabul edilen isim, Lefke Avrupa Üniversitesi olarak yapacağımız kongrenin de teması oldu.

İlk yedisi Türkiye'de gerçekleşen “ Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi” nin devamı olan sekizincisini, ilk kez adada yapma isteğimizi Konya'da yapılan yedinci kongrede belirtmiştik. Uygun bulunan talep sonrası Sağlık Bilimleri Fakültesi olarak böyle bir organizasyona soyunmanın heyecanını yıl boyu yaşadık.

Genel olarak Üniversitemiz imkanları ile düzenlenen 8. Kongre için sponsor desteği de aldık. Sponsor desteğimiz hem maddi, hem de emek katkısı yönünde oldu. Türkiye Cumhuriyeti Büyükelçiliği, Yardım Heyeti Başkanlığı'ndan Uzman Müşavir Sn Engin Karabaş ve KKTC Turizm Bakanlığı Bakanlık Müdürü Sn Halil Talaykurt verdikleri katkıları ile bu işin üstesinden gelmemize destek oldular. Diğerleri; Tüfekçi grup, Medicana, KKTC Kooperatif Bankası, Ramazan Ata, Ertan Birinci-Genç TV, Prof Dr Haydar Sur, Erenler Medikal San.Tic.Ltd.Şti., Zemed Tıbbi Sistem ve Cihazları, Siyasal Kitabevi ve kitap basımından sonra sağlanan diğer katkılar için kendilerine şükranlarımızı sunuyorum.

En büyük katkı Türkiye Cumhuriyeti Büyükelçiliği, Sn Büyükelçi Halil İbrahim Akça'dan geldi. Kendilerine minnettarız.

Kongre için çok sayıda bildiri ve poster başvurusu oldu. Bilim kurulunca seçilen 141 sözlü bildiri özeti ve 60 poster bildiri başlığı, elinizdeki kitapta yer almaktadır. Sözlü ve poster bildirilerin tam metnini içeren elektronik kitap, kongre web sayfamızda yerini almıştır.

Kongre düzenlenmeleri iyi bir ekip çalışması olursa gerçekleşebilir. Çalışkan ve üretken bireylerden oluşan ekiplerin başında olmak , her zaman benim şansım olmuştur. Bu kongrenin gerçekleşmesi için bizi yüreklendiren ve her aşamasını izleyen Rektörümüz Prof.Dr. Mehmet Ali Yükselen başta olmak üzere, düzenleme kurulu üyelerimiz; Prof.Dr.



Afsun Ezel Esatoğlu, Yrd. Doç. Dr. Meltem Uçar, Yrd. Doç. Dr. A. Çetin Yiğit, Yrd.Doç.Dr Ahmet Münir Acuner, Öğr. Gör. Ayşe Özada, Öğr. Gör. Hanife Serin, Özkader Devecioğlu ve sekreterimiz Nilşen Maraşlı'ya teşekkür ediyorum. Kongrenin gerçekleşmesi için uzun saatler çalıştılar. Önceki Sağlık Bakanlarımızdan Sn. Dr. Eşref Vaiz 'in önerileri bizim için değerliydi.

Kongremizi kendi etkinlikleri gibi hissederek bize yardımcı olan İhtiyaç Danışmanlık Şirketinden başta Tezer Mercan, Süreyya Gürses olmak üzere tüm ekibine, Özbek Dedekorkut'a teşekkür ediyorum.

Kongremizin alana yararlı katkıları yapacağı inancı, bizimle birlikte olan tüm katılımcılara saygılar sunarım.

Prof Dr Nilgün Sarp
Kongre Başkanı

KONGRE AÇILIŞ KONUŞMALARI

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANI PROF DR NİLGÜN SARP

Sayın Büyükelçim,

Sayın Bakanım,

Sayın Rektörüm,

Basınıımızın değerli temsilcisi, değerli meslektaşlarım sevgili öğrenciler, 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'ne Hoşgeldiniz.

Yedisi Türkiye'de yapılan Sağlık İdaresi Kongresinin sekizincisinde bizleri yalnız bırakmadığınız için hepimize teşekkür ediyorum. Kongre teması, “Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri” çünkü sağlıkta hizmet sunumunda, planlanan politikalardan daha önemlisi yönetsel sorunlardır.

Sağlık Yönetimi bölümüne talep son birkaç yılda belki azaldı ama Avrupa'da halen talebi olan bir branştır çünkü sağlık pahalı bir hizmet ve artık ülkeler gelecekle ilgili planlamalarını sağlık yöneticileri aracılığıyla yapıyorlar.

Ülkeler sağlık ile ilgili gelecekteki politikalarını çalışıyorlar;

sağlıkta gelecekte;

- Yaşlanan nüfus
- Sağlık ve sosyal sistemin demografik yapıya uyumu
- Ekonomik koşullardaki belirsizliğin sağlığa etkisi
- Çevrenin toplum ve bireysel sağlığa etkisi
- Sağlıkta eşitsizliklerin giderek artması beklenmektedir.

İngiltere'de King Fund tarafından yayınlanan son rapora göre;

- Obesite prevalansının 1993 % 15 , 2010 % 26 olması,
- 2035 de kadın % 40 , erkek % 46 obez varlığı,
- Obesiteye bağlı 550.000 diyabet hastası,



- Kalp hastalıkları felçlerde 400.000 ilave artış,
- Sigara içme davranışında artışın devamı,
- Kronik hastalıklar ve çoklu kronik hastalıklarda artış,
- Kanser, kalp hastalıklarında artış ve bu artış gelecekteki 20 yılda ikiye katlanması beklenmektedir.

Tüm bunun anlamı da birçok kişinin birden fazla sağlık sorunu ile yaşayacak olmasıdır. Biz bunlara yönelik çeşitli politikalara hazır olmak zorundayız.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, Dünya nüfusunun %84' ünü oluşturmasına rağmen, küresel gelirin yalnızca % 18'ini elde etmektedirler. Buna rağmen, bu ülkeler küresel hastalık yükünün 93'ünü taşımaktadırlar ve küresel sağlık harcamalarının da sadece yalnızca % 11'ini gerçekleştirmektedirler.

Bir yandan obezite ile savaş, diğer yandan açlıkla mücadele, böyle çelişkilerin olduğu ülkelerde yaşıyoruz işte.

Sayın Büyükelçim, Sevgili meslektaşlarım, benim şöyle bir dileğim var; Dünyada kendi kişisel çıkar ve hırslarından uzaklaşmış, önce kurumunu, bölgesini, ülkesini ve dünyayı düşünen sağlık yöneticilerinin artmasını ve sağlıklı bir dünyayı çocuklarımıza bırakabilmeyi diliyorum.

Sizlere katıldığımız için tekrar teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum.

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRÜ
PROF. DR. MEHMET ALİ YÜKSELEN

Sayın Büyükelçim, Sayın Bakanım, değerli akademisyenler, basınımızın değerli üyeleri, sevgili öğrenciler Lefke Avrupa Üniversitesi ev sahipliğinde 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresine hepiniz hoş geldiniz.

Bilindiği üzere bir sağlık sisteminde 3 temel unsur bulunmaktadır bunlar; kalite, maliyet ve erişimdir. Son dönemlerde sağlık sektöründeki erişilebilirliği ve ekonomik göstergelerin iyileşmesi noktasında bu sektöre olan önem daha da fazla artmaktadır. Dünya sağlık örgütünün verilerine bakıldığında 2010 yılı itibariyle dünya genelinde sağlık için harcanan rakamın 6.5 trilyon \$ civarında olduğu söylenmekte gelişmiş ülkelerde bu sağlık için harcanan GSMH %17 - %18'lere varabilmektedir.

Ana vatanımız Türkiye'de 2010 verileri itibariyle GSMH'nın %5,6'sı yine ülkemizde KKTC'de 2013 yılında yayınlanan ekonomi durum raporuna baktığımızda referans noktası olarak 2010 yılını aldığımızda bu rakamın 3,4 civarında olduğunu söyleyebiliriz. Günün sonunda küçük ülke, büyük ülke, gelişmiş ülke, daha az gelişmiş ülke hangi ölçekte hangi ülkeye bakarsak bakalım gördüğümüz şudur ki; sağlık alanı önemini gitgide arttırıyor ve sağlık bütçeleri zaman ilerledikçe büyüyor. Sağlıkın alt sektörleri diyebileceğimiz ilaç, hizmet sunumu, tıbbi cihazlar gibi sektörlerinde gelişimiyle işin öneminin sadece tedaviyle ilgili olmadığını bunun ötesinde ciddi bir yönetim gerektirdiğini çok net bir şekilde ortaya çıkarmaktadır.

Bu kapsamda bu gün ev sahipliğinde gerçekleştirilen bu konferansın önemi daha da bir ortaya çıkmaktadır. Ben bu gün Lefke Avrupa Üniversitesi Rektörü olarak Lefke Avrupa Üniversitesinde sağlık noktasındaki yolculuğundan çok kısa bir şekilde anlatmak istiyorum, hazır bu kadar elit, bu kadar konuyla doğrudan ilgili bir akademisyen grubu bulmuşken. Lefke Avrupa Üniversitesi 2009 yılı itibariyle Kıbrıs'taki ilk Sağlık Yönetimi bölümünü açmış ve sağlık sektörüne eleman yetiştirme işine 2009 yılında başlamıştır. Ardından 2009 yılında başlayan bu yolculuk Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Yüksekokulu oluşumuyla birlikte Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, Sosyal Hizmet ve Hemşirelik bölümlerinin açılması ve bu bölümlerin öğrenci kabulü ile devam etti ve son dönemde Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu oluşturularak ilk etapta Acil Yardım, Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik, Tıbbi Tahlil ve Laboratuvar Teknikerliği ve Fizyoterapi bölümlerinde açarak yeni bir boyut oluşturulmuştur. Bu noktada Lefke Avrupa Üniversitesinin genel anlayış ve misyonunun tam bir devlet-vakıf üniversitesi olma bilinciyle kalitesinden ödün vermeden öğrenci yetiştirmek olduğunu söyleyerek yine biz bu misyonumuzu sağlık alanında da yetiştireceğimiz ara elemanlarla devam ettireceğimizi söylemek istiyorum. Bu kapsamda biliyorsunuz öğrencilerin uygulama alanları çok önemli sağlık alanında öğrencilerin eğitim alırken hastanelere, sağlık ocaklarına ulaşmaları çok önemli bu noktada başta Sağlık



Bakanımız ve Sağlık Bakanlığı Personeli tüm ekibiyle Lefke Avrupa Üniversitesi öğrencilerine bu imkanı sağlıyorlar. Kendilerine de bu vesileyle teşekkürü bir borç bilirim.

Lefke Avrupa Üniversitesi tarihinde ilk defa 5.000’li rakamları telafuz edecek hatta bu 5.000’li rakamlara 4.000’de durmaksızın 3.800’lü sayılardan 5.000’li sayılara geçerek inşallah başlayacaktır. Tabi öğrenci sayımızın artması alt yapı ihtiyacını doğurmaktadır. Bu gelişimin ciddi bir bölümü de az önce bahsettiğim sağlık alanındaki bölümlerle gelmektedir. Biz az önce söylediğim misyon çerçevesinde alt yapısını oluşturmadan öğrenci almama prensibiyle devam ediyoruz. Bu noktada bahsettiğim bölümlerimizin tüm alt yapılarını gerçekleştirdik. Bu alt yapıları gerçekleştirirken yanımızda her zaman Türkiye Büyükelçiliğini ve başta Sayın Büyükelçimizi kendilerine de kendim, öğrencilerim, çalışanlarımız adına teşekkürleri bir borç bilirim. Gerçekten kendilerinin destekleri olmaksızın biz bu noktalara üniversitemizi getiremezdik.

Son sözlerimi tamamlarken kongre çok zor bir iş, çok uğraş gerektiren bir iş, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanımız Prof.Dr. Nilgün Sarp ve ekibine gösterdikleri üstün gayret ve bu gün gördüğüm bu tablo için çok teşekkür ederim ve hepinize başarılı ve hayırlı bir konferans dilerim.

SAĞLIK BAKANI
Dr. AHMET GÜLLE

Sayın Büyükelçim, Sayın Rektör, Sayın Dekan, çok değerli akademisyenler, değerli konuklar, sağlık yöneticileri gerçekten çok anlamlı ve güzel bir kongre bu gün gerçekleşiyor.

Sağlık hepimizin bildiği gibi en öncelikli konumuz ve günümüzde sağlık gerçekten çok ilerlemiş bir durumda. İnsanın her tür organı, her tür dokusu sağlık konusunda gerçekten üstün teknolojilerle tecrübeli ellerle yani bir şekilde müdahaleler yapılabiliyor. Bu müdahaleler yapılırken tabi ki bütün bu sistemi iyi bir şekilde organize edebilmek insanların her geçen gün artan sağlıktaki beklentilerine paralel olarak bu koordinasyonu, bu düzenlemeyi yapabilmek çok önemli. Yani kalite sürekli artıyor, nitelik artıyor, beklentiler artıyor. Tabi ki bütün bu müdahaleler olurken etik değerler de çok önemli bu da giderek önem kazanıyor.

Hasta hakları boyutu da önemli. Sağlık çalışanlarının memnuniyeti boyutu da önemli ve tabi ki sağlık aynı zamanda toplumların güvenini öz güvenini arttıran en önemli sektör. Yani hiçbir sektör, belki güvenlik boyutunu ayırabiliriz ama hiçbir sektör, sağlık kadar topluma öz güven veren yapıda değil. İnsanların iyi bir sağlık sistemleri varsa, öz güvenleri o toplumların o insanların çok daha fazla olabiliyor. Dolayısıyla tabi ki bu iyi sistemleri geliştirmek, organize etmek gerekiyor. Fakat genellikle sağlık alanında özellikle gelişmemiş ülkelerde veya gelişmekte olan ülkelerde sağlık idaresi boyutu her zaman biraz daha geriden geliyor. Gerçekten aslında çok önemli bir boyutu çünkü çok pahalı bir sektör, çok boyutlu bir sektör bunların koordinasyonu, yönetimi, verimliliği, fizibilitesi, bunların hepsinin çok iyi hesaplanması gerekiyor. Belki çok küçük bir detay gibi gözükebilecek bazı düzenlemelerle zarar edebilecek bir kurumu belli stratejik planlamalarla, tam tersine durumunu düzelterek hale getirilebilir. Dolayısıyla bu konu gerçekten çok büyük bir ihtiyaca yanıt verecek çok büyük bir ihtiyacı gidermeye yönelik bir çalışma. Ben bu kongreyi düzenleyenleri öncelikle kutlamak istiyorum.

Gerçekten çok anlamlı bir olay, bizlerde buraya bizim yöneticilerimizi de katarak, olabildiğince faydalanmaya çalışacağız. Bütün düzenleyenlere, özellikle Lefke Avrupa Üniversitesi, bu konuda gerçekten son dönemlerde sağlık alanında paramedikal alanlarda önemli girişimlerde bulundu. Gerçekten onları da ben kutlamak istiyorum. Bu bölümler Ülkemizde, üniversitemizde gerçekten önemli bir alan haline geldi. Bunun iyi bir şekilde diyalog ve koordinasyonla geliştirilmesi gerekiyor. Ben bütün bu kongreye katkı koyanları başta Lefke Avrupa Üniversitesi olmak üzere ve bütün katılımcıları kutluyorum.

Aramızda uluslar arası katılımı var, yani Türkiye dışından tabi ki Hollanda, İngiltere, Rusya'dan katılımcılar var, bu da anlamlılığını arttırıyor olayın. Dolayısıyla, ben bütün katkı koyanlara teşekkür ediyorum. Güzel bir kongre temenni ediyorum, saygılar sunuyorum.

T.C LEFKOŞA BÜYÜKELÇİSİ HALİL İBRAHİM AKÇA

Sayın Bakanım, Sayın Rektör, kongre organizasyonu yapan değerli hocalarım çok değerli katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Öncelikle kongrenin KKTC’de yapılmasından duyduğumuz memnuniyeti ifade etmek istiyorum. Çünkü diğer tarafta da özellikle Turizm sektöründe de kongrelerin KKTC’de yapılması için çok çaba gösteriyoruz. Hatta bazı desteklerde veriyoruz, bilmiyorum bu kongrede de yararlandılar mı. Diğer taraftan Lefke Avrupa Üniversitesi buraya ev sahipliği yapmasından son derece memnunum. Biliyorsunuz Lefke Avrupa Üniversitesi son yıllarda belli bir atılım içersine girdi. Gerek eğitim kalitesini gerekse sayısal olarak büyüklüğünü arttırmak için. Bizde tam olarak yanlarındayız, arkalarındayız, bütün maddi imkanlarla ve kendi gelişim ağımla Lefke Avrupa Üniversitesinin gelişmesi için elimizden geleni yapıyoruz, tam desteğimiz kendileriyle beraber, bunu da gizlemiyoruz.

Daha öncede mezuniyet töreninde bütün kamuoyuna ifade ettik. Değerli katılımcılar son derece önemli bir sektörün temsilcilerisiniz. Sağlık sektörü insan hayatında fevkalade önemli, bu oranda da sağlık için harcanan ciddi kaynaklar söz konusu tabi ki. İnsan hayatındaki ve toplum hayatındaki öneme göre de fedakarlıklar yapılabilir. Biraz önce hocamızın belirleyip ifade ettiği gibi, hem dünya’da, hem Türkiye’de, hem de Kıbrıs’ta milli gelirin ciddi bir oranının sağlık sektörüne gittiği görüldü.

Değerli katılımcılar, harcanan kaynak tek başına bir şey değildir. Önemli olan oradan elde edilen çıktıdır, alınan hizmettir, insanların memnuniyetidir. Bu da hizmet verenlerin kalitesiyle son derece bağlantılı olduğu gibi, kurulmuş ve işleyen sistemle çok daha yakından ilgilidir. Birçok sektörde çalışıyoruz, birçok sektörde şu hataya düşüldüğünü görüyoruz. Ne kadar karmaşık ne kadar bilimsel bir sistem kurarlarsa o kadar iyi bir sistem kurduklarını düşünüyorlar. Değil, arka ofis ne kadar karmaşık olursa olsun ne kadar bilimsel olursa olsun o kadar iyidir. Ama ön ofiste çok kolay, çok basit, çok anlaşılır insanların çok rahat anladığı yararlandığı ve ne yapacağını bildiği bir sistem kurmanız lazım.

Sağlık sektörünü de bilimsel boyutuyla yine sağlık sektörüne bağlantılı ilaçtır, tıbbi aletler vesairedir pek çok alanıyla son derece karmaşık teknoloji gerektiren bilimsel araştırmalar gerektiren bir sektör olduğunun bilincinde olmakla beraber, insanlara hizmeti sunarken çok basite dönüştürmek lazım, çok pratik olması lazım. Ve bunu başaran ülkelerde bunu başaran toplumlarda gerekli etkiyi yaratıyor ve memnuniyetin ifadesinde insanlarda görüyorlar.

Türkiye’de de son zamanlarda yapılan memnuniyet anketlerinde sağlıktaki yükselişin pek çok nedeni vardır ama benim izlenimlerime göre en önemli nedeni insanlar rahat ediyor artık, istediği hastaneye rahat ulaşıyor, istediği doktora ulaşabiliyor, istediği ilaca ulaşabiliyor ve de Sayın bakanımızın da ifade ettiği gibi güveni arttırıyor.

KKTC’yle ilgilide son bir cümle ifade etmek istiyorum. Burada da sistemin tasarlanmasına ve hasta odaklı tasarlanmasına ve bu konuda adımlar atılmasına ihtiyaç olduğunu görüyoruz. Nasıl görüyorum; birazda Türkiye’de yapılanlardan sonra görebiliyorum. Çünkü Türkiye’de

“Daha İyİ Sağlık Sistemleri için Daha İyİ Sağlık Yöneticileri”



SAğLIK VE HASTANE İDARESİ 8.KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

de bir 10-15 yıl önceye gittiğimizde benzer sorunları yaşarken bu gün fevkalade daha memnuniyet verici bir noktaya gelindiğini görüyoruz ve KKTC’nde de kurulan sistemlerin bir çoğu zamanında Türkiye’dekilerle paralel kurulduğu için benzer unsurların burada hala hayatta olduğunu bunların düzeltilebileceğini de görüyoruz. Bu konuda da bu kongrede KKTC özelinde de bazı çıkarımlar olursa eğer, bundan ziyadesiyle memnun kalacağız. Bunu da ifade etmek istiyorum.

Ben tekrar kongrenin hayırlı uğurlu olmasını istiyorum. Emeği geçen herkesi kutluyorum. Saygılarımı sunuyorum.



KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof.Dr.	Mehmet Ali	YÜKSELEN
Prof.Dr.	Nilgün	SARP
Prof.Dr.	Afsun Ezel	ESATOĞLU
Yrd.Doç.Dr.	A.Çetin	YİĞİT
Yrd.Doç.Dr.	Meltem	UÇAR
Yrd.Doç.Dr.	Ahmet Münir	ACUNER
Öğ.Gör.	Ayşe	ÖZADA
Öğ.Gör.	Hanife	SERİN
Memur	Özkader	DEVECİOĞLU
Sekreter	Nilşen	MARAŞLI

KONGRE BİLİM KURULU

Prof.Dr.	İsmail	AĞIRBAŞ
Prof.Dr.	Fevzi	AKINCI
Prof.Dr.	Şinasi	AKSOY
Prof.Dr.	Metin	ATEŞ
Prof.Dr.	Yusuf	ÇELİK
Prof.Dr.	Fevziye	ÇETİNKAYA
Prof.Dr.	Cesim	DEMİR
Prof.Dr.	Tevfik	DİNÇER
Prof.Dr.	Korkut	ERSOY
Prof.Dr.	Afsun Ezel	ESATOĞLU
Prof.Dr.	Hülya	HARUTLUOĞLU
Prof.Dr.	Ayşegül Yıldırım	KAPTANOĞLU
Prof.Dr.	Şahin	KAVUNCUBAŞI
Prof.Dr.	Sıdika	KAYA
Prof.Dr.	Adnan	KISA
Prof.Dr.	Mithat	KIYAK
Prof.Dr.	Emine	ORHANER
Prof.Dr.	Hacer	ÖZGEN
Prof.Dr.	Nermin	ÖZGÜLBAŞ
Prof.Dr.	Nurhan	PAPATYA
Prof.Dr.	Nilgün	SARP
Prof.Dr.	Haydar	SUR
Prof.Dr.	Gencay	ŞAYLAN
Prof.Dr.	İsmet	ŞAHİN
Prof.Dr.	Bayram	ŞAHİN
Prof.Dr.	Ruhi Şelçuk	TABAK
Prof.Dr.	Mehtap	TATAR
Prof.Dr.	Mehveş	TARIM
Prof.Dr.	Dilaver	TENGİLİMOĞLU
Prof.Dr.	Mehmet	TOKAT
Prof.Dr.	Ayşen	TÜRKMAN



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

Prof.Dr.	Mehmet	ZELKA
Prof.Dr.	Hikmet	SOLAK
Doç.Dr.	Yasemin	AKBULUT
Doç.Dr.	Şebnem	ASLAN
Doç.Dr.	Gülem	ATABEY
Doç.Dr.	İ.Halil	CANKUL
Doç.Dr.	Necmettin	CİHANGİROĞLU
Doç.Dr.	Mesut	ÇİMEN
Doç.Dr.	Elif	DİKMETAŞ
Doç.Dr.	Ramazan	ERDEM
Doç.Dr.	Gülsün	ERİGÜÇ
Doç.Dr.	Ömer	GİDER
Doç.Dr.	Belma	KEKLİK
Doç.Dr.	Levent	KIDAK
Doç.Dr.	Ömer Rıfki	ÖNDER
Doç.Dr.	Musa	ÖZATA
Doç.Dr.	Haluk	ÖZSARI
Doç.Dr.	A.Erdal	SARGUTAN
Doç.Dr.	Sinem	SOMUNOĞLU İKİNCİ
Doç.Dr.	Menderes	TARCAN
Doç.Dr.	A.Kadir	TEKE
Doç.Dr.	Mehmet	TOP
Doç.Dr.	Özgür	UĞURLUOĞLU
Doç.Dr.	Hatice	ULUSOY
Doç.Dr.	Demet	ÜNALAN
Doç.Dr.	Türkan	YILDIRIM
Doç.Dr.	Hasan Hüseyin	YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

I. SÖZEL BİLDİRİLER

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
01	Hastane İşletmeciliğinde Kalite Maliyet Hesaplaması: Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde Bir Uygulama	Emrullah İNCESU	30
02	Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'nin Sağlık Göstergelerindeki Gelişiminin Çok Değişkenli Tekniklerle Analizi	Pakize YİĞİT Esra BAYTÖREN Özin ERSOY	52
03	Türkiye’de Hastaneler ve Hastanelerin Uluslararasılaşma Yolları	Burak ÇETİN Ş.Gamze ALBAYRAK	67
04	Hastaneler ve Dış Kaynaklardan Yararlanma: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi	Çağdaş Erkan AKYÜREK	78
05	Genel Sağlık Sigortasının Mali Sürdürülebilirliği	Gülbiye YAŞAR	94
06	Bilinçsiz Antibiyotik Kullanımı: Sakarya İlinde Bir Araştırma	Mahmut AKBOLAT Gülcan KAHRAMAN Aslı AVCI	110
07	Hastane İşletmelerinde Yatak Etkinliği Göstergelerinin Maliyetlere Etkisi (Pamukkale Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Bir Araştırma)	Nuri ŞAŞMAZ	124
08	OECD Ülkelerinde İnsani Gelişme Endeksi İle Sağlık Göstergeleri İlişkisinin Analizi	Nurdan ORAL KARA Yasemin HANCIOĞLU Dilek ŞAHİN	138
09	Aile Hekimliği Sisteminde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına İlişkin Görüş ve Önerileri	Gülnur HARMANCI Bayram ŞAHİN	149
10	Devletin İş Sağlığı Güvenliği Konusundaki Sorumluluğunun Hemşireler Açısından Değerlendirilmesi	Yunus Emre ÖZTÜRK Ramazan KIRAÇ	161
11	İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamaları ve Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Uygulaması	Hamdi ÖZTÜRK Taşkın KILIÇ Fatma ÇİFTÇİ	175
12	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Açısından Fine-Kinney Metodu ile Ameliyathane Çalışanları Üzerine Bir Risk Analizi Araştırması	Emrullah İNCESU	182
13	Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi	Emre YAHNİ Güler YILDIZ Yasemin YILDIRIM KOCABEYOĞLU Erdem ERBIYIK	193
14	Hastanelerde Afet Yönetimi ve 17 Ağustos 1999 Gölcük Depreminde Hastane Müdürü Deneyimleri	Tansel YETİK	204
15	Ankara’da Faaliyet Gösteren Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi’nde Çalışan Hekimlerin Hastane Kriz Yönetim Süreçlerini Değerlendirmesi Üzerine Bir Araştırma	Fikriye YILMAZ Özge YALÇIN Korkut ERSOY	209



S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
16	Sağlık Çalışanlarında Risk Yönetimi ve Uygulamaları : Özel Kamu Sağlık Kurumları Örneği	Murat KORKMAZ Ayhan ATAÇ Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Fikriye TOKER Sefer GÜMÜŞ	220
17	Evde Bakım Hizmetlerinin Planlanması ve Organizasyonu: Etik İlke ve Uygulamalar Kapsamında Bir Değerlendirme	Abdullah SOYSAL	234
18	Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hasta Yakınlarının Memnuniyeti: Isparta İli Örneği	Aysun YEŞİLTaş Orhan ADIGÜZEL	251
19	Dünyada Palyatif Bakım ve Hospis Merkezlerinin Gelişimi: Türkiye için Uygulama Örnekleri	Mahmut AKBOLAT Çiğdem UĞAN Zeynep CÜRE	262
20	Türkiye’de Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetleri	Ceyhun ÖZDEMİR A. Ezel ESATOĞLU	274
21	Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İlaç Hatası Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi	Ali YILMAZ Meltem SAYGILI	291
22	Öğrenen Organizasyonlarda Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi	Orhan ADIGÜZEL Ümmü Asma BİLENOĞLU	304
23	Aile Hekimliğinde, Hasta-Hekim İletişiminde Güven Unsurunun Hastanın Hekime Bağlılığı Üzerine Etkisi: Ankara İli Keçiören İlçesi Örneği	Elif KOÇ Dilaver TENGİLİMOĞLU İsmet SALİHOĞLU Erkan MALKOÇ	318
24	Gülhane Askeri Tıp Akademisindeki Hekimlerin Tıbbi Malpraktis Hakkındaki Düşünceleri	Pelin ÖZMEN Soykan ŞAHİN Mehmet ÇETİN Yusuf Ziya TÜRK	329
25	Türkiye’de Adli Tıp Boyutunda Tıbbi Uygulama Hatalarının İncelenmesi: İçerik Analizi	Şebnem ASLAN Demet AKARÇAY	333
26	Sağlık Kurumlarında Örgütsel Sessizlik, Çalışan Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti	Gülsün ERİGÜÇ Özlem ÖZER Meltem SAYGILI	347
27	Ayaktan ve Yatan Hasta Faaliyet Gelirlerinin Hastanelerin Performansı Üzerine Etkisinin İncelenmesi: VZA Yöntemiyle Devlet Hastanelerinde Bir Uygulama	Bülent YILDIZ Ceyda YERDELEN KAYGIN Halim TATLI Demet POLAT	356
28	Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sessizlik Araştırması	Şebnem ASLAN Seda İNAN	368
29	Kamu Hastanelerinde Mevzuat ve Uygulama Açısından Faturalamaya Yönelik Kayıtlama ve Denetim Süreçlerinin İlişkisi	Ferhat SAYIM Yıldırım TEMİR	383
30	Gümüşhane Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi	Çiğdem TEKTEMUR Taşkın KILIÇ	395

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
31	KKTC Sağlık Derneklerinin, Sağlık İletişimi Tutumu	Gamze PELVAN	403
32	Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi: Hastaların Değerlendirmeleri Üzerine Bir Araştırma	Gülsün ERİGÜÇ Gülsüm Şeyma KOCA	414
33	Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerine Etkisi	Serap TAŞKAYA Bayram ŞAHİN	425
34	Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri: Sağlık Hizmeti Sunan ve Alan Öğrencilerin Karşılaştırılması	Sultan GÜÇLÜ Ruhi Selçuk TABAK Gülşah EREN	434
35	Hastane ve Hekim Seçiminde Sosyal Medyanın Kullanım Düzeyi: Ankara İli Örneği	Emre TENGİLİMOĞLU Nurettin PARILTI Cemre Eda YAR	442
36	Türkiye’de Medyaya Yansımış “Bıçak Parası” ile İlgili Haberlerin İçerik Analizi	Kerime AKYOL Emine ŞENER Ramazan ERDEM	455
37	Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler Kavramı ve Halkla İlişkiler İhtiyacını Gündeme Getiren Faktörler	Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ Seyfullah İKİNCİ	463
38	Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesi’nde Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İletişim Fakültesi’nde Eğitim Gören Öğrencilerin Sağlık Bilgisi Aramada Sosyal Medya Kullanımlarının Değerlendirilmesi	Fikriye YILMAZ Gamze CİHANOĞLU Rukiye NUMANOĞLU TEKİN	473
39	Sağlık Çalışanlarının Hastane Atıkları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Örneği	Emrullah İNCESU	482
40	Kan Hizmetleri Yönetimi	Ebru EZMEK Metin ATEŞ	500
41	Konyadaki Aile Hekimliği Hizmetlerinin Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Primary Care Assessment Survey) İle Değerlendirilmesi	Musa ÖZATA Fadime TEKİN	512
42	Hasta Yatış Süresini Etkileyen Faktörler: Türk Sağlık Sistemi Açısından Bir Değerlendirme	Rukiye NUMANOĞLU TEKİN Kemal İLTER Fikriye YILMAZ Simten MALHAN Korkut ERSOY	532
43	Tedavi Hizmetlerine Erişim Açısından Özel Hastane Sektörü	Levent İNCEDERE Erdoğan ÜNAL	545
44	Hizmet Kalitesinin Hasta ve Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği	Oktay KAHVECİ İsmail AĞIRBAŞ	562
45	İnsani Gelişme Açısından Türkiye’nin İncelenmesi ve Yakın Bloklar ile Karşılaştırılması	Orhan TUNÇ	575
46	Bir Konuşma Davranışı Olarak Hasta Şikâyetlerinin Hastaların Çıkış ve Sabır Tercihlerine Etkisini Ölçmeye Yönelik Bir Hastane İncelemesi	Ayşegül S. ALIOĞULLARI Fatma Şebnem ÖZDEM Yeliz Doğan MERİH Ş. Burak BEKAROĞLU	590

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
47	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti – Ankara İli (Aile Sağlığı Merkezleri) Örneği	Abdullah Alper ERTEM Enver AYDOĞAN	600
48	Online Laboratuvar Sistemleri Üzerine Hastaların Düşünceleri ve Algı Yönetimi	İbrahim Emre GÖKTÜRK Yusuf Yalçın İLERİ	611
49	Aile Hekimliği Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Bu Hizmeti Kullanmaları ve Hasta Tatminine Yönelik Ankara İli Pursaklar İlçesinde Yapılan Bir Araştırma	Ülkü TÜRKUĞUR A. Çetin YİĞİT Yiğit Aras YİĞİT Murat AÇIKGÖZ	619
50	Algılanan Hizmet Kalitesinin, Hasta Tatmini, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi	Kader AYDIN Yıldırım B. GÜLHAN Hediye KARATAŞLI	633
51	Bir Kamu Hastanesindeki Hasta Beklentileri	Fatma Şebnem ÖZDEM Ayşegül S. ALIOĞULLARI Yeliz Doğan MERİH	647
52	Hemşirelerin Stres Karşısında Uyguladıkları Stresle Başa Çıkma Yöntemleri Açısından Bir Değerlendirme: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Bir Alan Çalışması	Bilgen BAĞCI AYDIN Ömer R. ÖNDER	656
53	Sağlık Personelinde İş Stresi, Rol Belirsizliği ve Rol Çatışması Arasındaki İlişkilerin Analizi	Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ Mehmet TOP Mehmet GÖZLÜ	670
54	Hemşirelerin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Bir Alan Çalışması	Bilgen BAĞCI AYDIN Ömer R. ÖNDER	685
55	Sağlık Sektöründe Stres: Çalışanlar Üzerindeki Etkisi ve Baş etme Yöntemleri	Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ Seyfullah İKİNCİ	701
56	Sağlık Çalışanlarının Zaman Yönetimi Becerilerinin İş Stresi Üzerine Etkisi	Yasemin KESKİN Ergün HASGÜL	708
57	Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hizmet Alım Personelinin Memnuniyet Düzeyi: İstanbul İli Örneği	Kalbiye MEMİŞ Nurperihan TOSUN Sevilay ORAK	726
58	Antalya İl Merkezi Kamu Hastanelerindeki Yönetici Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyleri	Hülya BÜYÜKARSLAN Kerime Derya BEYDAĞ	732
59	İş Yüküne Dayalı Norm Kadro Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Ameliyathanesinde Hemşire İhtiyacının Planlaması	İsmail AĞIRBAŞ Özlem TAŞ	742
60	Sağlık Kurumlarında Psikolojik Güçlendirmenin Çalışan Motivasyonuna Etkisi Üzerine Bir Uygulama	Aydan YÜCELER Mehmet KILINÇ Didem KAYA	751
61	İstanbul’da Hizmet Veren Özel Hastanelerin Logo Tasarımları Üzerine Bir İnceleme	Selincan YAKIŞIK Murat D. ÇEKİN Ş. Burak BEKAROĞLU	767
62	Sağlık Pazarlaması ve Uygulamaları	Sefer GÜMÜŞ Murat KORKMAZ Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Ayhan AYTAÇ Fikriye TOKER	774

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
63	Türkiye’deki Hastanelerin Web Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	Dilaver TENGİLİMOĞLU Nilgün DOĞAN Aysu KURTULDU Alper GÜZEL	787
64	Biyokimya Laboratuvarında Çalışılan Testlerin Birim Maliyetleri: Yerköy Devlet Hastanesi’nde Bir Çalışma	İsmail ŞİMŞEK İsmail AĞIRBAŞ	797
65	Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımı - Maliyet İlişkisi: Literatür Taraması	Burcu NAZLIOĞLU Cemre Eda YAR	807
66	Bir Üniversite Hastanesinde PACS(Picture Archiving and Communication System)/RIS(Radiology Information System) Sisteminin Maliyet-Etkililik Analizi	Yonca ÖZATKAN İsmail AĞIRBAŞ	818
67	Hastanelerde Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama	Okan ÖZKAN Gamze KUTLU J. Canberk AYDIN İzzet AYDEMİR İsmail AĞIRBAŞ	830
68	Fiyat Şeffaflığı Üzerine Ankara’da Faaliyet Gösteren Özel Hastanelerde Ampirik Bir Çalışma	Fikriye YILMAZ Havva ERDOĞAN Rukiye NUMANOĞLU TEKİN	842
69	Ankara’da Faaliyet Gösteren Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Temizlik Hizmetlerinde Çalışan Personelin Hastane Enfeksiyonu Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi	Rukiye NUMANOĞLU TEKİN Ali Burkay ERBEK Fikriye YILMAZ Korkut ERSOY Meltem SAYGILI	850
70	Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarında Çalışan Personelin Ücret Beklenti Düzeylerinin Uygulamalı Örneği	Murat KORKMAZ Ali Serdar YÜCEL Bülent KILIÇ Fikriye TOKER Sefer GÜMÜŞ Ayhan AYTAÇ	858
71	Sağlık Hizmetlerinde Veri Madenciliği ve Örnek Bir Uygulama	Nurettin ÖNER İsmail AĞIRBAŞ	869
72	Pantran Keratoplasti Cerrahisinde Ameliyat Sonu Komplikasyonların Altı Sigma İle Eliminasyonu	İbrahim ŞAHBAZ Mehmet Tolga TANER Üzeyir Tolga ŞAHANDAR Gamze KAĞAN Engin ERBAŞ Mehmet Kemal KAĞAN	882
73	Hastanın Sesi Duyuluyor mu? Bir Devlet Hastanesinde Fuzzy AHP ile Ağırlıklandırılmış Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulaması	Levent B. KIDAK Elif Türkan ARSLAN Serhat BURMAOĞLU	894
74	Sağlık Hizmetlerine Yönelik Kalite Beklentisinin Oluşmasında Ekran Faktörü: Hollywood Filmleri Örneği	Elif AKKAŞ Ahmet ALKAN	912

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
75	Sağlık Sektöründe Çağrı Merkezi Temsilcilerinin Davranışlarına İlişkin Tüketici Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Uygulama	Sezer KORKMAZ Emine ORHANER	924
76	Sağlık Çalışanlarında Yabancılaşma: Laboratuvar Çalışanları Örneği	Tuncay AYGÜN Bora YILDIZ Harun YILDIZ	941
77	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Lisans Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırmalı Analizi	Musa ÖZATA Songül KUKKUK Elif DÖNMEZ Feyza KÜÇÜK	952
78	Acil Servis Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi: Eskişehir Örneği	Menderes TARCAN Gamze YORGANCIOĞLU Mehmet TOP Saffet UÇAK Betül BAŞKURT Nuray GİDER	964
79	Sinizim ve Tükenmişlik: Yuva Çalışanları Üzerine Bir Araştırma	Elif DİKMETAŞ YARDAN Mehmet YORULMAZ Yeşim KÖKSAL	982
80	İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Personelinin İşdoyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi	Dilaver TENGİLİMOĞLU Demet SEPETOĞLU Şükrü Anıl TOYGAR	990
81	Hemşirelerde Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Lider-Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkiler: Askeri Sağlık Sistemi Örneği	Süleyman MERTOĞLU Cuma SONĞUR Mehmet TOP Mehmet GÖZLÜ	1004
82	Psikolojik Sermaye ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki: Özel Hastane Örneği	Mahmut AKBOLAT Mustafa ÖZAL Oğuz IŞIK	1021
83	Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Sermaye Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma	Serap DURUKAN KÖSE Tuncay KÖSE Özgür UĞURLUOĞLU Yavuz YILDIRIM Mehmet Bircan GÜLEÇ	1033
84	Sağlık Çalışanlarında Duygu Durumları Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması	Şebnem ASLAN Demet AKARÇAY	1046
85	Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mesleki ve Kurumsal Algı Araştırması	Ali ARICI Mücahit Said DESTİCİ	1055
86	Yönetici Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Belirlenmesi	Ayşe ÖZTÜRK TEKÇAM Ebru ORAK NİKSARLI Aytün LEYMUN Selma KARAKAPLAN	1069
87	Aile Hekimliği Uygulamaları Swot Analizi	Tuncay KÖSE Elif DİKMETAŞ YARDAN Serap DURUKAN KÖSE Fatih KÖKSAL	1080

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
88	Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma	Harun KIRILMAZ Fatma AYPARÇASI Mehmet BAĞIŞ Bilal SALİM İsmail ŞİMŞİR	1090
89	Farklı Üniversitelerde Eğitim Gören Sağlık Kurumları Yönetimi Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme, Problem Çözme Becerileri ve Karar Verme Stratejilerinin Değerlendirilmesi	Meltem SAYGILI Rukiye NUMANOĞLU TEKİN Fikriye YILMAZ Fatih BUDAK Ali YILMAZ Korkut ERSOY	1103
90	Sağlık Hizmetleri Lider Personelde Olması Beklenen Özelliklerin Analizi	A.Çetin KIZILKAN Veli DURMUŞ	1115
91	Sağlık Kurumları Yönetiminde Liderliğin Çalışanların Kurumsal İtibar Algısı Üzerine Etkisi ve Bir Araştırma	Keziban KAYMAKÇI	1130
92	Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Ekonomik Boyutlarının Uygulamalı Örneği	Murat KORKMAZ Ayhan AYTAÇ Ali Serdar YÜCEL Bülent KILIÇ Fikriye TOKÖZ Sefer GÜMÜŞ	1146
93	Sağlık Turizminin Sürdürülebilirlik Açısından İncelenmesi	Bilal YALÇIN İsmail ÇALIK	1160
94	Türkiye’de Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Değerlendirilmesi	İbrahim ÇETİN A. Çetin YİĞİT Murat AÇIKGÖZ	1170
95	Sağlık Turizminin Hukuksal Açıdan Değerlendirilmesi	Betül ÖZÜLKÜ Veli DURMUŞ	1189
96	Sağlık Turizmi Kapsamında Yabancı Hasta Memnuniyetinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma	Dilaver TENGİLİMOĞLU Levent KÜFECİLER E. Asuman ATILLA Aykut EKİYOR	1201
97	Sağlık Turizmi Açısından Bir Termal Merkezin Marka Değeri Bileşenleri ile Algılanan Hizmet Kalitesinin İlişkilendirilmesi	Nurperihan TOSUN Hatice ULUSOY	1216
98	Medikal Turistlerin Türkiye’yi Tercih Etme Nedenlerini, Memnuniyet ve Sadakat Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Antalya Örneği	Uğur AKDU Serap AKDU	1231
99	Sağlık Turizminde Talep Düzeyinin Araştırılması; Gaziantep Ve Şanlıurfa İllerinde Bir Uygulama	Demet POLAT Bülent YILDIZ Hediye KARATAŞLI Osman ÇELİK	1246
100	Turizm Sektöründe Sağlık Hizmeti ve Paydaş Algıları: Antalya İli Otel ve Acente Yöneticileri Üzerine Bir Çalışma	Züleyha TOKSOY Erdoğan TAŞ	1259



S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
101	Hastanelerde Bilgi Güvenliği Yönetim Sisteminin Değerlendirilmesi: Eskişehir Örneği	Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN Neşet HİKMET Menderes TARCAN Bekir ATEŞ Mehmet TOP Kemal TEKİN	1273
102	Diş Tedavi Hizmetlerinde Kullanılan Merkezi Hasta Randevu Sisteminin Dişhekimlerince Değerlendirilmesine İlişkin Bir Çalışma	Mahmut AKBOLAT Yunus Emre KARTAL Gülcan KAHRAMAN	1284
103	Kullanıcıların Bakış Açısı ile İlaç Takip Sistemi	Ümit ÇIRAKLI Rukiye NUMANOĞLU TEKİN Sinan ERDOĞDU Simten MALHAN	1295
104	Teknoloji Kullanılabilirlik Durumu ve Bireysel Teknolojik Hazıroluşun Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) Kullanımına Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma	Fatma MANSUR Dilek USLU	1307
105	Hastane Yönetim Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Ankara'da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği	Dilek USLU Anıl TOYGAR Fatma MANSUR	1318
106	Kamu Ve Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İzharcılık (Whistleblowing) Konusunda Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.	Ömer Lütfi ANTALYALI Fatma TAŞ	1332
107	İlaç Pazarlamasında Etik Bir Değerlendirme	Aykut EKİYOR E.Asuman ATILLA	1346
108	Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma	Harun KIRILMAZ Suna AYDIN Fatma BENK	1360
109	Sağlık Yönetiminde Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılık Var mıdır? – T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatındaki Üst Düzey Yöneticilerin Cinsiyet Dağılımlarının Ortaya Çıkarılması	Gökhan ABA Gökhan GÜVEN Aysu KURTULDU	1371
110	Sağlıkta Eşitsizlik	Nilgün SARP A. Çetin YİĞİT Murat AÇIKGÖZ	1379
111	Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkisi: Ankara'da İki Farklı Bölgede Sağlık Eşitsizliği Araştırması	Fikriye YILMAZ Cansu AYKAN Rukiye NUMANOĞLU TEKİN	1388
112	Örgüt Kültürü Boyutları ve Etkileşimi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama	Mehtap ATASEVEN Işık ÇİÇEK Mithat KIYAK	1400
113	Bireysel Değerler ve Örgütsel Bağlılık Düzeyi İlişkisi: Asker Hastanesi Çalışanları Üzerinde Bir İnceleme	Buket HÜSEYİNKLİOĞLU	1414

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
114	İşgörenlerin Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Üzerinde Etkileri: Bir Kamu Hastanesi Örneği	Saffet OCAK Ömer GİDER Mehmet TOP Nuray GİDER Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN	1426
115	Örgütsel Güven ve Örgütsel Adalet Algısı	Birgül ARMUTCU	1441
116	112 Acil Sağlık İstasyon ve Hastane Ambulanlarının Kullanım Durumlarının Analizi	Yunus Emre ÖZTÜRK Kürşad TAPLAKTEPE	1456
117	Tedaviyi Reddeden Hastaların Acil Servis Kullanımlarının Değerlendirilmesi	Onur GÖZÜBÜYÜK Yasemin AKBULUT	1469
118	Sağlık Hizmetlerinin Faturalanması için Yönetim Süreçleri ve Uygulamada Yaşanan Sorunlar-Kamu Hastanesi Örneği	Ferhat SAYIM Yıldırım TEMİR	1479
119	Yöneticilerin Bakış Açısı ile Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Sahip Olması Gereken Yönetimsel Yetkinlikler	Gülsün ERİĞÜÇ Belgin Tuğçe KURUL Rukiye NUMANOĞLU TEKİN	1493
120	Sağlık Yöneticilerinin Bakış Açısıyla Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetlerine Olası Etkilerinin Değerlendirilmesi	Simten MALHAN Gülsüm ÇÖKLÜ Rukiye NUMANOĞLU TEKİN Fikriye YILMAZ Fatih BUDAK	1505
121	Hemşirelerde Mesleki Bağlılık ve Empati İlişkisinin Araştırılması	Hediye KARATAŞLI Özge BOLLUK Demet POLAT Bülent YILDIZ	1515
122	Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi ve Yeni Kamu Hastaneleri Birlikleri ile İlgili Düzenlemelerin Yöneticiler Arasında Algılanışı	Ferhat SAYIM Yıldırım TEMİR	1530
123	Bazı Kamu Hastanelerinde Çevre Yönetimi Alanında Çalışan Personelin Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi	Suat PEKER A.Çetin YİĞİT İbrahim Halil CANKUL Özlem KÜYÜK	1544
124	İşyüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirlenmesi: Fizyoterapist Örneği	Şirin ÖZKAN Mert UYDACI	1556
125	Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerinin Yöneticiye Duyulan Güven, Yönetici Desteği ve Duygusal Denge Algıları ile İlişkilerinin İncelenmesi: Hastane Kurumlarında Yapılan Bir Araştırma	Yasemin KÜÇÜKÖZKAN	1567
126	Sağlık Hukukunda Hastalara Ait Tıbbi Kayıtların Sır Saklama Yükümlülüğü Açısından Değerlendirilmesi	Veli DURMUŞ Betül ÖZÜLKÜ	1582
127	Aydınlatılmış Onam Karmaşası: Aydınlatılmış Hasta mı? Sorumluluktan Kurtarılmış Sağlık Personeli mi?	Tuba SAYGIN Nurdan ORAL KARA Belma KEKLİK Ömer Lütfi ANTALYALI	1594
128	Sağlık Hizmetleri Uyuşmazlıkların Çözümünde Yeni Bir Yaklaşım: Sağlık Hukukunda Uzlaşma Kurumu	Veli DURMUŞ	1606



S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
129	Hasta Mahremiyeti Açısından Medula Sistemi	Tuba SAYGIN Pınar GÜNEŞ	1619
130	Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Haberlerine İlişkin Bir İçerik Analizi: İnternet Medyası Örneği	Mahmut AKBOLAT Fatma AYPARÇASI Harun KIRILMAZ	1629
131	Sağlık Kurumlarında Mobbing: Gümüşhane Devlet Hastanesi' nde Bir Araştırma	Taşkın KILIÇ Fatma ÇİFTÇİ Şeyma ŞENER	1642
132	Sağlık Alanında Mobbing	Ayşegül Soydan ÇELİKEL Elif Gökçe TENKEKİ	1654
133	Çatışma ve İşten Ayrılma Niyeti: Bir Kamu Hastanesi Örneği	Mahmut AKBOLAT Sadriye USLU	1660
134	Ameliyathane, Yoğun Bakım ve Acil Birim Çalışanlarının Çatışma Yönetimi Algılamalarının Kurumsal Yabancılaşmaya Etkisi	Elif DİKMETAŞ YARDAN Mustafa DEMİRKIRAN Ayşe YEŞİLYURT	1672
135	Hemşire Değerlendirmeleri Yönüyle Hastane Yöneticilerinin Çatışma Durumlarında Kullandıkları Çatışma Yönetim Stilleri: Bir Bölge Devlet Hastanesinde Uygulama	Servet ARITÜRK Ömer R. ÖNDER	1687
136	Öğrenilmiş Güçlülüğün Sağlık Çalışanlarının Mesleki Yaşam Projeleri ile İlişkisi	Ş.Didem KAYA Serap KILINÇ Ayhan YÜCELER	1704
137	Bireysel Çatışmayı Çözümleme Yöntemlerinin Sağlık Çalışanlarında Araştırılması	Şebnem ASLAN Şerife EREN	1715
138	Sağlık Yönetimi Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi	Gözde YEŞİLAYDIN Gamze BAYIN İlkay Sevinç TURAÇ	1729
139	Üniversitelerde Disiplinlerarası Tıbbi Sosyal Hizmeti Geliştirme Çalışmaları	C.Bülent ŞEN	1742
140	Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma	Yunus Emre ÖZTÜRK Çetin BEBE Musa ÖZATA	1753
141	Tedaviyi Reddeden Hastaların Acil Servis Kullanımlarının Değerlendirilmesi	Onur GÖZÜBÜYÜK Yasemin AKBULUT	1761

II. POSTER BİLDİRİLER

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
1	Hastane Yöneticisinde Olması Gereken Özellikler: Üst Düzey Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerine Yönelik Bir Derleme Çalışması	Ebru Özlem GÜVEN Taha Yasin MEYDANERİ Abdurrahman TELLİOĞLU	1771
2	Stratejik Yönetim Teknikleri ve Swot Analiz ile Örnek Bir Swot Analiz Tasarımı	Pelin ÖZMEN Mehmet ÇETİN	1777
3	Türkiye'de Sağlık Plan ve Politika Uygulamalarında Çıkış Konuşma ve Sadakat	Fatma Şebnem ÖZDEM	1781



S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
4	Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından Personel Verimliliğinin Ölçülmesi: Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerlerinin İş Örneklemesine Dayalı Verimlilik Analizi	Murat AÇIKGÖZ A. Çetin YİĞİT Ülkü TÜRKUĞUR	1794
5	RFM Ankara Diyaliz Merkezinde Yapılan Bir Hemodiyaliz Tedavisinin Değişken Birim Maliyet Analizi	Murat AÇIKGÖZ A.Çetin YİĞİT Ülkü TÜRKUĞUR	1803
6	Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlik	İbrahim Halil CANKUL A. Çetin YİĞİT Suat PEKER	1815
7	Yalın Sağlık: Sağlık İşletmelerinde Yalın Yönetim Anlayışı	Emrullah İNCESU	1827
8	Yatan Hasta Dosya Kayıtlarının İncelenmesi: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Örneği	Emrullah İNCESU	1837
9	Konya Seydişehir Devlet Hastanesi'nde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi	Emrullah İNCESU	1843
10	Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Sağlık Hizmet Kalitesi Bilgi ve Tutum Düzeyi: Artvin İli Kamu Hastaneleri Örneği	Mukaddes DAĞ Gülizar ŞİMŞEK Murat AÇIKGÖZ	1851
11	Lider Olarak Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Nasıl Arttırabiliriz?	Nilüfer COMBA AKBOĞA Ayşegül SOYDAN ÇELİKEL Gökçe TENKEKİ	1864
12	Sağlıkta İletişim: Hasta ve Yakınları ile İletişim	Zehra ÜNLÜ Ayşegül SOYDAN ÇELİKEL	1869
13	Ankara İlinde Çalışan Sağlık Kurumları Yöneticilerinin İş Stresi ve Kişilik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi	Nazan TORUN Perihan ŞENEL TEKİN	1874
14	İstanbul'da Hizmet Veren Özel Hastanelerin Misyon ve Vizyonlarının Tematik Açıdan İncelenmesi	Samira MEHRABİ Murat D. ÇEKİN Ş. Burak BEKAROĞLU	1884
15	Avrupa Birliği'ne Üye Ülkeler İle Türkiye'nin Sağlık İşgücü Göstergelerinin Karşılaştırılması	Dilek ŞAHİN Nurdan ORAL KARA	1892
16	Kök Hücre Turizmi	Tolga MÜDERRİSOĞLU	1898
17	Bir Vaka Çalışması: Laborantların Örgütsel Sorunlarının Belirlenmesi	Arzu KURŞUN İsmail SEVİNÇ	1905
18	Erciyes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelerinin Memnuniyet Durumları	Tülin FİLİK Demet ÜNALAN Aysel UĞUR Meral BAŞARAN Murat BORLU	1916
19	Yenilik Yönetimi ve Yenilik Yönetiminde Etkili Olan Faktörler: Sivas İlinde Bir Uygulama	Canser BOZ Nurperihan TOSUN	1927
20	Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün, Sağlık Hizmeti Sunum Kalitesi Üzerine Etkileri	Güllizar ŞİMŞEK Mukaddes DAĞ Murat AÇIKGÖZ	1941

S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
21	Sağlık Kurumlarında Yönetim Bilgi Sistemleri ile Yönetim Karar Destek Sistemleri	Latif ORHAN	1952
22	Hastane Muhasebe Sisteminde Yeni Bir Yaklaşım: Yeşil Muhasebe	Pınar DOĞANAY PAYZİNER Okan ÖZKAN	1961
23	Hastane Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Etkileri Üzerine Bir Değerlendirme	Deniz TUGAY ARSLAN İpek CAMUZ Yasemin AKBULUT	1972
24	Geleceğin Hastanelerini Yönetmek: Teorik Bir İnceleme	İpek CAMUZ Gamze KUTLU Yasemin AKBULUT	1983
25	Hasta- Hekim İletişim Anketinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	Burcu KAYA Ömer Lütfi ANTALYALI	1991
26	Maliyet Analizi: Radyoloji Ünitesinde Mr Maliyet Hesaplamaları	Aslı KAYA	1995
27	Hemşirelerde Duygusal Emek: Ölçek Uyarlama Çalışması	Dilek EV KOCABAŞ Ömer Lütfi ANTALYALI	2005
28	Sağlık Yönetimi Kongrelerinin Değerlendirilmesi	Sümeyye ÖZMEN Ramazan ERDEM Ayşe İSPİRLİ	2008
29	Hemşirelerin Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme, Kararlara Katılım Düzeyi Ve Duygusal Bağlılık Algıları Arasındaki İlişki	Oğuz IŞIK Aysun KANDEMİR Mustafa ERKAYMAZ	2016
30	Lisans ve Önlisans Düzeyinde Türkiye’de Sağlık Yönetimi Eğitimi Profili	Gökhan ABA Ebru Özlem GÜVEN	2022
31	Kamu Hastane Birlikleri Genel Sekreterliklerinde Çalışan Üst Düzey Yöneticilerin Eğitim Profili	Gökhan ABA Zeynep TAŞKIRAN Tülin KÖSE Ebru Özlem GÜVEN	2031
32	İstanbul Üniversitesi’nde Sağlıkla İlgili Bir Bölümde Öğrenim Gören Önlisans ve Lisans Öğrencilerinin Organ Bağışına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi	Haydar HOŞGÖR Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR	2036
33	Strateji Belirleme Sürecinde Zaman Yönetimi	Orhan ADIGÜZEL Nurcan COŞKUN US Aslı KAYA	2048
34	Sağlık Yöneticilerine Gelir Avantajı Sağlayacak Bir Unsur Olarak Hastanelere Yapılacak Bağış ve Yardımların; Vergi Mevzuatı Açısından Değerlendirilmesi	İbrahim Emre GÖKTÜRK Mehmet Ali AKTAŞ	2058
35	Acil Tıp Doktorlarının Hukuki Sorumlulukları	Ülkü GÖKTÜRK İbrahim Emre GÖKTÜRK	2064
36	İlaç Fiyatlandırma Yöntemleri	Emine ÇETİN İsmail AĞIRBAŞ	2072
37	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Sağlık Turizmi’nin İncelenmesi ve Sağlık Turizmi’nin Ülke Ekonomisine Etkisi	İsmail Serhat SADIKOĞLU Ülvan ÖZAD	2076



S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
38	Diyarbakır İl Merkezinde Görev Yapan Tıbbi Sekreterlerin İş Doyumu Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma	Rojan GÜMÜŞ İlker UÇAR	2081
39	Kamu Hastanelerinde Tıbbi Hizmet Kusuru	İrfan ÖZCAN Ömer ŞAHAN Metin ATEŞ	2090
40	Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Performans Durumlarının Değerlendirilmesi	Leman KUTLU Fergül SAYIK Derya KAYA Merve PİRECİOĞLU Seher ÖZEL Naciye ÖZ	2099
41	Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Devir Hızlarının Değerlendirilmesi	Leman KUTLU Fergül SAYIK Seher ÖZEL Merve PİRECİOĞLU Hülya DİZER Naciye ÖZ	2108
42	Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi	Leman KUTLU Derya KAYA Merve PİRECİOĞLU Serpil CENGİZ Seher ÖZEL Serap İLERİ Naciye ÖZ	2118
43	Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hizmetiçi Eğitim Programına İlişkin Görüşlerinin Saptanması	Leman KUTLU Derya KAYA Merve PİRECİOĞLU Zülfiye BIKMAZ Serpil CENGİZ Naciye ÖZ Esra GÜNGÖRMÜŞ	2126
44	Üniversite Hastanelerindeki Hemşirelik Hizmetlerinin Profilinin Değerlendirilmesi	Leman KUTLU Serpil CENGİZ Seher ÖZEL Naciye ÖZ	2134
45	Artroskopik Ön Çapraz Bağ Yırtığı Tamiri Sonuçlarımız, 5 Yıllık Takip	Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Aylin ZEKİOĞLU	2140
46	Kronik Aşıl Tendinitinde Lokal Steroid ve Serum Fizyolojik Enjeksiyonu Sonuçlarımız, 2 Yıllık Takip	Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Aylin ZEKİOĞLU	2149
47	Humerus Pseudoartrozlarında Eksternal Tespit Yöntemi ile Tedavi Sonuçlarımız	Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Aylin ZEKİOĞLU	2159
48	Genç Hastalarda Osteoartrit ve Aynı Seansta Lokal Anestezili Diz Eklemleri Lavajı ile Hyalüronik Asit Enjeksiyonu Uygulama Sonuçlarımız	Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Aylin ZEKİOĞLU	2170



S.NO	BİLDİRİ ADI	YAZARLAR	SAYFA NO
49	Patellar Kondromalazi ve Vakalarımızda Artroskopik Mikrokirik Yöntemi Sonuçlarımız	Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Aylin ZEKİOĞLU	2184
50	Enfekte Primer Diz Protezlerinde 2 Aşamalı Revizyon Diz Protezi Uygulama Sonuçlarımız, 5 Yıllık Takip	Bülent KILIÇ Ali Serdar YÜCEL Aylin ZEKİOĞLU	2197
51	Bir Kamu Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde Yatan Hastaların Sezaryen ve Normal Doğum Tanı İlişkili Gruplama Verilerinin Karşılaştırmalı Analizi	Emrullah İNCESU	2208
52	Bir Kamu Acil Servisine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi	Emrullah İNCESU	2219
53	Özel Hastanelerde Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma (Manisa İl Merkezi Örneği)	Şeniz HASDİL Meltem KAPLAN Çetin YİĞİT Seçkin Berk ÇAKIR İbrahim Ceyhun BAYRAKTAROĞLU	2227
54	Hastane Yönetiminde Sürdürülebilir Yaklaşım: Yeşil Yönetim	Okan ÖZKAN Gamze BAYIN Gözde TEREKLİ	2238
55	Sağlık Turizmi Yönetiminde Koçluk Yaklaşımının Önemi	Erkan KARA Akın MARŞAP	2249
56	Özel Bir Hastanenin ESWL Ünitesinin Bir Seans Hizmet Bedelinin Değişken Maliyetinin Hesaplaması (Edremit İlçesi Örneği)	Seçkin Berk ÇAKIR A. Çetin YİĞİT Şeniz HASDİL Meltem Kaplan İbrahim Ceyhun BAYRAKTAROĞLU	2263
57	Özel Hastanede Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bir Değerlendirme (KKTC/ Lefkoşa Örneği)	Rukiye ATILKAN Ahmet Münir ACUNER Ruhi Selçuk TABAK A.Çetin YİĞİT	2271
58	Medical Errors: A Review of Causes, Solutions, and Terminologies	Wissam AL-OMARİ Özhan ÖZTUĞ	2283
59	The Prevalence And Types Of Mobbing Among Nurses Working In Private Hospitals In Nicosia District Of TRNC	Naskhanym CHAUSHEVA Özhan ÖZTUĞ	2292
60	Özel Hastanelerde Kalite Yönetimi Sistemimin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma (Isparta İl Merkezi Örneği)	Meltem KAPLAN Şeniz HASDİL A.Çetin YİĞİT Seçkin Berk ÇAKIR İ.Ceyhun BAYRAKTAR	2300

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
8. KONGRESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

SÖZEL BİLDİRİLER

HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE KALİTE MALİYET HESAPLAMASI: KONYA SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

Emrullah İNCESU*

ÖZET

İşletmeler kalite maliyet hesaplamaları yapması, kalite hedeflerinin belirlenmesini, yönetimin geleceğe ilişkin alacağı kararlarda kılavuz görevi görmekte, insan kaynaklarının planlanması, müşterilerle olan ilişkilerin düzenlenmesi, bütçeleme konularında ve yatırım kararlarında oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu araştırmanın amacı, Konya Seydişehir Devlet hastanesinde, kalite maliyet hesaplama modellerinden biri olan PAF (Prevention-Appraisal-Failure) modeli ile kalite maliyet hesaplaması yapılarak sağlık yöneticilerine finansal planlama, performans denetimi, kalite geliştirme çalışmalarında katkı sağlamak ve kalite maliyet konusunun önemini vurgulamaktır. Araştırma kesitsel ve retrospektif olarak tıbbi, idari, mali ve teknik verilerin incelenmesi ve değerlendirilmesi yoluyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda, sağlık işletmelerinde kolaylıkla PAF kalite maliyet hesaplama modeli ile kalite maliyet hesaplaması yapılabileceği ve hastane toplam maliyetlerinin en az %25'inin kalite maliyetlerine ilişkin harcamalardan oluştuğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Kalite Maliyetleri, Sağlık İşletmeleri, PAF Kalite Maliyet Hesaplama Modeli

*İş Güvenliği Uzm.(A), Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü,
emrinc@hotmail.com

HOSPITAL MANAGEMENT QUALITY COST CALCULATION: AN APPLICATION AT KONYA SEYDİŞEHİR STATE HOSPITAL

ABSTRACT

Making quality cost calculations by enterprises plays an important role on the determination of the quality objectives, management decisions for the future objectives, planning of human resources, regulation of the relations with customers, budgeting and investment decision making. The aim of this study is to allow the hospital managers to make financial planning, to check performance and to contribute to the quality development studies by calculation quality costs via one of the quality cost calculation methods PAF (Prevention-Appraisal-Failure) at Seydisehir State Hospital. Research has been done as cross-sectional and retrospective by analyzing and evaluating the medical, administrative, financial and technical. As a result of this study, it is detected that PAF is one of the easiest way to make quality cost calculations for health enterprises, and also detected that at least 25% of total cost of hospitals is expenses related to the quality costs.

Keywords: *Quality, Quality Costs, Health Enterprises, PAF Model of Quality Cost Calculator*

1. Giriş

Son zamanlarda sağlık hizmetleri sektörüne özel sektörün de girebileceği şekilde yasal düzenlemeler yapılarak daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması adına rekabet ortamı oluşturulmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla hastalar sağlık hizmeti almak için pek çok hastane işletmesinden birini tercih etme şansına sahip olma durumuna gelmişlerdir. Hastane işletmeleri ise daha çok hastanın kendilerini tercih etmesini sağlama yarışına girmişlerdir. Hastalar açısından bakıldığında pek çok alternatif hastane işletmesinden birini tercihte en önemli unsur sunulan hizmetin kalitesidir. Hastane işletmeleri de hastalara daha kaliteli ve daha düşük maliyetli sağlık hizmetini nasıl sunabileceği çabası içindedir (Kırsakürek, 2010).

Hastane işletmeleri tarafından sunulan hizmetlerin hastaneler tarafından ücretlerinin belirlenememesi hastane yöneticilerini maliyetleri kontrol altına almaya yönlendirmiştir. Hastane işletmelerinde on binlerle ifade edilen farklı kalem malzemenin kullanılıyor olması maliyetlerin kontrol edilmesinin ne kadar zor olduğunu ifade etmek açısından önemlidir. Bu durum hastane yöneticilerini tedarikçilerle daha sıkı pazarlık yapma hususunda oldukça zorlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği maliyetlerinin yüksek olmasının yanı sıra hastaya sunulan hizmetlerin, kullanılan ilaçların, tıbbi sarf-malzemelerin ve tetkiklerin bir kısmının da hastalara çıkarılan faturaların eksik düzenlenmesi ya da hatalı olmasından dolayı ilgili kurumlardan tahsil edilememesi hastane işletmelerinde gelir kaybına neden olmaktadır. Bu durum hastane işletmelerinin maliyetlerini kontrol altına almasının ne kadar hayati bir öneme sahip olduğunun bir diğer göstergesidir (Kırsakürek, 2010). Yöneticiler, gelecekle ilgili yapacakları öngörülerde, işletmelerinin kalite ve maliyetle ilgili tüm unsurlarına göre çalışma programı ve bütçeler oluşturarak gelir ve gider planlaması yapmak durumundadırlar (Ocak vd., 2004).

Hastane işletmelerinde sunulan sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin kontrol altına alınmasıyla hastane yöneticileri; maliyetlerin azaltılması, sunulan hizmet kalitesinin

artırılması, kullanılan her türlü girdi ve çıktının etkin ve verimli kullanılması, çalışanların performanslarının belirlenmesi gibi konularda daha doğru kararlar alabilmektedir(Kısakürek, 2010).

Dr.W.Deming “bir kaliteyi iyileştirdiğiniz vakit verimliliği de iyileştirdiğinizi Japonlardan başka hiç kimse anlamamaktadır.” diye ifade etmiştir. Deming’in vurgulamak istediği yönetimin ilgisinin kaliteye çekilmesinin kalite ve akreditasyon fonksiyonlarının başta gelen hedefi olduğunu belirtmektedir. Bu ilgiyi elde etmenin en belirgin yolu kalite maliyetlerinden geçer. Kalite programlarının etkili bir şekilde kurulması ve yönetiminin, bu alanda yapılacak yatırımların geri dönüş hızını belirlediğine inanarak, kalite maliyetlerinin belirlenmesinin kalite yönetimi için gerekli olduğu bilinen bir gerçektir(www.qps-antalya.org,03.02.2013).

1.1.Kalite Kavramı, Kalite Maliyet İlişkisi Ve Önemi

1.1.1Kalite, Sağlıkta Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi(TKY)

Kalite "Bir ürün veya hizmetin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır"(kalitekontrol.org.tr,27.12.2012). Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir (Aktan, 1999).

A.B.D. Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine, IOM) kaliteyi şöyle tanımlar:“bireyler ve topluluklar için sağlık hizmetlerinin istenilen sağlık sonuçlarını artırdığı ve günümüzdeki profesyonel bilgiyle tutarlı olduğu seviyedir”. Bunun sağlık sektöründeki karşılığı, özet olarak “hasta mutluluğu” biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir (Morgil vd., 1995).

Kalite birçok kişinin sandığı gibi, lüks ile çağrışım yapan bir kavram değildir. Kalite, alıcıya bir ürün veya hizmet sonucu sunulan niteliklerin toplamıdır. Kalite, tatmin edici bir üretimin en düşük maliyetle ve tüketicilerin ihtiyaçlarını hemen giderebilme yeteneğidir (Gökmen, 2007). **Kısaca kalite, ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılayabilme kapasitesidir**, denilebilir.

Sağlık hizmeti kalitesinin tarihsel süreç içinde birçok tanımı yapılmış ve bu tanımlar, tanımı yapanın bakış açısı ve yaklaşımına göre farklı bir kavramı ele almıştır. Örneğin, sağlık hizmeti kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir(Caldwell,1998). Sağlık hizmeti kalitesinin daha zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmaması, dahası subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir (Şahin, 2007).

Sağlık hizmetlerinin konusu doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların tamir edilemeyecek olması nedeniyle, sağlık sektöründe kalite kavramı ile diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı aynı paralellikte düşünülmemesi gereken bir kavramdır. Sağlık hizmetinin ana konusu insan yaşamı oluşu nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalite kaçınılmazdır. Sağlıkta ‘PARDON’ kelimesi hiç kullanılmayacak bir kelimedir. ‘HATA’ kelimesi bu sektörde telaffuz bile edilmez (Küçükaksu vd.,2004).

Toplam kalite Yönetimi ise; Müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini sağlamak amacıyla sunulan hizmetin, her kademesindeki sorumluların sürece dahil edilmesiyle kalitenin artırıldığı bir yönetim kavramıdır.

Toplam kalite Yönetimi anlayışında sık sık sözü edilen müşteri beklentilerini karşılamanın koşulları aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Ürün/Hizmet ihtiyaç duyulduğunda hazır ve ulaşılabilir olmalıdır.
- Ürün/Hizmet müşteriye uygun yer ve zamanda müşteriye ulaştırılmalıdır.
- Ürün/Hizmet güvenilir olmalıdır.
- Ürün/Hizmet müşteriye mümkün olan en düşük maliyet yani fiyattan sunulmalıdır.
- Ürün/Hizmetin performansı üretim amaçlarıyla ve müşteri beklentileri ile uyumlu olmalıdır.

1.1.2.Maliyet ve Kalite –Maliyet İlişkisi

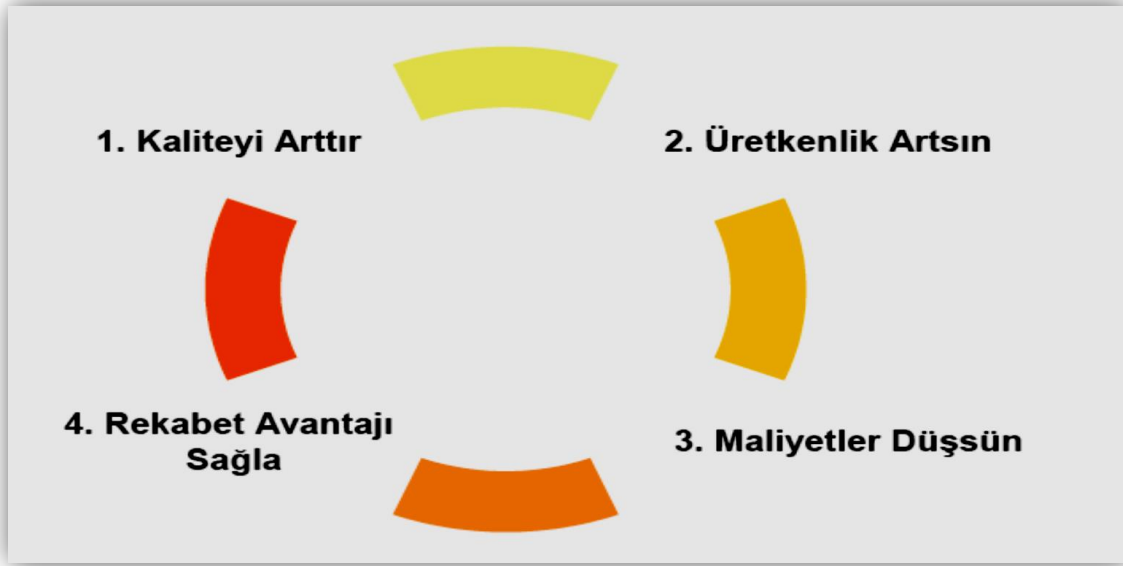
Sağlık hizmetleri arzının pahalılığı, talebin tüketici tarafından belirlenmesi ve tesadüflüğü, talep esnekliğinin katı olması, ikamesinin olmaması ve sosyal amaçlı olması gibi özelliklerinden dolayı; hastane işletmesi yöneticilerinin politikalarını belirlerken kalite, etkililik, verimlilik, maliyet gibi genel ekonomik kavramlara ağırlık vermelerine neden olmuştur (Bulut ve İşman, 2004: 279; Tutar ve Kılınç, 2007:34).

Sağlık hizmetlerinin maliyeti, hastanenin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri şeklinde tanımlanabilir (Yiğit ve diğerleri, 2003: 233). Bu tanımdan hareketle hastane işletmelerindeki maliyetleri etkileyen unsurları; kapasite ve kapasite kullanımı, kullanılan teknoloji, hasta sevk zincirinde yer alan kademe, hizmet sunulan nüfusun yoğunluğu, epidemiyolojik yapısı, sağlık hizmetinin kalitesi ve hastane imajı, başta hekim olmak üzere istihdam edilen sağlık çalışanı ve diğer çalışanlar, hastanenin makine-teçhizat durumu, altyapısıve para kaynağı şeklinde sıralamak mümkündür (Yiğit ve Ağırbaş, 2004: 142).

Maliyet en geniş tanımıyla, bir amaca ulaşmak, bir nesneyi edinebilmek için katlanılan fedakarlıkların tümüdür (Yörükçü,1999).

Kalite maliyetleri kalitenin ölçüsüdür. Toplam kalite yönetiminin yerleşebilmesi, uygulanabilmesi ve sürekli kılınabilmesi için kalitedeki gelişmelerin ölçülmesi ve açık bir şekilde raporlanması gerekir. Verimli, etkin ve tüketicilerin ihtiyaçlarını karşılayabilme özelliklerine sahip mal ve hizmetlerin üretilmesini sağlamak veya kaliteyi üretmek amacıyla yapılan yatırımlar nedeniyle maruz kalınan giderler, kalite maliyetlerini oluşturmaktadır (Kırlioğlu, 1998).

Dr. W. Deming’in kalite maliyeti ile ilgili ifade ettiği zincirleme tepkimesi aşağıda sunulmuştur.

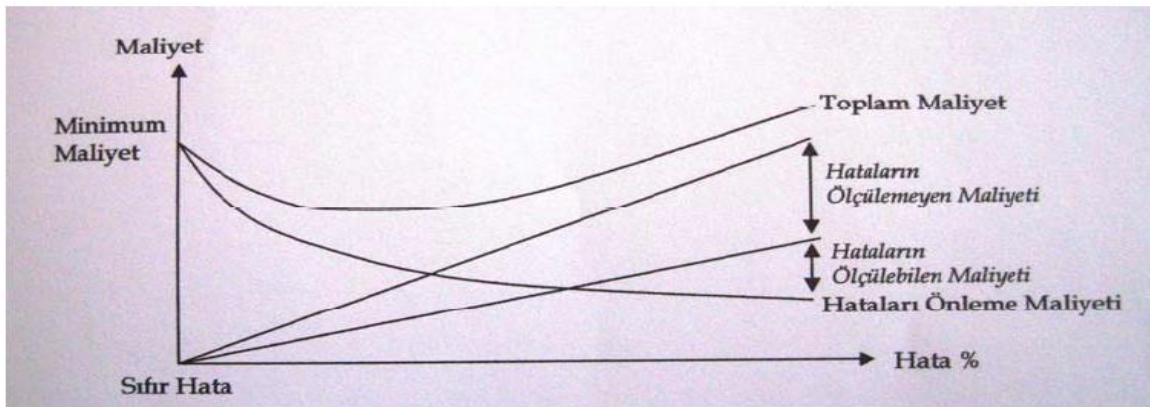


Şekil 1. Zincirleme Tepkime

Kalite hedeflerinin belirlenmesinde kalite-maliyet ilişkisini görebilmek ve uygun bir fiyat tespit edebilmek için, maliyet hedeflerinin tespiti ve kalite maliyetlerinin hesaplanması gerekmektedir.

Kalite yönetimiyle;

- İsrafın önlenmesi,
- Kalitenin arttırılması,
- İşlem zamanının kısaltılması,
- Maliyetlerin düşürülmesi,
- Moral ve verimliliğinin arttırılması,
- Sürekli iyileşme ve gelişmenin sağlanması amaçlanmaktadır. (Alkan, 2002)



Kaynak: Kavrakoğlu, 1992

Şekil 2. Kalite Maliyet İlişkisi

1.1.3. Kalite Maliyetlerinin Önemi ve Yararı

Kalite problemleri, bir yandan toplam maliyetleri arttırarak, diğer yandan da müşteri memnuniyetsizliğine yol açarak hem işletme gelirlerini hem de rekabet gücünü azaltmaktadır. Bu nedenle, maliyetlerin en aza indirilmesi için kalite maliyetlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Kırlioğlu, 1998).

Kalite maliyetleri iki nedenden dolayı önem kazanmaktadır:

- Kalite maliyetleri işletmelerde yüksek oranlara sahiptir ancak ölçülmemektedirler. Örneğin, yapılan bir araştırmada araştırmaya katılan firmaların sadece %3'ü kalite maliyetlerini kalite ölçümü için topladıklarını belirtmişlerdir.
- Kalite maliyetleri israfın olduğu alanları belirlemeye ve bu israfın kaynaklarını yöneticilere göstererek önlemeye yardımcı olmaktadır.

Kalite maliyetleri bilgisi bir yöneticinin kalite iyileştirme konusuna yapılan yatırımların gerekçesini haklı göstermesine ve yapılan çalışmaların etkinliğinin izlenmesine yardımcı olur. Kalite maliyetleme bir organizasyonun kalite performansının “para” dilinde açıklanmasını sağlar (Bozkurt, 2003).

Kalite maliyetlerini ölçmek, kaliteyle ilgili faaliyetlerin firma performansı üzerindeki etkisini göstermek üzere bir araçtır. Bu da, özellikle üretim, pazarlama, malzeme alımı ve müşteri tatmini alanlarında söz konusudur. Kalite maliyetlerini ölçme; çalışanları, TKY ve sürekli kalite geliştirme uygulamaları yönünde olumlu etkilemelidir (James, 1996:278).

Kalite maliyeti ölçümü, önleme, değerlendirme ve hata faaliyetleri üzerine yoğunlaşacak, bu da maliyetleri azaltma fırsatı yaratacaktır. Kaliteyle ilgili faaliyetlerin performansı ölçülmeli çünkü bu ölçümler, bölümler, süreçler ve ürünler-hizmetler arasında kalite maliyetleri karşılaştırmaları yapmada bir temel oluşturacaktır. Kalite maliyetlerinin ölçümü, kalite kontrol, kalite geliştirme-iyileştirme ve TKY’de büyük önem taşımaktadır (James, 1996).

Kalite maliyet bilgileri, kalitenin geliştirilmesi için gerekli faaliyetlere ihtiyaç duyulan alanların belirlenmesi amacıyla, üretim hatları veya sürecine göre bir düzenlemenin sağlanmasında yardımcı olabilmektedir (Ponemon, 1990). Kalite maliyetleri performans raporlamada, planlama ve bütçelemede veya stratejik amaçları değerlendirmede bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir (Evans ve Lindsay, 1989). Kalite maliyetleri verilerinin en önemli uygulama alanı, kalite problemlerini belirlemek ve sonuçları kullanarak değişim ihtiyacını yönetime göstermektir.

1.2. Kalite Maliyetleri Hesaplaya Modelleri

Kalitenin mükemmel olduğu ve kusurlu ürünün mevcut olmadığı kuramsal bir dünyada, uygunsuzluğun maliyetlerinin varlığından söz edilmeyecektir. Ancak gerçekte var olan bu maliyetleri hesaplamak, analiz etmek ve yorumlamak gerekmektedir ki, bu da kalite maliyet sisteminin varlığını zorunlu kılmaktadır (Ömürgönülşen, 2008).

İngiliz Standartları Enstitüsü tarafından yayınlanan ‘BS 6143 Guide to the economics of quality’ adlı kitapta kalite maliyet verileri toplamının ve kalite maliyet modelleri kurmanın iki yönteminin olduğunu ifade etmektedir (Ömürgönülşen, 2008). Fakat kalite maliyetlerinin ölçülebilmesi amacıyla kalitenin günümüze kadar ki tarihi boyunca birçok kalite maliyet modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller ve maliyet kategorileri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Genel Kalite Maliyet Modelleri ve Maliyet Kategorileri

Kalite Maliyet Modeli	Faaliyet / Maliyet Kategorisi
Paf Modeli	Önleme+Ölçme - Değerlendirme+Başarısızlık
Crosby'nin Modeli	Uygunluk+Uygunsuzluk
Fırsat ve Maddi Olmayan Maliyet Modeli	Önleme+Ölçme - Değerlendirme+Başarısızlık
	Uygunluk+Uygunsuzluk+Fırsat
	Maddi+Maddi Olmayan
Süreç Maliyet Modeli	Uygunluk+Uygunsuzluk
FDMS Modeli	Değer Ekleyen+Değer Eklemeyen

Kaynak: Schiffauerova ve Thomson, 2006:2

1.2.1. PAF (Prevention-Appraisal-Failure) Modeli

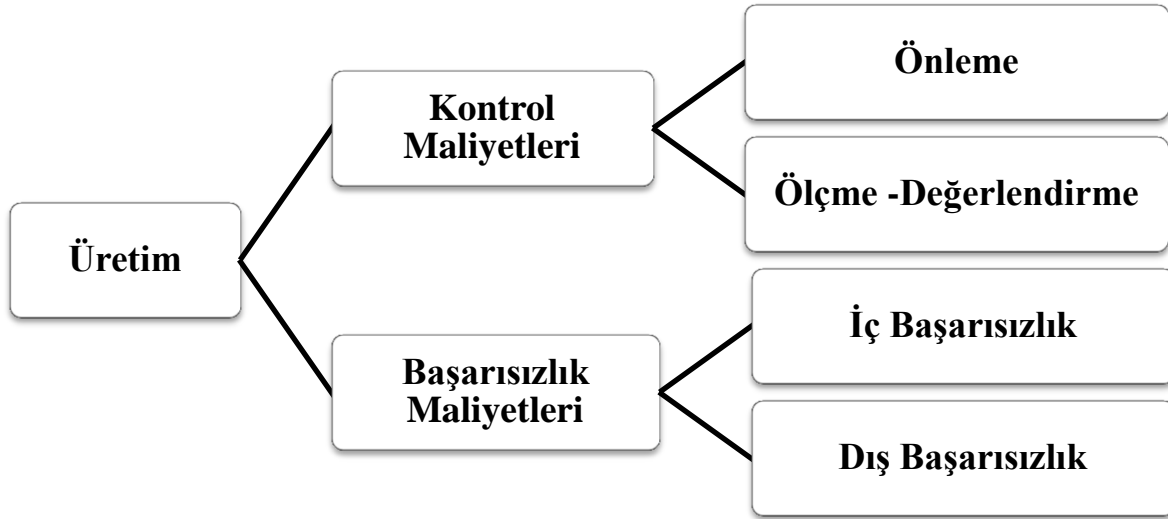
Bu model adını, önleme (prevention), değerlendirme (appraisal), vebaşarısızlık (failure) maliyetlerinin (PAF) baş harflerinin kısaltılmasından almaktadır. Bu model günümüzde en çok kabul gören ve kullanılan kalite maliyet modelidir. Modelin özelliği, kalite maliyetlerinin ana ve alt unsurlarını tek tek tanımlamış olmasıdır.

PAF Modeli ve Süreç Maliyet Modeli arasındaki ilişkiyi şu şekilde anlatmak mümkündür. Süreç Modeli'nde ki uygunluk maliyetleri, PAF Modeli'nde önleme ve değerlendirme maliyetleri olarak adlandırılırken, yine aynı modeldeki uygunsuzluk maliyetleri, PAF Modeli'ndeki içsel ve dışsal başarısızlık maliyetleri olarak tanımlanmaktadır (Ömürgönülşen, 2008).

Bu modelde yer alan kalite maliyetleri dört grubu ayrılmıştır (Feigenbaum, 1956).

- Önleme Maliyetleri
- Ölçme Değerlendirme Maliyetleri
- İç Başarısızlık Maliyetleri
- Dış Başarısızlık Maliyetleri

PAF Modeli'nde kalite maliyetlerinin dağılımı Şekil 3.'de gösterilmiştir.



Kaynak: GiakatisandRooney, 2000:157.

Şekil 3.PAF Modelinde Kalite Maliyetlerinin Dağılımı

1.3. Literatür Taraması

Hastane işletmelerinde maliyet analizi pek çok çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmalarda maliyet analizinin farklı yönleri ele alınarak incelenmiştir. Erkol ve diğerleri (2011) faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemini kullanılarak, gerçeğe daha yakın klinik işlem maliyet rakamlarına ulaşılabileceğini, Yiğit ve diğerleri (2003) yatan hastaların birim maliyetini hesaplamaya çalışmışlardır (Hacıevliyagil ve diğerleri, 2006). Karasioğlu ve Çam (2008) sadece bir bölümdeki muayene maliyetini hesaplamışlardır. Benzer araştırmalarda klinik servis maliyetleri bulunmaya çalışılmıştır (Carpenter ve diğerleri 1994; Minh ve diğerleri 2009; Eroğlu, 2002). Yiğit ve Ağırbaş (2004) hastane işletmelerinde kapasite kullanım oranının maliyetler üzerindeki etkisini; Top ve Yıldırım (2000) performans maliyet arasındaki ilişkiyi; Aktaş ve Kaptanoğlu (2002) ise sadece bir ameliyatın maliyetini araştırmışlardır.

2009 Ocak Ayı Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane 'sinin bölüm maliyetleri sabit ve değişken maliyetler göz önünde bulundurularak hesaplayan araştırmada, maliyetlerin %52'si personel; %18'i işletme maliyetleri; %4'ü ayniyat; %14'ü ilaç; %12'si tıbbi sarf malzemedan oluşmaktadır(Kısakürek,2010:254). Bu çalışmamızda çıkan bulgular Kısakürek'in çalışması ile paralellik göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda hastane işletmelerinde maliyetleri artırıcı ve verimliliği düşürücü faktörler olarak; daha az maliyetle dışarıda yaptırılacak işlerin hastanede yaptırılması, hastanede gereksiz cerrahi girişimler, bazı gelişmiş olanakların az kullanılması ve emek yoğun teknolojiye bağlılık, bölgesel talep dikkate alınmaksızın hastane büyüklüklerinin tespiti, hekimlerin daha fazla laboratuvar testi yaptırma eğilimleri sıralanmıştır (Yiğit ve Ağırbaş, 2004:143).

2. Metodoloji

2.1. Araştırmanın Amacı

Seydişehir Devlet hastanesinde, kalite maliyet hesaplama modellerinden biri olan PAF (Prevention-Appraisal-Failure) modeli ile kalite maliyet hesaplaması yapılarak sağlık yöneticilerine finansal planlama, performans denetimi, kalite geliştirme çalışmalarında katkı sağlamak ve kalite maliyet konusunun önemini vurgulamaktır.

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel ve retrospektif olarak tıbbi, idari, mali ve teknik verilerin incelenmesi ve değerlendirilmesi yoluyla yürütülmüştür.

2.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmada kullanılacak olan Kalite Maliyet kalemleri, hastanenin hizmet sektörü içinde yer almasından dolayı diğer üretim sektörü firmalarına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık hastanelerde işleyen çok sayıda birbiri ile bağlantılı süreçlerin karşılansında kullanılan gerek insan kaynakları gerekse malzeme çeşitliliği nedeniyle olmaktadır.

Kalite Maliyet kalemleri belirlenirken PAF Modeli Kalite Maliyet dağılımı unsurları baz alınarak, ilgili unsurların hastanede ver olan maliyet kalemleri ilgili birim sorumluları ile beyin fırtınası tekniği ile tet tek tespit edildi.

Veriler, hastanenin tıbbi, idari, mali ve teknik kayıtlarından yararlanılarak toplanmıştır. Belirlenen maliyet değerleri, yüzdesel olarak grafik ve tablolar yardımı ile değerlendirilmiştir.

2.4. Hastane Kalite Maliyet Kalemleri

2.4.1. Önleyici Faaliyet Kalemleri

Önleyici faaliyet kalemleri, kalite maliyetlerinin hesaplanmasında kullanılan ve alt çeşitliliği olan bir maliyet kalemidir. Bu nedenle diğer maliyet kalemlerine göre fazla sayıda çeşitlilik göstermektedir. Buna göre Seydişehir Devlet Hastanesi önleyici kalite maliyetlerini şu şekilde sıralayabiliriz;

- Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti
- Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti
- Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti
- Sterilizasyon Maliyeti
- Hasta Dosyası Ve Arşivleme
- Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti
- Kalite Eğitimleri Maliyeti
- Hastane Hizmet İçi Eğitimleri Maliyeti
- Öz Değerlendirme Maliyeti
- Haşerelerle Mücadele Maliyeti
- Tıbbi Makine Ve Ekipman Maliyeti
- Atık Toplama Maliyeti
- Tıbbi Atık Bertarafı Maliyeti
- Taşeron Firma Maliyeti
- Makine Teçhizat Bakım Onarım Maliyeti

2.4.1. 1.Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti

Hasta güvenliğini sağlamada, kimlik tanımlayıcılar olarak kullanılan kol bantları, radyasyon güvenliğini sağlama için kurşun koruyucular, hastane içi acil yardım (MAVİ KOD) ve çocuk kaçırmalarında (PEMBE KOD) bildirim sistemi kurulması maliyetleri olarak belirlenmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite ve servis satın alma biriminden alınmıştır.

Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti=Kol Bantları+Kurşun Koruyucular+Acil Yardım Bildirim Sistemi

Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti=360+5.103+12.254=17.717 TL

2.4.1. 2.Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti

Çalışan güvenliğini sağlamada, hastanede çalışanların sorunlarını dile getirebileceği, her hangi bir olumsuz durumda kanuni sürecin başlatılması ve sürecin takibi açısından kurulan çalışan güvenliği birim teşekkül ettirilmiştir. Bu birimde tam zamanlı çalışan bir personel mevcuttur. Ayrıca çalışanlara karşı her hangi bir sözlü yada fiziki saldırılarda önlemek ve önlem almak amacıyla güvenlik birimlerinin olaya kısa zamanda müdahale etmelerini sağlayacak bir bildirim sistemi (BEYAZ KOD) kurulması sağlanmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi, mutemetlik, teknik servis ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti=(Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti +Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti)X Ay +Beyaz Kod Pager Cihazı Ücreti X Adet

Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti=(2.455+710)12+480x3=39.420 TL

2.4.1. 3.Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti

Enfeksiyon Kontrolünü Sağlamada tam zamanlı olarak bir enfeksiyon hemşiresi çalışmaktadır. Alkol bazlı el antiseptiği, N95 maske, çeşitli tipte ve özellikle eldivenler, yüzey temizleme dezenfektanları ve ameliyathane kullanılan çeşitli malzemelerin dezenfeksiyonunda kullanılan dezenfektan solüsyonları kalite maliyet kalemlerini oluşturmaktadır. Harcama kalemlerindeki tutarlar 12 aylık toplam maliyeti göstermektedir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane enfeksiyon hemşiresi, mutemetlik ve satın alma biriminden alınmıştır.

Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti = (Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Ay + Alkol Bazlı El Antiseptiği+N95 Maske + Eldivenler + Yüzey Temizleme Dezenfektanları+ Ameliyathane Dezenfektan Solüsyonları

Enfeksiyon Kont. Sağ. Mal.=(2.160+680)12+613+102.6+471.3+369.8+615=36.251 TL

2.4.1.4.Sterilizasyon Maliyeti

Sterilizasyon ünitesinde tam zamanlı çalışan bir kişi mevcuttur. Otoklav makinası 2002 yılında 19.826 TL ye alınmış olup, 2012 yılı amortisman tutarı 0.01 olduğu için maliyete katılmamıştır. Sterile edilecek malzemelerin kaplanması için plastik rulo ve indikatörler diğer kalite maliyetlerini oluşturmaktadır. Otoklav ortalama ayda 60 kez çalıştırılmaktadır. Her bir çalışma 2 saat sürmekte. 2012 yılında ortalama 720 kere otoklav

çalıştırılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler sterilizasyon sorumlusu, teknik servis ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Sterilizasyon Maliyeti = 1 Saat için harcanan kw/saat X Birim Fiyat X günlük ortalama cihaz çalışma saati X otoklav çalışma sayısı + rulo ücreti + indikatör ücreti

Sterilizasyon Maliyeti=45x0.307x4x720+692+948=41.427 TL

2.4.1.5.Hasta Dosyası ve Arşivleme Maliyeti

Hasta Dosyası ve Arşivleme işlemlerini yerine getirmek için 1 arşiv memuru çalışmakta. Çalışanın brüt ücreti 2.160 TL ve Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti 680 TL olarak belirlenmiştir. Arşivi hırsızlıklara karşı korumak için 920 TL'ye alarm sistemi taktırılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler, mutemetlik ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Sterilizasyon Maliyeti=(Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Ay + Alarm sistemi ücreti

Sterilizasyon Maliyeti=(2.160+680)12+920=35.000 TL

2.4.1.6.Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti

Bu maliyet kalemlerinin hastanenin verdiği hizmetler tanıtım faaliyetleri için yapılan her türlü görsel broşür ve basılı matbu dokümanları kapsamaktadır. 2012 yılı içinde **3.688 TL** olarak gerçekleşmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi ve muhasebe servisinden alınmıştır.

Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti=Görsel Broşür ve Basılı Matbu Dokümanları Ücreti

Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti=3.688 TL

2.4.1.7.Kalite Eğitimleri

2006 yılından beri İSO 9001:2000 ve sağlık bakanlığı kalite uygulamalarına uyum sağlanması için kalite birimi çalışanları çeşitli kongre ve eğitimlere gönderilmiş ve eğitim gideri olarak **2.680 TL** ödenmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi ve muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.8.Hastane Hizmet İçi Eğitimleri Maliyeti

Hizmet içi eğitimler: Hastane Eğitim Komitesi tarafından 3 ayda bir planlanan eğitimleri kapsamaktadır. Bu eğitimlerin çoğunu hizmet içi eğitim hemşiresi, eğitim odasında vermektedir. Bazı eğitimler uzmanlık alanı gerektirdiğinden eğitim konusuna göre hastane içinden uzman kişiler tarafından bu eğitimler verilmektedir. Bu eğitimleri veren kişilere ayrıca bir ücret ödenmemektedir. Eğitim odasında 2005'de 245 TL'ye alınan bir adet projeksiyon cihazı ve 2007'de 2.797 TL'ye alınan diz üstü bilgisayar kullanılmakta olup, 2012 yılı amortisman tutarları 0.01 olduğu için maliyete katılmamıştır. Toplam 146 saat eğitim verilmiştir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane eğitim hemşiresi, mutemetlik, teknik servis ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Hizmet İçi Eğitim Maliyeti = Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti X Ay + 1 Saat İçin Harcanan Kw/Saat X Birim Fiyat X Eğitim Süresi (Saat) X Eğitim Sayısı + Amortismanlar Toplamı

Hizmet İçi Eğitim Maliyeti=(2.5862+710)x12+2x0.233x1x146=33.612 TL

2.4.1.9. Öz Değerlendirme Maliyeti

Planlı olarak yılda 2 kez öz değerlendirme yapılmaktadır. Bu değerlendirmede değerlendirici olarak görevlendirilen çalışanlar mesai saatleri içerisinde bu işi yaptıklarından dolayı hastane için ilaveten herhangi bir maliyet oluşturmamaktadırlar. Ancak yılda iki defa yapılan öz değerlendirme yıl içindeki toplam maliyeti soru listeleri, değerlendirme raporları, açılan düzeltici ve önleyici faaliyetler, değerlendirme duyuru formları, uyarı yazıları vs. için harcanan kâğıt ve toner masrafları söz konusudur. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane kalite birimi ve Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisinden alınmıştır.

Öz Değerlendirme Maliyeti = Kullanılan Kâğıt Miktarı x Birim Fiyat + Toner Tutarı

Öz Değerlendirme Maliyeti= 500 adet x 0.01+12=17 TL

2.4.1.10. Haşerelerle Mücadele

Hastane haşerelerle mücadele yapmak için bir ilaçlama firması ile yıllık olarak anlaşma yaparak gerçekleştirmektedir. 2012 yılı için **5.947 TL** ilgili firmaya ödeme yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.11. Tıbbi Makine ve Ekipmanı

Hizmet kalitesinin artırılmasında önemli rol onayan en önemli unsurlardan biri de teknolojik gelişmelere ayak uydurarak hizmet vermektir. 2012 yılında **335.307 TL** tıbbi makine ve ekipman alımı için harcama yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.12. Tıbbi Atık Toplama Maliyeti

Tıbbi atık toplama işini yerine getirmek için 1 temizlik personeli görevlendirilmiştir. Bu iş için oluşan kalite maliyeti çalışanın brüt ücreti olan **987 TL**'dir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

Tıbbi Atık Toplama Maliyeti =Çalışanın Brüt Ücreti x Ay

Tıbbi Atık Toplama Maliyeti =987x12=11.844 TL

2.4.1.13. Tıbbi Atık Bertaraftı Maliyeti

Toplanan tıbbi atıkların bertaraftı, kilogram baz fiyatlı olarak anlaşma yapılan firmaya aylık ödemeler şeklinde yapılarak sağlanır. 2012 yılında ilgili firmaya **78.447 TL** ödeme yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.14. Taşeron Firma Maliyeti

Hastane bünyesinde güvenlik, veri giriş, görüntüleme, diyaliz hastalarını taşıma, temizlik ve otomasyon işleri için taşeron firma maliyeti yıllık **3.002.395TL**'dir. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.1.15. Makine Teçhizat Bakım Onarım Maliyeti

Hastanede kullanılan Makine Teçhizat Bakım Onarım için 2012 yılında toplam **121.667 TL** harcama yapılmıştır. Maliyet ile ilgili bilgiler hastane muhasebe servisinden alınmıştır.

2.4.2. Ölçme-Değerlendirme Maliyetleri

Hastanenin değerlendirme maliyet kalemleri;

- Tıbbi kayıtların kontrolü,
- Kalibrasyonlar,
- Satın alınan cihaz ve tıbbi malzemenin kontrolü,
- Anketler,
- İnternet ve telefon,
- Stok ve depo hizmetlerinden oluşmaktadır.

2.4.2.1. Kalibrasyon Maliyeti

Hastane hizmetlerinde kullanılan toplam 576 adet cihazın kalibrasyonu kalibrasyon firmasına yaptırılmaktadır. Cihazların kalibrasyonu için 2012 yılında firmaya ödenen tutar **3.646 TL**'dir. Maliyet bilgileri satın alma biriminden alınmıştır.

2.4.2.2. Anketler Maliyeti

Her Ay Yatan hasta, poliklinik hastası ve acil hastasına ve yılda 2 kere de çalışanlara memnuniyet anketi uygulaması yapılmaktadır. Bu dört anket için toplam 1000 adet A4 kâğıdı kullanılmaktadır. Anketler yüz yüze yöntemi ile yapılmaktadır. Anketörlüğü Klinik kodlama görevinde bulunan tıbbi sekreter yapmaktadır. Anketör maliyeti hasta dosyası ve arşivleme maliyetlerinde kullanıldığı için göz ardı edilmiştir. Anket uygulamalarının yapılabilmesi için kullanılan kâğıt ve toner kalite maliyet kalemlerini oluşturmaktadır. Kalite maliyet ile ilgili bilgiler: kalite birimi, Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi ve satın alma biriminden alınmıştır.

Anketler Maliyeti = Kullanılan Kağıt Miktarı x Birim Fiyat + Toner Tutarı

Anketler Maliyeti=1000x0.01+12=22 TL

2.4.2.3. Tıbbi Kayıtların Kontrolü Maliyeti

Tıbbi Kayıtların Kontrolü maliyetlerini, kayıtların kontrolünü sağlayan kat sekreterleri (3 kişi), arşiv memuru, dosya kontrolü ve ICD-10 AM klinik kodlama yapan personel ve faturalama biriminde çalışanların (2 kişi) aldıkları maaş ve ek ödeme ücretleri belirlemiştir. Kat sekreterlerinin maliyete etkililikleri, taşeron firma maliyetlerinde kullanıldığı için maliyete etkileri göz ardı edilmiştir. Yine arşiv memurunun maliyete etkililiği, hasta dosyası ve arşivleme maliyetlerinde kullanıldığı için göz ardı edilmiştir. Maliyet bilgileri, hastane arşiv memuru ve mutemetlikten alınmıştır.

Tıbbi Kayıtların Kontrol Maliyeti = Faturalama Biriminde Çalışanların Maliyeti + Klinik Kodlama Çalışanlarının Maliyeti

Klinik Kodlama Çalışanların Maliyeti = (Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Ay

Klinik Kodlama Çalışanlarının Maliyeti = 2547x12=30.534 TL

Faturalama Biriminde Çalışanların Maliyeti = (Birim Çalışanın Aylık Brüt Ücreti + Birim Çalışanın Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Ay

Faturalama Biriminde Çalışanların Maliyeti=5928x12=71.136 TL

Tıbbi Kayıtların Kontrol Maliyeti = 30.534+71.136=101.700 TL

2.4.2.4. Satın Alınan Cihaz ve Tıbbi Malzemenin Kontrolü

Bu kalite maliyet kalemi alınan cihaz ve tıbbi malzemelerin muayeneleri yani sağlamlığı, şartnameye uygunluğu tespiti gibi kontrollerin yapılması için katlanılan maliyeti kapsar. Hastane satın alma biriminin kayıtlarına göre 2012 yılında toplam 327 muayene kabul komisyonu kurularak malzeme alımı yapılmıştır. Bu bölümde çalışan kişilerin maliyetleri, stoklar ve depo hizmetleri kalite maliyet kaleminde hesaplanmıştır. Bu kalite maliyet kalemi için herhangi bir gider hesaplanmamaktadır.

2.4.2.5. Stoklar ve Depo Hizmeti Maliyeti

Hastane bünyesinde beş adet depo bulunmaktadır. Bu depolar, tıbbi malzeme deposu ve laboratuvar sarf malzeme deposu, kırtasiye deposu, ilaç deposu, teknik servis deposu ve diğer sarf malzeme deposudur. Bu depolarda 6 kadrolu personel çalışmaktadır. Maliyet bilgileri, hastane Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi ve mutemetlikten alınmıştır.

Stoklar ve Depo Hizmetinin Maliyeti = (Kadrolu Personelin Brüt Ücret Ortalaması + Aylık Döner Sermaye Ek Ödeme Sabit Ücreti) X Personel Sayısı x Ay

Stoklar ve Depo Hizmetinin Maliyeti = (2.558+710)6x12=235.296 TL

2.4.2.6. İnternet ve Telefon

2012 yılı içinde hastane Türk Telekom'a toplam **55.060 TL** internet sağlayıcılığı ve iletişimi ücreti ödemiştir. Ayrıca hastane ayda ortalama 1.100 TL telefon görüşme bedeli ödemektedir. Bu maliyet kalemi bilgileri muhasebe biriminden alınmıştır.

İnternet ve Telefon Maliyeti = İnternet maliyeti yıllık + ortalama aylık telefon görüşme bedeli X 12

İnternet ve Telefon Maliyeti = 55.060 + 1.100 x 12 = 13.200 = 68.260 TL

2.4.3. İç Başarısızlık Maliyetleri

İç başarısızlık maliyet kalemlerini;

- Hasta dosyası kontrolü ve takibi
- Hastaneye ait diğer merkezlerden hasta nakilleri
- Başarısızlık analizi
- Film ve laboratuvar testlerinin yenilenmesi oluşturmaktadır.

2.4.3.1. Dosya Kontrolü ve Eksikliklerinin Giderilmesi

Dosya kontrolü ve eksikliklerinin giderilmesi ile ilgili yapılacak uygulamalar tıbbi kayıtların kontrolü maliyeti hesaplamalarında yapılan maliyet kalemleri içerik ve sayısı ile aynı olduğundan maliyet hesaplamasında değerlendirilmeye alınmamıştır.

2.4.3.2. Hastaneye Ait Diğer Merkezlerden Hasta Nakilleri

2005 yılında SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinden sonra var olan iki hastane tek çatı altında birleştirildi. Biri şehir merkezinde diğeri şehir dışında A ve B blok olarak hizmet vermeye devam etmektedir. Gerek hasta transferi gerekse diğer durumlar için bir araç tahsis edilerek iki blok arasında ulaşım sağlanmaktadır. Tahsis edilen araç 2005 yılında 7.474 TL'ye alınmış olup, 2012 amortisman tutarı 2.990 TL'dir. İki blok arası mesafe iki kilometredir.



Aracın tamir ve bakım ücretleri için 2012 yılı içinde **6.934 TL** ödenmiş olduğu tespit edilmiştir. Bu maliyet kalemi bilgileri, hasta nakil ve muhasebe birimlerinden alınmıştır.

Hastaneye Ait Merkezlerden Hasta Nakillerinin Maliyeti = Aylık Motorin Tüketimi X Motorin Litre Fiyatı X Ay + Tamir ve Bakım Ücretleri Amortismanı

Hastaneye Ait Merkezlerden Hastan Nakillerinin Maliyeti = 85x4.18+6.934+2.990= 8.279 TL

2.4.3.3.Film ve Laboratuvar Testlerinin Yenilenmesi

Hastanede görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerinin tekrarları hastaneye fazladan fatura edilmediği için bu kalite maliyet kaleminin herhangi bir gideri bulunmamaktadır.

2.4.3.4.Başarısızlık Analizi

Bu maliyet ürün başarısızlıklarının sebeplerini belirlemektedir (Montgomery, 2005). Üründe ya da kalite sisteminde ortaya çıkan uygunsuzlukların tespit edilmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik faaliyetlerin oluşturduğu maliyetlerdir. Hastanede kalite yönetim şartlarına göre hizmet kalite standartlarını olumsuz yönde etkileyen unsurların tespiti ve çözüm yollarının aranması için 29 adet DÖF (düzeltici ve önleyici faaliyet) gerçekleştirilmiştir. Bu DÖF'lerin yerine getirilebilmesi için hastane 2012 yılında **2.034 TL** harcama yapmıştır. Bu maliyet kalemi ile ilgili bilgiler hastane kalite yönetimi, muhasebe ve satın alma birimlerinden alınmıştır.

2.4.4.Dış Başarısızlık Maliyet Kalemleri

Dış başarısızlık maliyet kalemleri; hasta şikâyetlerinin incelenmesi, şikâyet ve memnuniyetlere geri bildirimde bulunulması ve hasta kayıplarından oluşmaktadır.

2.4.4.1.Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerini İncelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri

Hasta şikâyetlerinin incelenmesi, şikâyet ve memnuniyetlere geri bildirimde bulunulması ve hastaların işleyişle ilgili sıkıntılarını gidermek için Hasta Hakları Birimi oluşturulmuş olup, burada tam zamanlı olarak bir memur görevlendirilmiştir. 2012 yılında toplam Hasta Hakları Birimine 170 şikâyet başvurusu olmuştur. Bunlardan 123'ü yerinde çözümlenmiş, 47'si ise görüşülmek üzere Hasta Hakları Kuruluna sevk edilmiştir. Dilek ve temenni kutularından çıkan toplam 246 belgenin 92'si değerlendirmeye alınmıştır.

Tüm bu şikâyet ve bildirimlerin 11'ine elektronik posta ile 3'üne posta yolu ile 25'ine ise resmi yazışma ile tebliğ edilerek geri bildirim yapılmıştır. Geribildirimler için kullanılan telefon ve internet harcamaları internet ve telefon maliyetler kaleminde kullanıldığından bu maliyetlerle ilgili her hangi bir ücret değerlendirmeye alınmamıştır. Geribildirimde kullanılan 3 adet posta ücreti olarak **330 Kuruş** ödenmiştir. Bu maliyet kalemi ile ilgili bilgiler hastane muhasebe biriminden alınmıştır.

Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerini İncelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri =Kadrolu Personelin Brüt Ücreti X Ay + Posta Ücreti

Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerini İncelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri =2.562 x 12 + 0.33=30.744 TL

2.4.4.2.Hasta Kayıpları Maliyetleri

Hastanede, hasta kayıpları olarak Birinci Basamak Yoğun Bakıma 48 saat içinde tekrar yatışları olan hastalara yapılan harcamalar hasta kayıplarının neden olduğu maliyetler

olarak ele alınmıştır. Yoğun bakım servis sorumlu hemşiresi ve faturalama birim sorumlularının verdiği bilgilere göre bu şekilde yatış yapılan hastalara ortalama **700 TL** tutarında fatura kesildiği belirlenmiştir. 2012 yılında toplam 4 hasta tekrar yatış yaptırmıştır.

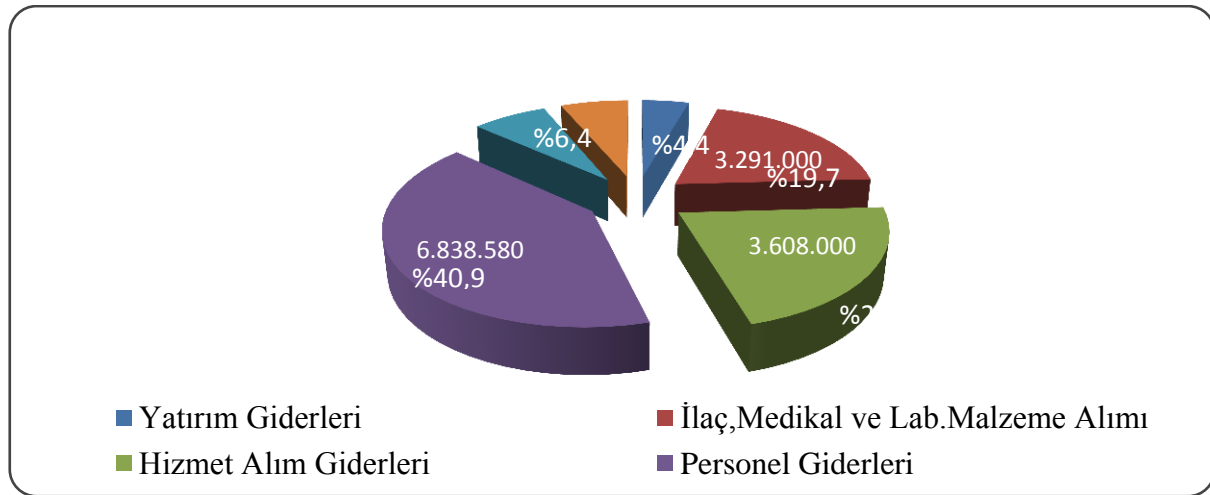
Hasta Kayıpları Maliyetleri = Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Tekrar Yatışları Yapılan Hasta Sayısı X Ortalama harcama

Hasta Kayıpları Maliyetleri = 4 x 700=2.800 TL

3. Tartışma ve Bulgular

2012 yılı için Seydişehir Devlet Hastanesi'nde hesaplanan kalite maliyetleri analiz edildiğinde aşağıdaki unsurlar göze çarpmaktadır. Hastanenin 2012 yılı toplam maliyeti 16.718.182 TL olarak belirlenmiştir. Bu maliyet dağılımında ilk sırayı %40,9 ile Personel Giderleri yer almaktadır. 2012 yılı Maliyet Dağılımı şekil 4'de verilmiştir.

Şekil 4. 2012 Yılı Maliyet Dağılımı



Tablo 2'de görüleceği üzere, kalite maliyet verilerine göre toplam kalite maliyetleri tutarı 4.207.343 TL olarak belirlenmiştir. Kalite maliyet toplam tutarı 2012 toplam harcamaların %25,1'ini oluşturmaktadır. Bu da 2012 hastanedeki toplam harcamaların dörtte birinin kalite maliyetleri için harcadığını göstermektedir.

Şekil 5'de Toplam Kalite Maliyet Kalemlerine bakıldığında, %89,2 ile önleyici maliyetler, %9,2 ile Ölçme –Değerlendirme maliyetleri, %0,2 ile İç Başarısızlık Maliyetleri ve %0,8 ile Dış Başarısızlık Maliyetlerinin olduğu tespit edilmiştir. Kalite Maliyet Kalemlerine ait veriler Tablo 2'de belirtilmiştir. Önleyici Maliyet Kalemleri içinde 3.002.395 TL ile Taşeron Firma Maliyeti dikkat çekici olarak değerlendirilmektedir. Bu değer toplam kalite maliyetlerinin %71,3'ünü, toplam maliyetin %17,9'unu ve önleyici maliyet kalemi içinde de %79,9'unu ilk sırada oluşturması dikkat çekmektedir. Bu kalem harcamaları günümüzde sağlık işletmelerinde sıkça kullanılan hizmet alımı ile yürütülen hizmetler karşılığında doğmaktadır. Bu kalite maliyet kaleminin harcama değeri hastanelerde hizmet kalitesinin belirlenmesinde pozitif etki sağlasa da, özellikle teknolojik yeniliklerin hastanede kullanılması olanağını sağlarken Kalite Maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Ölçme ve Değerleme Maliyetleri toplam kalite maliyetlerinin %9,7'sini ve toplam maliyetin %2,5'ini oluşturmaktadır.

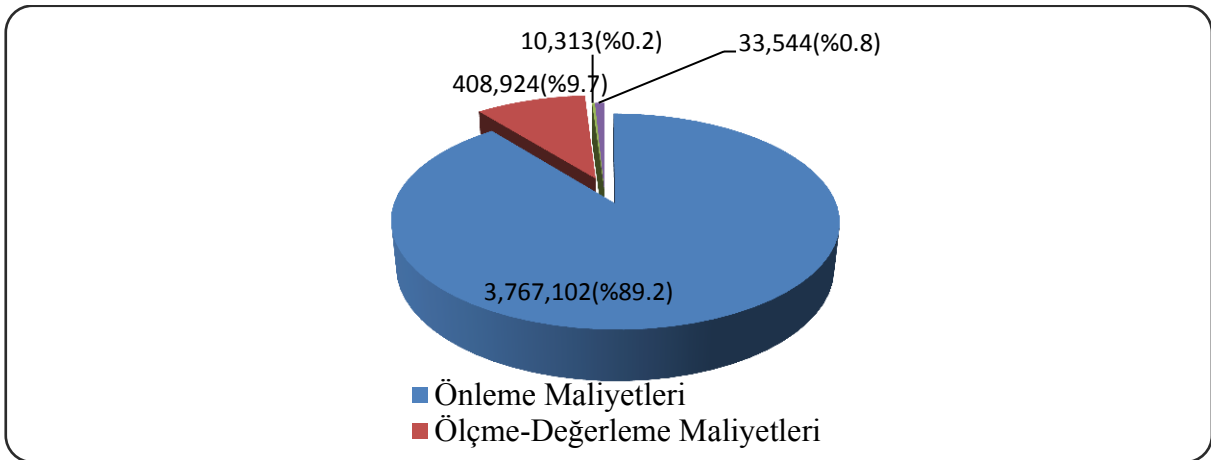
Ölçme ve Değerleme Maliyetleri içerisinde stoklar ve depo kontrolleri maliyeti kendi ana maliyet kaleminin %57.5'ini oluşturması ile en büyük paya sahip olduğu anlaşılmaktadır. Tıbbi kayıtların kontrolü maliyeti değerlendirme maliyetleri içerisinde % 24.9 ile ikinci büyük maliyettir.

Tablo 2'deki veriler ışığında, iç ve dış başarısızlık maliyetlerinin toplam kalite maliyetinin %1'ini oluşturmaktadır. İç başarısızlık maliyet kalemlerinden hastaneye ait diğer merkezlerden hasta nakilleri kalemi maliyeti kendi ana maliyet kaleminin %80,3'ünü oluşturması dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir. Hastanenin iki farklı yerde hizmet vermesinden kaynaklandığı ve bu durum hastane işleyişinde çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Dış başarısızlık maliyet kalemlerinden Hasta Şikâyet ve Memnuniyetlerinin incelenmesi ve Geribildirim Maliyetleri kendi ana maliyet kaleminin %91.6'sını oluşturmaktadır. Bu oranın yüksek çıkmasını etkileyen unsurun, hasta şikâyet ve önerileri değerlendiren personel giderlerinden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

PAF modelinin temel varsayımı önleme ve ölçme-değerlendirme maliyetlerine yapılan yatırımın başarısızlık maliyetlerini azaltacağı ve bu noktadan sonra önleme maliyetlerine daha fazla yatırım yapılarak ölçme-değerlendirme maliyetlerinin de azalacağıdır. Hastaneler istenen kaliteli hizmeti uygun maliyetle vermek istediklerinden kalite ve kalite maliyetleri arasında bir denge kurmaları gerekmektedir.

Şekil 5. 2012 Yılı Kalite Maliyet Dağılımı



Tablo 2.Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Maliyet Raporu

Kalite Maliyet Kalemleri	Kalite Maliyetleri(TL)	*A	**B	***C
Önleyici Maliyetler				
Hasta Güvenliğini Sağlama Maliyeti	17.717	0.47	0.42	0.11
Çalışan Güvenliğini Sağlama Maliyeti	39.420	1.05	0.94	0.24
Enfeksiyon Kontrolünü Sağlama Maliyeti	36.251	0.97	0.86	0.22
Sterilizasyon Maliyeti	41.427	1.10	0.98	0.25
Hasta Dosyası Ve Arşivleme	35.000	0.93	0.83	0.21
Genel Hastane Tanıtımı Maliyeti	3.688	0.10	0.09	0.02
Kalite Eğitimleri Maliyeti	2.680	0.07	0.06	0.02
Hastane Hizmet İçi Eğitimleri Maliyeti	33.612	0.90	0.80	0.20
Öz Değerlendirme Maliyeti	17	0.00	0.00	0.0001
Haşerelerle Mücadele Maliyeti	5.947	0.16	0.14	0.04
Tıbbi Makine Ve Ekipman Maliyeti	333.307	8.93	7.97	2.01
Atık Toplama Maliyeti	11.844	0.03	0.02	0.01
Tıbbi Atık Bertarafı Maliyeti	78.447	2.09	1.86	0.47
<i>Taşeron Firma Maliyeti</i>	3.002.395	79.97	71.36	17.96
Makine Teçhizat Bakım Onarım Maliyeti	121.667	3.24	2.89	0.73
TOPLAM	3.767.102	-	89.24	22.46
Ölçme-Değerlendirme Maliyetleri				
Satın Alınan Cihaz ve Tıbbi Malzemenin Kontrolü	-			
Kalibrasyon Maliyeti	3.646	0.89	0.09	0.02
Anketler Maliyeti	22	0.01	0.00	0.00
Tıbbi Kayıtların Kontrolü Maliyeti	101.700	24.87	2.42	0.61
<i>Stoklar ve Depo Hizmeti Maliyeti</i>	235.296	57.54	5.59	1.41
İnternet ve Telefon	68.260	16.69	1.62	0.41
TOPLAM	408.924	-	9.72	2.45
İç Başarısızlık Maliyetleri				
Dosya Kontrolü Ve Eksikliklerinin Giderilmesi	-	0.00	0.00	0.00
<i>Hastaneye Ait Diğer Merkezlerden Hasta Nakilleri</i>	8.279	80.28	0.20	0.05
Film Ve Laboratuvar Testlerinin Yenilenmesi	-	0.00	0.00	0.00
Başarısızlık Analizi	2.034	19.72	0.05	0.01
TOPLAM	10.313		0.25	0.06
Dış Başarısızlık Maliyet Kalemleri				
<i>Hasta Şikâyet Ve Memnuniyetlerini İncelenmesi Ve Geribildirim Maliyetleri</i>	30.744	91.65	0.73	0.18
Hasta Kayıpları Maliyetleri	2.800	8.35	0.07	0.02
TOPLAM	33544	-	0.80	0.20
TOPLAM KALİTE MALİYETLERİ	4207343			

*A İlgili kalite maliyet kaleminin bağlı olduğu ana kalite maliyet toplamına yüzdesel oranı

**B İlgili kalite maliyet kaleminin toplam kalite maliyetlerine yüzdesel oranı

***C İlgili kalite maliyetlerinin, toplam maliyete yüzdesel oranı

4. Sonuç ve Öneriler

Kalite maliyetleri ile ilgili verilerin işlenerek bilgi haline dönüştürülmesi, ölçülmesi, analiz edilmesi ve raporlanıp yöneticilere sunulması, yöneticilerin alacakları kararlara ışık tutmakta, zamanında ve rasyonel kararlar almalarını sağlamaktadır. Kalite maliyetlerinin ölçümü, analizi ve raporlanması, üst yönetime kalite sisteminin işleyişi, etkinliği hakkında bilgi vermekte olup, yöneticilerin gelecekteki belirsizlikleri azaltmak için tahmin, planlama ve bütçeleme yapmasını sağlamaktadır. Bu raporlar, belirlenen kalite hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı, hangi bölümlerde kalite geliştirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerektiğini ve önleyici faaliyetlerin nerelerde ve ne zaman gerekli olduğunu belirleme konusunda yönetime yardımcı olmaktadır.

Çalışmada Toplam maliyetlerin %22,4'ü önleyici maliyetler, %2,5'i değerlendirme maliyetler, %0,6'sı iç başarısızlık maliyetleri ve %0,2'sini dış başarısızlık maliyetleri oluşturmaktadır. Toplam kalite maliyetlerinin %89,2'si önleyici maliyetler, %9,7'si değerlendirme maliyetleri, %0,3'ü iç başarısızlık maliyetleri ve %0,8'i dış başarısızlık maliyetlerinden oluşmaktadır.

Görüldüğü gibi önleyici maliyetler diğer maliyetlerden açık ara daha fazladır. Bunun nedeni ise personele yapılan sabit ödemelerden kaynaklanmaktadır.

Kaliteyi yükseltirken maliyetler düşürülebilir mi? Kaliteyi yükseltirken maliyetler düşürülebilir. Bunu sağlayabilmek için aşağıda sıralanan faaliyetlerin ya da önlemlerin alınması önemli olduğu düşünülmektedir.

- Yöneticiler kalite iyileştirmeye yönelik tutumlarını çalışanlarına anlatmalı, çalışanları bilinçlendirmeli, fikirlerini almalı ve yüksek performans gösteren fikirleri ödüllendirmelidir.
- İş yerinde çalışma barışı kurulmalı,
- Kurum /kuruluşta bir tasarruf kültürünün oluşturulması,
- Maliyet analizlerini yapılması,
- Etkin ve etkili insan kaynakları yönetimi,
- Etkili bir yatırım maliyeti hesaplaması (popülist yaklaşımdan uzak, reel ve proaktif planlama),
- Lüzum halinde yemek, güvenlik ve temizlik gibi destek hizmetleri içinde değerlendirilen hizmetleri ihale yoluyla özelleştirilerek dışarıdan temin etmek,
- Özellikle sağlık sektörü hizmet maliyetlerini artıran ilaç, tıbbi ve tıbbi olmayan sarf malzeme ve demirbaşları hizmet verilen hasta portföyüne göre planlayarak temin etmek ve kesintisiz akışı sağlamak için gereken miktardan fazla stok yapmamak,
- İsrafi önlemek (zaman - malzeme yönetimi),
- Yeterli otomasyon sistemi.

Her hastane kendine özgü çalışma standartları doğrultusunda, çalışma şekline uygun kalite maliyetlerini takip edeceği bir sistem oluşturmalı, bu sistemi uygulamalı ve kontrol etmelidir. Kalite maliyet verilerinin, kalite yönetim birim ve muhasebe birimi ile yürüteceği çalışmalar sonucu önleme, değerlendirme ve başarısızlık maliyetleri olarak sınıflandırılması, muhasebeleştirilmesi, raporlanması ve analizi, işletme üst yönetiminin alacağı stratejik kararlarda yardımcı olacaktır. Ayrıca, hastanenin daha verimli, etkin ve rekabetçi bir yapıya sahip olmasını sağlayabilecektir.

Çalışmada gerçekleştirilen literatür taraması ve yapılan uygulamadan elde edilen bulgulardan anlaşıldığı üzere, sağlık işletmelerinde kolaylıkla PAF Kalite Maliyet Hesaplama Modeli ile Kalite Maliyet hesaplaması yapılabileceği ve hastane toplam maliyetlerinin yaklaşık %25'inin kalite maliyetlerine ilişkin harcamalardan oluştuğu tespit edilmiştir.

Kaynakça

1. AKTAN, C. C.(1999) “Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması”, Türk İdare Dergisi, Yıl 71, Sayı 425.
2. AKTAŞ, E., KAPTANOĞLU, M. (2002); “Bir Akciğer Ameliyatının Maliyet İncelemesi” C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 24 (4): 191 –197.
3. ALKAN, H.(2002); “Kalitesizliğin Önemli Bir Boyutu: Maliyet Artışı”, Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi, Seri: A, Sayı:2.
4. BOZKURT, R.(2003); ”Kalite Maliyetleri”, Milli Produktivite Merkezi Yayınları, No:641,Ankara.
5. BULUT, D., İŞMAN, Ç. (2004) “Muğla İli Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3, 278-293.
6. CALDWELL C. (1998) “Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim”, Çevirmen: Osman AKINHAY. Sistem yayıncılık No:184, İstanbul.
7. CARPENTER, C. E, WEITZEL, L.C., JOHNSON, N.E; NASH, D.B. (1994); “Cost Accounting Supports Clinical Evaluations” Healthcare Financial Management; Apr. Vol. 48, 4; ABI/INFORM Global.
8. ERKOL,Ü., AĞIRBAŞ, İ.(2011) “Hastanelerde Maliyet Analizi Ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Dayalı Bir Uygulama” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,64 (2):87.
9. EROĞLU, A. (2002) “Yoğun Bakım Hastasının Maliyeti ve Maliyete Enfeksiyonun Katkısı” Yoğun Bakım Dergisi; sayı: 2(Ek 1), s.139-142
10. EVANS, J.R. ve WILLIAM M.L. (1989) The Management and Control of Quality, Professional Review Copy, West Publishing Company, U.S.A.
11. FEIGENBAUM, A. (1956),Total Quality Control Harvard Business Review.
- 12.GÖKMEN,C. http://www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/linkdetail.aspx?id=5048 (10.12.2007)
13. HACIEVLIYAGİL, S., SAVAŞ, M., LEVENT, C., GÜLBAŞ, G., YETKİN, Ö., GÜNEN, H. (2006) “Göğüs Hastalıkları Servisine Yatan Hastaların Hastane Yatış Maliyetlerinin Karşılaştırılması” Toraks Dergisi; 7(1), s. 11-16.
14. JAMES, Paul T. J., (1996) “Total Quality Management: An Introductory Text”, Prentice HallInc., London.
15. KARASİOĞLU, F., ÇAM, A.V. (2008) “Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması” Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, Haziran, Cilt:1, Sayı: 1, s.15-24.

16. KAVRAKOĞLU, İ. (1992) “Toplam Kalite Yönetimi”, KALDER Yayınları, No:1, İstanbul.
17. KIRLIOĞLU, H. (1998) “Kalite Maliyetleri Muhasebesi”, Değişim Yayınları, Adapazarı.
18. KISAKÜREK, M. (2010) “Hastane İşletmelerinde Bölüm Maliyet Analizi:Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bir Uygulama”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 24, Sayı: 3, Sayfa:254.
19. KÜÇÜKAKSU C. ÜNLÜ, S., YARICI, T., MAHMUTOĞLU, L. (2004) “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi” Hastane Yaşam Dergisi Cilt 1/ Sayı 1.
20. MİN, Hoang Van; GIANG, Kim Bao, HUONG, DaoLan, LE ThiHuong, NGUYEN, ThuyHuong, PHAM, NganGiang, LUU, NgocHoatand, WRIGHT, Pamela, (2009) “Costing of Clinical Services in Rural District Hospitals in Northern Vietnam” International Journal of Health Planning and Management Int J Health Plann Mgmt Published online in Wiley Inter Science.
21. MORGİL, O., KÜÇÜKÇİRKİN, M. (1995) “TOBB’ın Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
22. ÖMÜRGÖNÜLŞEN, M. (2008) “Kalite Maliyetlerinin Ölçümü: Gıda Sektöründe Bir Araştırma”, Milli Produktivite Merkezi Yayınları, No: 703, Ankara.
23. PEKDEMİR, R. (1993), “Kalite Maliyetleri ve Yönetim Muhasebesi”, Yönetim Dergisi, Yıl:4, Sayı:16, ss.25.
24. PONEMON, L. A., (1990), “Accounting for Quality Costs”, Journal of Cost Management, Vol.4, Issue 1.
25. OCAK, S., GİDER Ö., TOP M., AKAR, Ç. (2004) “Muğla Devlet Hastanesi Tomografi Ünitesi Maliyet-Hacim-Kâr Analizi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1 ss:4.
26. SCHIFFAUEROVA, A., THOMSON, V. (2006) “A Review Of Research On Cost Of Quality Models And Best Practices”. International Journal Of Quality and Reliability Management, Vol:23, No:4, ss:1-23.
27. ŞAHİN, B., YILMAZ, F. (2007). “Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Bir Göstergesi Olarak Hasta Tatmini: Bir Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, MPM Verimlilik Dergisi.
28. TOP, M., YILDIRIM, H. H. (2000); “TCDD Ankara Hastanesi’nde Maliyet-Performans Analizi: 1996 Yılı Verilerine Dayalı Bir Uygulama”, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi 2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri Ve Kurumları Yönetimi, H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu 20-21, Ankara.
29. TUTAR, F., KILINÇ, N. (2007); “Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi” Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi C.IX, Sayı:1, s.31-54.
30. YİĞİT, Ç., PEKER, S., CANKUL, İ., KOSTİK, Z., ALKAN, M., ÖZER M., DEMİR, C., AKTAN, T., AKDENİZ, A. (2003) “GATA Eğitim Hastanesinde Yatan Hasta Maliyetinin Belirlenmesi”; Gülhane Tıp Dergisi 45 (3) : 233 - 243.



31. YİĞİT, V., AĞIRBAŞ, İ. (2004); “Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:2, s.141-162.
32. YÜKÇÜ, S. (1999)” Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F., İzmir.
33. <http://www.kalitekontrol.org/forum/kalite-tanimi-ve-kavramlari-t410.0.html;msg842#>
(27.12. 2012)
34. http://www.qps-antalya.org/?goback=%2Egde_4569038_member_199786757
(03.02.2013)



**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN TÜRKİYE'NİN SAĞLIK
GÖSTERGELERİNDEKİ GELİŞİMİNE ETKİSİNİN ÇOK DEĞİŞKENLİ
TEKNİKLERLE ANALİZİ**

Pakize YİĞİT*
Esra BAYTÖREN**
Özin ERSOY***

ÖZET

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlandı. Program ile, dünyada başarılı örnekleri inceleyerek ülkemizin sağlık hizmet sunumunda, finansmanında, insan kaynaklarında ve bilgi sisteminde önemli değişiklikler yapıldı. Programın uygulanmaya başlanmasından 10 yıl sonra sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler gözlemlendi. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2003 ve 2012 yıllarında sağlık göstergeleri ile OECD ülkeleri arasında geldiği noktayı çok değişkenli analizlerle belirlemeye çalışmaktır. Bunun için çok değişkenli istatistik tekniklerden çok boyutlu ölçekleme analizi ile çok kriterli karar verme yöntemlerinden PROMETHEE kullanılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık göstergeleri, Çok Boyutlu ölçekleme, PROMETHEE

*İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, pyigit@medipol.edu.tr

**İstanbul Üniversitesi, İşletme Fak. Sayısal Yöntemler ABD, esrabaytoren@gmail.com

***Gediz Üniversitesi Endüstri Mühendisliği, ozinersoy83@gmail.com

ANALYSIS OF THE DEVELOPMENT OF TURKEY'S HEALTH INDICATORS FOLLOWING THE IMPLEMENTATION OF THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM BY USING MULTIVARIATE TECHNIQUES

ABSTRACT

In order to improve the quality of health care in our country, The Health Transformation Program was implemented in 2003. With the Health Transformation Program, significant changes were made in the provision of health services, finance, human resources and information systems by examining successful examples in the world. 10 years after the program started to be implemented considerable improvements in the health indicators were observed. The purpose of this study, with the Health Transformation Program during 2003 and 2011, is to determine the current position of Turkey among OECD countries using health indicators with multivariate analysis. For this study, Multidimensional Scaling Analysis which is one of multivariate statistical techniques and PROMETHEE Method which is one of multi-criteria decision-making methods will be used.

Keywords: Transformation Of Health, Health Indicators, Multidimensional Scaling Analysis, Promethee

1. Giriş

Dünyadaki bütün demokratik sistem ve organizasyonlar, temelde, sağlıklı birey ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumu gerçekleştirmeyi hedef alır. Zira güvenliğin, gücün, istikrarın, refahın ve mutluluğun temelinde ruh ve beden sağlığına sahip bireyler ve toplumlar vardır.

Sağlık hizmetleri kavramı, 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: 'Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.' Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Karar, 2013).

Ülkelerin kendi sosyo-demografik, sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerine uygun olarak vatandaşlarına her türlü sağlık hizmetini sunma çabaları ile sağlık sistemleri ortaya çıkar. "Sağlık sistemi" ile kastedilen, bir ülkede sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için var olan tüm kaynaklar, örgütler ve bunların aralarındaki ilişkilerdir (Hayran,2010).

Ülkelerin sağlık sistemlerini karşılaştırmanın en objektif yolu sağlık göstergelerini karşılaştırmaktır. Ülkeler, sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmakta (Ersöz, 2008) böylelikle sağlık hizmetleri kalitesi artmakta ve sağlık göstergeleri daha iyi olmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerini daha iyi seviyeye getirebilmek için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlanmıştır. Program ile Türkiye'nin bazı temel sağlık göstergelerinde olumlu yönde iyileşmeler meydana gelmiştir.

2. Sağlıkta Dönüşüm

Dünya’da sağlığın geliştirilebilmesi için Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası, Uluslararası Para Formu gibi kuruluşların finanse etmesiyle politikalar geliştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri gerektirmektedir. Bu amaçla ülkemizde, Ocak 2003’te Acil Eylem Planı ve Kamusal Yönetim Reformu kapsamında, “Herkesin Sağlık” başlığı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ortaya çıkmıştır (Bostan, 2009). Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektöründeki ana konuları ve sağlık sistemindeki tüm unsurları (finansman, hizmet sunumu, yönetim ve organizasyon gibi) içermiştir. Türkiye’deki sağlık reformlarının nedenleri çok genel olarak; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık güvencesinden yoksun olması, kaynakların verimsiz kullanımı, uluslararası çevrelerin (özellikle de DB ve IMF olmak üzere) etkisi ve yönlendirmesi ve dünya genelinde görülen global sağlık reformlarının yansıması şeklinde belirtilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2013 ve Yıldırım 2013).

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amacı insanların sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde planlanmasıdır. Bu nedenle, Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir (Sağlık Bakanlığı İlerleme Raporu,2008):

- Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı ve denetleyici olarak yeniden organizasyonu,
- Tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortasının hazırlanması,
- Ülke geneline yayılmış, kolay erişilebilen, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması,
- Beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması,
- Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumlarının kurulması,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sağlanması,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması.

Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan yenilikler şu şekilde özetlenebilir (İnal, 2012):

2003:

- Ambulans hizmetlerinin ücretsiz yapılması
- Ödeme yapılmadığı için hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmaların uygulanması
- Toplam Kalite Yönetimi’nin (TKY) Sağlık Bakanlığında uygulanması
- Performansa dayalı ödemelerin 10 Sağlık Bakanlığı hastanesinde pilot olarak uygulanması
- Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günlerinin organize edilmesi

2004:

- Bireysel performansa dayalı ödeme sisteminin Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında uygulamaya geçirilmesi
- Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması
- Maliye Bakanlığı kararnamesi uyarınca geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu’nun kurulması
- Hekim seçme hakkının Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanması
- Ülke çapında gebelere ücretsiz demir desteği sağlanması

2005:

- Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması
- Kurumsal kriterlerin ve kalite kriterlerinin Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki performansa dayalı



ek ödeme sistemine eklenmesi

- SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi
- SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi
- İlaçlar için Yeşil Kartlılara yönelik katkı payı koşulu getirilmesi
- Aile hekimliğinin ilk olarak Düzce’de uygulamaya konulması
- İlaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin kabul edilmesi

2006:

- Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçenin uygulanmaya başlaması
- 5502 sayılı kanunun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının entegrasyonu) uygulanmasına başlanması
- SGK’da ilaç harcaması takip sisteminin kurulması ve SGK için MEDULA’nın başlatılması
- Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Kanunu’nun Meclis’te kabul edilmesi

2007:

- Sosyal güvence kapsamında olmasa bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi
- Yeni Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kabul edildi.
- Ambulans hizmetlerinin kışın erişimi zor alanlarda daha erişilebilir hale getirilmesi

2008:

- Özel Ayakta Tanı ve Tedavi merkezleri konulu yeni Sağlık Bakanlığı Yönetmeliğinin kabul edilmesi ve “İhtiyaç Ruhsatı” koşulunun konulması ve yeni ruhsatlandırma prosedürlerinin SB tarafından kabul edilmesi
- Sosyal Sigortalar ve GSS kanunu değişikliklerinin Meclis tarafından kabulü ve cumhurbaşkanı tarafından imzalanması
- GSS uygulamasının başlaması. Yeşil Kart programının GSS kapsamına alınması. Yeşil Kart sahiplerinin GSS kapsamındaki diğer sağlık sigortası sistemindekilerle aynı teminatlardan yararlanması
- Pentavalan aşılardan rutin bağışıklama programına alınması
- Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun kabul edilmesi

2009:

- İlaç Takip Sistemi (İTS) pilot uygulamasına başlanması.
- Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) pilot uygulamasına başlanması.
- Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %66’ sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için) kuralının getirilmesi.
- Eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulamasının başlatılması.

2010:

- Yeşil kartlı vatandaşların özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalarının sağlanması.
- Yeşil Kartlı vatandaşların diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmasını sağlanması.
- Üniversite ve Sağlık personelinin tam gün çalışmasına dair “Tam Gün Yasasının” hazırlanması.
- Evde sağlık hizmetleri vermeye başlanması.
- İlaç Takip Sistemi (İTS) uygulamasının tüm yurda yaygınlaştırılması.
- Aile Hekimliği uygulamasının tüm yurda yaygınlaştırılması.
- Bürokrasinin azaltılması ve idari basitleştirme çalışmalarına başlanması.
- Hava ambulans filosuna uçak ambulansların dahil edilmesi.
- Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ödeme sistemini uygulamaya başlanması.

2011:

02/11/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile “Bakanlık teşkilatı ve bağlı kuruluşlarının

yeniden yapılandırılması” sürecinin başlatılması

2012:

• Kamu Hastane Birliklerini Kurulması

Sağlıkta Dönüşüm Programını desteklemek amacıyla hazırlanan ve 4737-TU nolu ikraz anlaşması 11 Haziran 2004 tarihinde imzalanan “Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi” nin bileşenlerinden biri olan “Sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması” nın alt bileşenlerinden biri “kamu yataklı tedavi kurumlarına özerk yönetim modeli geliştirilmesi” dir (Sağlık Bakanlığı 2007). Kamu hastane Birliklerinin kurulması ile bu özerk yönetim modelinin uygulaması başlatılmıştır. Birliklerinin kurulması ile bu özerk yönetim modelinin uygulaması başlatılmıştır.

3. Araştırmanın Metodolojisi

3.1. Araştırmanın Amacı:

Araştırmanın Amacı, Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık göstergelerindeki gözle görülür iyileşmesinin OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığındaki değişiminin iki boyutlu konumunu ve net sıralamasını göstermektir. Ayrıca ülkemizin ve diğer OECD ülkelerinin temel sağlık göstergeleri açısından farklılıklarını ve benzerliklerini saptamaktır. Bu amaçla 2003 yılı ve en güncel verilerin bulunduğu 2012 yılları karşılaştırılmıştır.

3.2. Araştırmanın Önemi:

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha önce yapılan çalışmalar sağlık göstergelerini tek tek karşılaştırmaktadır. Fakat bu çalışma, seçilmiş sağlık göstergelerini toplu halde karşılaştırma olanağı veren çok değişkenli analizlerle gerçekleştirecek ve ülkemizin bütün OECD ülkeleri arasındaki konumu ve sırası görülebilecektir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmada kullanılan değişkenler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve OECD ‘den elde edilmiştir. Her bir sağlık göstergesi araştırmanın bir değişkeni olarak alınmıştır. 34 OECD ülkesine ait değişkenler 2003 ve 2012 yılları için belirlenmiştir. Araştırmada kullanılan değişkenler için en önemli kriter, ilgili yıllardaki aynı göstergelerde en az veri kaybı olmasıdır. Sonuç olarak araştırmada kullanılan 9 değişken şu şekildedir:

Tablo 1: Araştırmada Kullanılan Sağlık Göstergeleri

Sıra	Değişkenler
1	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
2	Bebek Ölüm Hızı
3	Anne Ölüm Hızı
4	5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı
5	Difteri, Tetanoz ve Boğmaca Aşılama Oranı
6	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeli Oranı
7	10.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı
8	Kızamık Aşılama Oranı
9	1000 Kişiye düşen Hastane Yatak Sayısı

3.4. Araştırmanın Kapsamı:

Araştırma 34 OECD ülkesini belirlenen dokuz sağlık göstergesi baz alınarak 2003 ve 2012 yılları için gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmada ülkemizin OECD ülkeleri içindeki konumunu ve net sırasını hesaplamak için çok değişkenli istatistik tekniklerden Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi (ÇBÖ) ve çok kriterli karar verme tekniklerinden PROMETHEE Yöntemi kullanılmıştır.

3.5.1. Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi

Algılanabilir Haritalama (Pconceptual Mapping) adı ile de tanınan Çok Boyutlu Ölçekleme (ÇBÖ) (Multidimensional Scaling) şehirlerin veya ülkelerin konumlarını, bireylerin görüş ve tercihlerini veya ürünlerin çeşitli kalite standartlarına göre durumunu çok boyutlu uzayda uzaklıklara dönüştürme yöntemidir. Oluşturulan haritalarda değerlendirilen birimlerin pozisyonu, birimler arası benzerlik veya farklılıkları yansıtacak şekilde belirlenmektedir (Orhunbilge, 2010). ÇBÖ analizi, çok boyutlu veri matrisindeki ilişkilerin anlaşılabilir boyutlara indirgenmesine olanak sağlayan bir yöntemdir.

ÇBÖ analizi veriler ile ilgili herhangi bir dağılım varsayımı gerektirmez. ÇBÖ yönteminde veri uzaklık matrisinden elde edilen birim ya da nesnelere arası uzaklıkların daha az boyutlu bir uzayda grafiksel olarak gösterimi yapılır ki buna grafiksel gösterim adı verilir. Grafiksel gösterimi elde etmek için uzaklık matrisinin en az hata ile grafiksel gösterim koordinatlarına dönüştürülmesi gerekmektedir. Orjinal uzaklıklar ile gösterim uzaklıkları arasındaki uygunluğu ölçen ölçüye Stress Ölçüsü adı verilir (Kalaycı, 2010). ÇBÖ analizi sonucunda elde edilen grafiksel gösterimdeki boyut sayısının (k) uygunluğunun belirlenmesinde Stress ölçüsünden yararlanılır. 0'a yakın Stress değeri veren boyut çözümleri uygun olan çözümlerdir. Analiz sonucunda elde edilen Stress değerinin %5'ten küçük olması iyi bir sonuç elde edildiğini kanıtlamaktadır.

Bir diğer uygunluk ölçüsü ise RSQ (Korelasyon Katsayısının Karesi) değeridir. Bu değer orjinal uzaklıklar ile gösterim uzaklıkları arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. RSQ değerinin ≥ 0.6 olması kabul edilebilir bir uygunluk olduğunu göstermektedir.

3.5.2. Promethee

PROMETHEE (The Preference Ranking Organization Method for Enrichment Evaluation) Yöntemi birden çok kriterli seçim ve sıralama problemlerinde kullanılan bir Çok Kriterli Karar Verme Yöntemidir. Promethee Yöntemi Jean-Pierre Brans (1982) tarafından literatüre kazandırılmış, Brans ve Vincke (1985) tarafından geliştirilmiştir.

PROMETHEE yöntemi, karar noktalarının değerlendirme faktörlerine göre ikili karşılaştırmalarına dayanır. Yöntemin en önemli özelliklerinden biri ikili karşılaştırmalarda her bir değerlendirme kriteri için farklı fonksiyon tipleri kullanabilmesidir. Yöntem değerlendirme faktörlerinin birbirleri arasında ilişki düzeyini gösteren önem ağırlıklarının yanı sıra, diğer çoklu karar verme yöntemlerinden farklı olarak her bir değerlendirme faktörünün kendi iç ilişkisini de dikkate alır.

PROMETHEE I yöntemi kullanılarak alternatiflerin belitli kriterlere göre karşılaştırılması ile "kısmi sıralama" yapılırken PROMETHEE II yöntemi kullanılarak "tam sıralama" yapmak mümkündür.

PROMETHEE Yöntemi 7 adımda uygulanmaktadır:

1.Adım: Alternatifler, kriterler, kriter ağırlıkları ve alternatiflerin kriterlere göre aldıkları değerlerden oluşan veri matrisi oluşturulur.

2.Adım: Her bir kriter için tercih fonksiyonları tanımlanır. 6 tip tercih fonksiyonu vardır. Tercih Fonksiyonları; Birinci Tip (Olağan), İkinci Tip (U- Tipi), Üçüncü Tip (V-Tipi), Dördüncü Tip (Seviyeli), Beşinci Tip (Lineer - Doğrusal) ve Altıncı Tip (Gaussian) olarak sıralanabilir. PROMETHEE yönteminin çözümü için geliştirilmiş olan "Visual

PROMETHEE" programı, tercih fonksiyonu tipinin belirlenmesi aşamasında karar vericiye yardımcı olmaktadır.

3.Adım: Kriterler için 2. adımda belirlenen tercih fonksiyonları dikkate alınarak, alternatif tercih çiftleri için ortak tercih fonksiyonları belirlenir.

4.Adım: 3. adımda belirlenen ortak tercih fonksiyonları dikkate alınarak, alternatif tercih çiftleri için tercih indeksleri belirlenir.

5.Adım: Her bir alternatif için pozitif üstünlük (Φ^+) ve negatif üstünlük (Φ^-) değerleri hesaplanır.

6.Adım: Bu adımda PROMETHEE I ile kısmi öncelikler belirlenir. Pozitif ve negatif üstünlükler temel alınarak alternatifler karşılaştırılır. Kısmi öncelikler alternatiflerin birbirlerine göre tercih edilmelerini belirler.

✓ Aşağıda verilen durumlardan herhangi biri sağlanıyorsa a alternatifi b alternatifine tercih edilir.

$$\Phi^+(a) > \Phi^+(b) \text{ ve } \Phi^-(a) < \Phi^-(b)$$

$$\Phi^+(a) > \Phi^+(b) \text{ ve } \Phi^-(a) = \Phi^-(b)$$

$$\Phi^+(a) = \Phi^+(b) \text{ ve } \Phi^-(a) < \Phi^-(b)$$

✓ Aşağıda verilen durum sağlanıyorsa a ve b alternatifi farksızdır.

$$\Phi^+(a) = \Phi^+(b) \text{ ve } \Phi^-(a) = \Phi^-(b)$$

✓ Aşağıda verilen durumlardan herhangi biri sağlanıyorsa a alternatifi b alternatifi ile karşılaştırılmaz.

$$\Phi^+(a) > \Phi^+(b) \text{ ve } \Phi^-(a) > \Phi^-(b)$$

$$\Phi^+(a) < \Phi^+(b) \text{ ve } \Phi^-(a) < \Phi^-(b)$$

7.Adım: Bu adımda net üstünlük değerleri (Φ) hesaplanır ve tüm alternatifler değerlendirilerek tam sıralama yapılır.

$$\Phi_a = \Phi^+(a) - \Phi^-(a) \text{ olarak hesaplanır.}$$

$$\Phi(a) > \Phi(b) \text{ ise a alternatifi b alternatifine tercih edilir.}$$

$$\Phi(a) = \Phi(b) \text{ ise a ve b alternatifleri farksızdır.}$$

3.6.Araştırmanın Bulguları:

3.6.1. Çok Boyutlu Ölçekleme Yöntemi:

ÇBÖ analizi 34 OECD ülkesi için araştırmada kullanılan sağlık göstergeleri kullanılarak 2003 yılı ve 2012 yılları için ayrı ayrı uygulanmıştır. Analizler SPSS 18.0 programında Çok Boyutlu Ölçekleme'nin ALSCAL algoritması kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Seçilmiş sağlık değişkenleri ile 2003 yılı için üç boyutlu modelin Stress değeri 0,037, R^2 değeri 0,99657 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, konfigürasyon (gösterim) uzaklıklarının orijinal uzaklıklara uyumunun tam olduğu ve 3 boyut için stres değerinin, verileri 0,99657 oranında açıkladığı, iki boyutlu modelin orta derece uyuma (Stress=0,11230) sahip ve Stress değerinin verileri 0,9755 oranında açıkladığı bulunmuştur.

Seçilmiş sağlık değişkenleri için 2012 yılı için hesaplanan üç boyutlu modelin konfigürasyon (gösterim) uzaklıklarının orijinal uzaklıklara uyumunun tam olduğu (Stress=0,052) ve 3 boyut için Stress değerinin, verileri 0,99168 oranında açıkladığı, iki

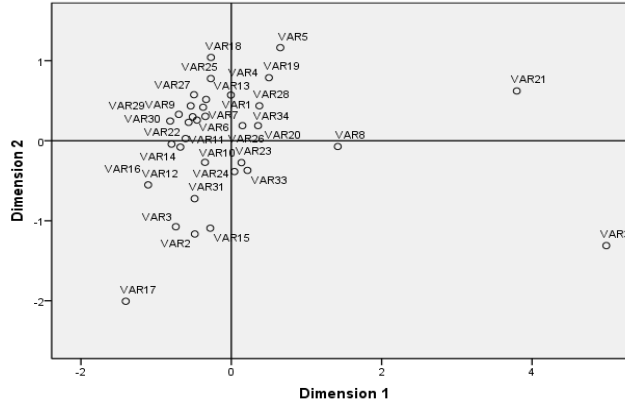
boyutlu modelin ise orta derece uyuma sahip ($\text{stress}=0,13294$) ve Stress değerinin verileri 0,96105 oranında açıkladığı bulunmuştur.

ÇBÖ analizinde amaç, uzaklık matrisinden elde edilen farklılık matrisine göre oluşturulan tahmini uzaklıkların, doğrudan verilerden elde edilen uzaklık matrisine olan benzerliğinin ölçülmesi olduğundan, doğrusal bir ilişki olması tahmini uzaklıkların gerçek değerlerle uyumlu olduğunu göstermektedir (Kalaycı, 2006). Çalışmadaki modellerin birimler arası farklılıklarının uzaklıklara göre doğrusal bir uyum gösterdiği bulunmuştur. Böylelikle, tahmini uzaklıkların gerçek uzaklıklarla uyumlu olduğu yorumu yapılabilir.

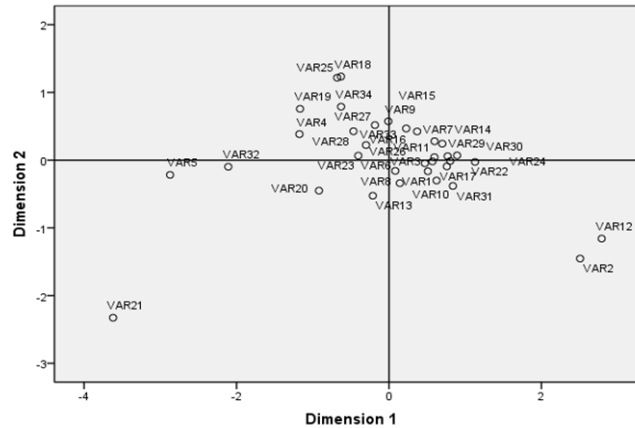
Çalışmada, ülkelerin sıralamalarını ve 2 boyutlu düzlemdeki grafik gösterimlerini veren PROMETHEE sonuçları ile karşılaştırma yapılabilmesi için ÇBÖ analizinde 2 boyutlu model ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

İki boyutlu düzlemde, 2003 yılında Türkiye'nin diğer OECD ülkelerinden oldukça farklı bir konumda olduğunu (Şekil 1), 2012 yılında ise diğer ülkelerden farklı olmasına rağmen, 2003 yılından daha yakın olduğu görülmektedir (Şekil 2).

Şekil 1: OECD Ülkelerinin 2003 Yılı Verilerine Göre İki Boyutlu Düzlemdeki Konumları



Şekil 2: OECD Ülkelerinin 2012 yılı Verilerine Göre İki Boyutlu Düzlemdeki Konumları



Tablo 2: OECD Ülkelerinin 2003 ve 2012 Yılları için 2 Boyutlu Geometrik Gösterimine İlişkin Koordinatlar

Ülkeler	Ülke Kodu	2003 Yılı		2012 Yılı	
		1. boyut	2. boyut	1.boyut	2.boyut
Avustralya	VAR1	-0.375	0.4187	0.6239	-0.3006
Avusturya	VAR2	-0.4856	-11.656	25.074	-14.527
Belçika	VAR3	-0.7376	-10.748	0.5096	-0.1639
Kanada	VAR4	-0.0058	0.5713	-11.75	0.384
Şili	VAR5	0.6519	11.638	-28.722	-0.2178
Çek Cumhuriyeti	VAR6	-0.5134	0.299	0.4713	-0.0469
Danimarka	VAR7	-0.345	0.3045	0.598	0.2792
Estonya	VAR8	14.161	-0.0726	0.0824	-0.1588
Finlandiya	VAR9	-0.6981	0.3298	-0.0093	0.5734
Fransa	VAR10	-0.3498	-0.2703	0.1428	-0.3398
Almanya	VAR11	-0.6084	0.0271	0.5954	0.0435
Yunanistan	VAR12	-11.064	-0.5516	27.899	-11.584
Macaristan	VAR13	-0.3354	0.5162	-0.2127	-0.5258
İzlanda	VAR14	-0.6775	-0.0794	0.6993	0.2427
İrlanda	VAR15	-0.2801	-10.928	0.3692	0.4243
İsrail	VAR16	-0.7952	-0.0419	0.2258	0.4668
İtalya	VAR17	-14.041	-20.059	0.7587	-0.093
Japonya	VAR18	-0.2706	10.41	-0.63	12.343
Kore	VAR19	0.5007	0.7879	-11.671	0.7572
Lüksemburg	VAR20	0.3556	0.1886	-0.9182	-0.4503
Meksika	VAR21	37.971	0.6221	-36.198	-23.273
Hollanda	VAR22	-0.5675	0.2303	0.803	-0.0131
Yeni Zelanda	VAR23	0.1348	-0.2734	-0.403	0.0656
Norveç	VAR24	0.0415	-0.3854	11.283	-0.0262
Polonya	VAR25	-0.273	0.7768	-0.6794	12.168
Portekiz	VAR26	-0.4566	0.2582	0.5696	-0.0187
Slovakya	VAR27	-0.4963	0.5749	-0.1845	0.5175
Slovenya	VAR28	0.3732	0.4362	-0.4656	0.4265
İspanya	VAR29	-0.5402	0.4359	0.8932	0.0692
İsveç	VAR30	-0.8128	0.2467	0.7696	0.0588
İsviçre	VAR31	-0.4883	-0.7234	0.8378	-0.3808
Türkiye	VAR32	49.875	-13.107	-21.085	-0.0979
Birleşik Krallık	VAR33	0.2151	-0.3699	-0.3013	0.223
Amerika	VAR34	0.1489	0.1887	-0.6288	0.7891

2003 yılında birinci boyutta, Estonya, Meksika ve Türkiye hem 1'in üzerinde hem de pozitif yüklü en büyük değerlere sahip ülkelerdir. Bu ülkelerin 1. boyutta araştırmada kullanılan sağlık göstergelerine göre benzer oldukları görülmektedir. En yüksek değere sahip Türkiye (49.875) ise en önemli ayırıştırıcıdır. Yunanistan ve İtalya ise bu boyutta 1'in üzerinde negatif değerlerle en farklı ülkelerdir. İtalya ise -14.041 ile en farklı ülkedir. Bu ülkeler bu boyutta önemsizdir. İkinci boyutta ise, Şili ve Japonya 1'in üzerinde pozitif yüklü ülkelerdir. 2. boyutta Şili (11.638) en önemli ayırıştırıcıdır. Belçika, İrlanda, Avusturya, Türkiye ve İtalya 1'in üzerinde negatif değerlere sahip olmakla birlikte İtalya -20.059 ile bu boyutta önemsizdir. (Tablo 2)

2012 yılında ise birinci boyutta, Avusturya, Yunanistan ve Norveç hem 1'in üzerinde hem de pozitif yüklü en büyük değerlere sahip ülkelerdir. Bu ülkeler 1. boyutta araştırmada kullanılan sağlık göstergelerine göre benzer oldukları görülmektedir. En yüksek değere sahip Yunanistan (27.899) ise en önemli ayrıştırmacıdır. Meksika, Şili, Türkiye, Kore ve Kanada ise bu boyutta 1'in üzerinde negatif değerlerle en farklı ülkelerdir. Bu ülkeler bu boyutta önemsizdir. İkinci boyutta ise, Japonya ve Polonya 1'in üzerinde pozitif yüklü ülkelerdir. 2. boyutta Japonya (12.343) en önemli ayrıştırmacıdır. Meksika, Avusturya, ve Yunanistan 1'in üzerinde negatif değerlere sahip olmakla birlikte Meksika -23.273 ile bu boyutta önemsizdir. (Tablo 2)

Ek 1-A ve 1-B'de bulunan farklılıklar matrisi ile ise hangi ülkelerin birbirine yakın, hangilerinin birbirinden farklı özellikte oldukları görülmektedir. Bu matrise göre, 0'a yakın değerler alan ülkelerin sağlık göstergelerine göre birbirine benzer özelliklere sahip olduğu, 1'in üzerinde olanların ise farklı özelliklere sahip olduğu söylenebilir.

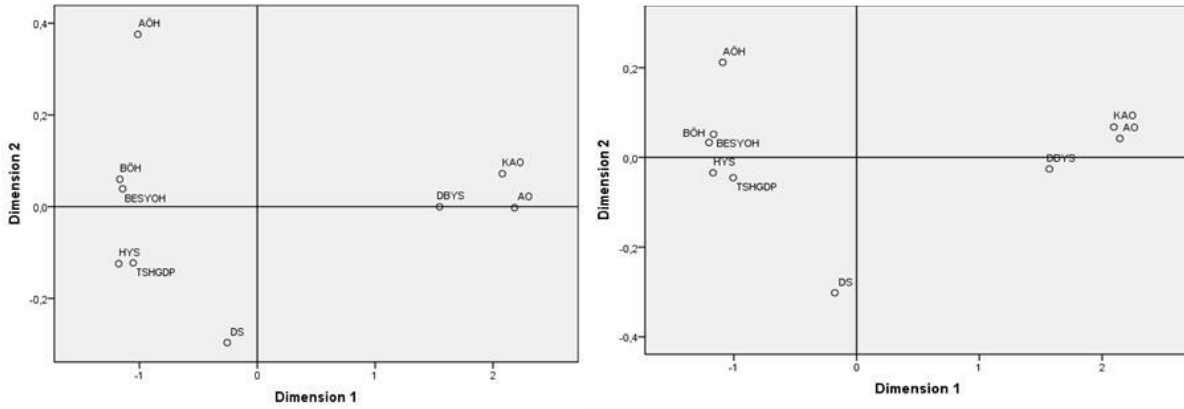
2003 yılı uzaklık matrisine göre (Ek 1-A) Birleşik Krallık Yeni Zelanda (0) ile, Hollanda Portekiz (0,064), İspanya (0,071) ve İsveç (0,074) ile en benzer ülkelerdir. Türkiye bütün ülkelerden en fazla farklılık gösteren ülkedir. Türkiye'nin en düşük değer aldığı diğer ülkelere göre en benzer olduğu söylenebilecek ülke Meksika (2,799), en yüksek değer aldığı dolayısıyla en farklı olduğu ülkeler ise İtalya (6,495) ve İsveç (6,012)'tir.

Ek-1-B'de bulunan 2012 yılı uzaklık matrisine göre, Portekiz ile İsveç (0), İspanya (0.168), Belçika (0.174) ve Hollanda (0.193)'nin, Hollanda ile İspanya (0.172) ve İsveç (0.197)'in, İspanya ile İsveç (0.028)'in benzer özellikte oldukları görülmektedir. Meksika'nın diğer ülkelerden en fazla farklılık gösteren ülke olduğu görülmektedir. Türkiye bütün ülkelerle karşılaştırmada yine 1'den fazla değer almakla birlikte, en fazla farklılık gösterdiği ülkeler Avusturya (4.735) ve Yunanistan (4.917)'dir.

ÇBÖ analizi ile değişkenler arasındaki farklılıklar ve benzerlikler de incelenebilmektedir. Değişkenler için oluşturulan 2 boyutlu ÇBÖ analizi sonucunda 2003 yılı uyumunun tam (Stress=0,00456), Stress değerinin verileri 0,9994 oranında açıkladığı, 2012 uyumunun yine tam (Stress= 0,00726), Stress değerinin ise verileri 0,9991 oranında açıkladığı bulunmuştur. Buna göre her iki yıl içinde;

- “Bebek Ölüm Hızı” ile “5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı”
- “Doğumda Beklenen Yaşam Süresi” ile “Difteri, Tetanoz ve Boğmaca Aşılama Oranı” ve “Kızamık aşılama Oranı”
- “Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Oranı” ile “1000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatak Sayısı”

değişkenlerinin benzer değişkenler olduklarını, “10.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı” değişkeninin de en farklı değişken olduğu görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin gruplandırılmasında bu değişken farklılık oluşturmaktadır (Şekil 3-a ve 3-b).



Şekil 3a-b: Değişkenlerin 2003 ve 2012 yıllarında İki boyutlu Uzaydaki Konumları

3.6.2. Promethee Yöntemi:

PROMETHEE analizi 34 OECD ülkesine ait sağlık göstergeleri kullanılarak 2003 yılı ve 2012 yılları için ayrı ayrı uygulanmıştır. Analizler Visual PROMETHEE programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

PROMETHEE, her bir alternatif için +1 ile -1 arasında, pozitif ve negatif üstünlük değerleri hesaplamaktadır. Pozitif üstünlük değeri (Φ^+), ele alınan alternatifin diğer alternatiflere göre pozitif üstünlüğünü gösterirken; negatif üstünlük değeri (Φ^-) ise ele alınan alternatifin diğer alternatiflere göre ne ölçüde zayıf kaldığını göstermektedir.

2003 yılı verilerine ait PROMETHEE I (kısmi sıralama) sonuçları Ek-2-A'da verilmiştir. Ülkeler için hesaplanan pozitif ve negatif üstünlük değerleri grafikte görülmektedir. Soldaki sütun her bir ülkenin pozitif üstünlük değerini, sağdaki sütun ise negatif üstünlük değerlerini göstermektedir. Buna göre, Japonya, Almanya gibi ülkelerin diğer ülkelere göre pozitif üstünlük değerlerinin daha yüksek, negatif üstünlük değerlerinin de daha düşük olduğu görülmektedir. Türkiye ve Meksika'nın ise pozitif üstünlük değerlerinin diğer OECD ülkelerinin değerlerinden daha düşük olduğu görülmektedir.

2012 yılı verilerine ait PROMETHEE I sonuçları ise Ek-2-B'de verilmiştir. Yunanistan'ın pozitif üstünlük değerinin yüksek, negatif üstünlük değerinin ise düşük olduğu grafikten gözlemlenebilir.

PROMETHEE II yöntemi pozitif ve negatif üstünlük değerlerini beraber dikkate alarak net üstünlük değerlerini belirler. Ek 3-A ve 3-B'de görülen PROMETHEE II analizi sonuçları pozitif üstünlüklerden negatif üstünlüklerin çıkartılması ile elde edilen net üstünlük değerlerini ele alır. Bu yöntemle yapılan 2003 yılı OECD ülkelerinin sıralamasında, seçilen sağlık göstergelerine göre Japonya'nın 1. sırada yer aldığı görülmektedir. Almanya 2. sırada yer alırken, 3. sırada Yunanistan yer almaktadır. Türkiye ise son sırada yer almaktadır.(Ek 3-A)

2012 yılına ait PROMETHEE II sonuçları ise Ek 3-B' de görülmektedir. Net üstünlük değerlerine göre oluşturulan grafikte Yunanistan'ın 1. sırada, Yunanistan'ı takiben Japonya'nın 2. sırada yer aldığı görülmektedir. Türkiye ise sıralamada alt seviyelerde yer almaktadır.

PROMETHEE I ve PROMETHEE II analizlerinde ülkelerin sıralamalarını belirlemek için kullanılan Φ^+ , Φ^- , Φ değerleri ve PROMETHEE II analizi ile elde edilen OECD ülkeleri tam sıralamaları aşağıdaki tablolarda görülmektedir. Tablo 3-a 'da 2003 yılına ait, Tablo 3-b' de ise 2012 yılına ait tam sıralamalar görülmektedir. Görülen tam sıralamalar net üstünlük (Φ) değerlerine göre yapılmıştır.

Tablo 3-a: OECD Ülkelerinin 2003 yılı sıralaması

Sıralama	Ülkeler	Φ	Φ^+	Φ^-
1	Japonya	0,1921	0,2341	0,042
2	Almanya	0,1833	0,1962	0,0129
3	Yunanistan	0,1368	0,154	0,0173
4	İzlanda	0,1312	0,1546	0,0234
5	Amerika	0,1307	0,1771	0,0464
6	Finlandia	0,1162	0,1359	0,0197
7	Fransa	0,1155	0,1547	0,0393
8	İtalya	0,0962	0,1777	0,0815
9	Hollanda	0,0913	0,1148	0,0236
10	Belgium	0,0891	0,1728	0,0837
30	Yeni Zelanda	-0,0901	0,0541	0,1442
31	İrlanda	-0,132	0,0547	0,1866
32	Estonya	-0,177	0,0706	0,2476
33	Meksika	-0,5007	0,0435	0,5441
34	Türkiye	-0,7867	0	0,7867

Tablo 3-b: OECD Ülkelerinin 2012 yılı sıralaması

Sıralama	Ülkeler	Φ	Φ^+	Φ^-
1	Yunanistan	0,2071	0,2214	0,0143
2	Japonya	0,1718	0,2191	0,0473
3	Almanya	0,1419	0,1851	0,0433
4	Hollanda	0,1404	0,1571	0,0167
5	Belgium	0,1316	0,146	0,0144
6	Kore	0,1208	0,195	0,0742
7	İsviçre	0,0956	0,1323	0,0367
8	İspanya	0,094	0,1239	0,0299
9	İsveç	0,0927	0,127	0,0343
10	Fransa	0,0848	0,1535	0,0687
30	Polonya	-0,0602	0,101	0,1611
31	Estonya	-0,1046	0,0554	0,16
32	Türkiye	-0,4045	0,0409	0,4454
33	Chile	-0,498	0,0271	0,5251
34	Meksika	-0,5124	0,0545	0,5669

2003 ve 2012 yıllarına ait sıralamalar incelendiğinde; 2003 yılında 3. sırada yer alan Yunanistan'ın 2012 yılında 1. sıraya yükseldiği görülmektedir. 2003 yılında sırasıyla 1. ve 2. sıralarda yer alan Japonya ve Almanya'nın ise, 2012 yılında Yunanistan'ın gerisinde kalarak sırasıyla 2. ve 3. sıralarda yer aldıkları gözlemlenmiştir. 2003 yılında 34. sırada yer alan Türkiye'nin ise 2012 yılında 32. sıraya yükseldiği gözlemlenmiştir.

PROMETHEE Analizi ile çok kriterli problemlerin çözümünün 2 boyutlu uzayda ifade edildiği bir grafik elde edilir. Bu grafiğe GAIA Düzlemi (GAIA Plane) adı verilir. Benzer bir 2 boyutlu grafik ÇBÖ Analizi sonucunda da elde edilmektedir. GAIA Düzleminde kriterler vektörler ile, alternatifler ise kareler ile ifade edilir. Veriler üzerinde benzer tercihler gösteren kriterleri temsil eden vektörler aynı doğrultudayken, çelişen kriterlere ait vektörler farklı yönleri göstermektedir. Elde edilen GAIA düzlemi ayrıca kalite değerini de göstermektedir. Bu kalite değeri hesaplanan değerlerin doğruluğunu gösterir. Bu değer %60'ın üzerinde ise analiz kalitesinin iyi olduğu söylenebilir (Koçdağ, 2013).

2003 yılına ait veriler ile elde edilen GAIA Düzlemi Ek 4-A' da görülmektedir. Kalite değeri % 64,3 olarak bulunmuştur. 2012 yılına ait veriler ile elde edilen GAIA Düzlemi ise Ek 4-B' de görülmektedir ve Kalite değeri %62,1 olarak bulunmuştur.

GAIA Düzlemlerinde görülen kırmızı doğru tüm kriterler için optimal sonucu göstermektedir. Bu optimal doğruya en yakın olan değerler elde alınan ülkelerin sıralamasındaki en iyi olan ülkeleri göstermektedir. İnce mavi çizgilerle gösterilen kriterlere yakın olan ülkeler ise ele alınan kriter bakımından en iyi olan ülkeleri ifade eder.

2003 yılına ait GAIA Düzleminde optimal sonuca en yakın ülke Almanya olarak görülmektedir. Türkiye ise optimal sonuca oldukça uzak kalmıştır ki ülke sıralamalarına da baktığımızda son sırada yer aldığını görmekteyiz. 2012 yılına ait GAIA Düzlemi incelendiğinde Yunanistan'ın optimal sonuca en yakın olduğu görülür, ayrıca Yunanistan yapılan sıralamada 1. sırada yer alır. Türkiye ise 2012 yılında optimal sonuca biraz daha yaklaşmakla beraber, diğer ülkeler ile kıyaslandığında iyi bir noktada olduğu söylenemez.

Çalışmada ele alınan kriterlerin GAIA Düzlemi üzerindeki konumları ile Türkiye'nin bulunduğu nokta 2003 yılında oldukça farklılık göstermektedir. Yani ele alınan kriterler açısından 2003 yılında Türkiye'nin iyi bir durumda olmadığı yorumu yapılabilir. 2012 yılı

GAIA Düzlemine baktığımızda Türkiye'nin ele alınan kriterleri ifade eden vektörlerden uzak olduğu, ancak 2003 yılına kıyasla kriter vektörlerine biraz daha yaklaşmış olduğu söylenebilir.

ÇBÖ Analizine benzer olarak PROMETHEE Analizinde de "Bebek Ölüm Hızı" ve "5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı" değişkenleri 2003 ve 2012 yıllarında benzer olarak gözlemlenmiştir. GAIA Düzlemi incelendiğinde bu 2 değişkene "Anne Ölüm Hızı" değişkeninin de kısmen yakın olduğu gözlemlenmiştir.

4. Sonuç

ÇBÖ ve PROMETHEE analizleri sonucunda elde edilen 2 boyutlu grafik gösterimlerinin hem 2003 hem de 2012 yıllarına göre benzer olduğu görülmektedir.

Sağlıkta dönüşüm projesi öncesi ve sonrasında ülkemizin OECD'ye üye ülkeler içerisindeki noktayı belirlemek, tam sıralamasını bulmak, ülkeler ve sağlık göstergeleri açısından benzerlikleri/farklılıkları ortaya koymak için ÇBÖ ve PROMETHEE analizleri uygulanmıştır.

2003 yılı ÇBÖ ve PROMETHEE/GAIA Düzlemi sonuçlarına göre Türkiye'nin 34 OECD ülkesi içerisinde en farklı ülke olduğu, ülkelerin net sıralamasını veren PROMETHEE II sonucunda ise son sırada yer aldığı görülmektedir.

2012 yılı ÇBÖ ve PROMETHEE/GAIA Düzlemi sonucuna göre ise Türkiye'nin yine diğer ülkelerden farklı olduğu fakat bu farklılığın 2003 yılına kıyasla kısmen daha az olduğu görülmekte ve PROMETHEE II karşılaştırması sonucunda ise Türkiye'nin 2 sıra yükselerek 32. sıraya çıktığı gözlenmektedir.

ÇBÖ Analizi ve PROMETHEE Analizi sonuçlarına göre Türkiye'nin OECD ülkeleri arasındaki 2012 yılındaki konumu, 2003 yılı ile karşılaştırıldığında daha iyi olmakla birlikte henüz gelişmiş OECD ülkelerinin sağlık seviyesinde olmadığı söylenebilir.

Kaynakça

- 1.Acar, A. Beyhan, **İşgücü Piyasası Temel Göstergeleri Bakımından Çok Boyutlu Ölçkleme Analizi ile Türkiye İle Diğer OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması**, İ.Ü. İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi, Yıl:24, Sayı:75, Aralık 2013.
- 2.Akdağ, Recep,**Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu** (2003-2012)
- 3.Altıntaş, Tuğba, **Türkiye ve Avrupa Birliğine Üye Ülkelerin Sağlık Göstergeleri Açısından Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle Karşılaştırılması**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sayısal Yöntemler Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.
- 4.Aygün, Fulya, **Promethee Sıralama Yöntemi ile Yatırım Projesi Değerlendirme ve Üretim Sektöründe Uygulanması**, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ağustos 2011.
- 5.Atalay, Mustafa, **Çok Ölçütlü Karar Verme Teknikleri Kullanılarak Hava Kuvvetleri Komutanlığı Personel Seçim Sisteminin En İyilenmesi**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı Yöneylem Araştırması Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
- 6.Bağcı, Haşim., Rençber Ö.Faruk, **Kamu Bankaları ve Halka Açık Özel Bankaların Promethee Yöntemi ile Karlılıklarının Analizi**, Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi Dergisi, 6(1), 39-47, 2014.
- 7.BOSTAN, S., **Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi**, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2009.
- 8.Ersöz, F, **Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi**, İstatistikçiler Dergisi, No:2, 2008, (Çevrimiçi) <http://www.turkistatistik.org/dergi/IstDer080203.pdf>.
- 9.Genç, Tolga, **Promethee Yöntemi ve GAIA Düzlemi**, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, Cilt:15, Sayı:1, 2013.
- 10.Genç, Tolga., Masca, Mahmut., **Topsis ve Promethee Yöntemleri ile Elde Edilen Üstünlük Sıralamalarının Bir Uygulama Üzerinden Karşılaştırılması**, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, Cilt:15, Sayı:2, 2013.
- 11.Hayran O, **Sağlık Yönetimi Yazıları**, SAGE yayıncılık; Ankara 2010.
- 12.İnal Musa, **Bir Sağlık Reformu Olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Türkiye’de Sağlık Dönüşümü**, 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 2012.
- 13.Kabak, Mehmet., Uyar, Ö. Osman, **Lojistik Sektöründe Ağır Ticari Araç Seçimi Problemine Çok Ölçütlü Bir Yaklaşım**, Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi, Cilt:28, No:1, 115-125, 2013.
- 14.Kalaycı, Şeref, (2010), **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, 5.Baskı, Ankara: Asil.
- 15.Karar,Ş., **Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2013.

16. Koçdağ, Vedat, **AHS ve Promethee Yöntemleri ile Proje Tercih Sıralamasının Çok Ölçütlü Olarak Belirlenmesi**, Kocaeli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2013.
17. Kücü, Hüseyin, **Promethee Sıralama Yöntemi ile Personel Seçimi ve Bir İşletmede Uygulanması**, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Temmuz 2007.
18. Mar-Molinero, Cecilio., ve Serrano-Cinca, Carlos., **Bank Failure : A Multidimensional Scaling Approach**, The European Journal of Finance 7, 2001, 165-183
19. Orhunbilge, Neyran, (2010), **Çok Değişkenli İstatistik Yöntemler**, İstanbul.
20. Özdağoğlu, Aşkın., **Üretim İşletmelerinde Lazerle Kesme Makinelerinin Promethee Yöntemi ile Karşılaştırılması**, Uluslararası Yönetim ve İşletme Dergisi, Cilt:9, Sayı:19, 2013.
21. PROMETHEE Methods, Visual PROMETHEE 1.4 Manual, 2013, (Çevrimiçi) <http://www.promethee-gaia.net/files/VPMannual.pdf>.
22. Rehimli, Sakine., Gökhan Ocakoğlu, Denis Sığırlı, M. Çağatay Büyükuysal, **Türkiye ve OECD'ye Üye Ülkelerin Kadın Sağlığı Göstergeleri Bakımından Değerlendirilmesi**, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(4), 261-266, 2008.
23. Sağlık Bakanlığı, **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara, 2008.
24. Sığırlı, Deniz., Bülent Ediz, Şengül Cangür, İlker Ercan, İsmet Kan, **Türkiye ve Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Sağlık Düzeyi Ölçütlerinin Çok Boyutlu Ölçekleme Analizi ile İncelenmesi**, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(2), 81-85, 2006.
25. Şahin, Ayşegül., Akkaya, G. Cenk, **Promethee Sıralama Yöntemi ile Portföy Oluşturma Üzerine Bir Uygulama**, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, Cilt:2, Sayı:2, Aralık 2013.
26. <http://www.saglik.gov.tr/TR/> (Ağustos, 2014)

TÜRKİYE'DE HASTANELER VE HASTANELERİN ULUSLARARASILAŞMASI

Burak ÇETİN*

Ş. Gamze ALBAYRAK**

ÖZET

Küreselleşme her geçen gün önemi artan ve ülkelerin bir biriyle entegrasyonunu arttıran bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Küreselleşme ile birlikte işletmeler faaliyetlerini ana ülke pazarlarının yanında farklı ülke pazarlarında da sürdürmeye çalışmaktadırlar. Bu pazarlarda faaliyette bulunurken farklı aşamalar izlemekte ve bu aşamalar neticesinde işletmeler uluslararasılaşma sürecinde faaliyetlerini sürdürmektedirler. Hastane işletmeleri, insan odaklı yüksek temas işletmelerdir ve bu işletmeler uluslararasılaşma sürecinde farklı yollardan hastalar ile ilişki kurmaktadırlar. Çalışmada Türkiye'de ki hastaneler ve hastanelerin uluslararasılaşma yolları üzerinde durulacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Hastane, Küreselleşme, Uluslararasılaşma süreci*

*Akademik Uzman, Gazi Üniversitesi, burakcetin@gazi.edu.tr

**Dr. Öğretim Görevlisi, Gazi Üniversitesi, galbayrakgamze@gazi.edu.tr

ABSTRACT

Globalization is increasing in importance with each passing day. It seem that integration is increasing as a concept emerges of countries with each other. With globalization, business the main country markets activities in addition to trying to pursue in the markets of different countries. While operating in this market are followed by different stages and as a result of this stage in the process of internationalization of business activities continue. Hospital operators which are people-oriented high-touch business. these businesses are different ways to build relationships with patients in the process of internationalization. In this study hospitals and hospitals in Turkey will focus on the internationalization path.

Key Words: Hospital, Globalization, Internationalisation Process

1. Giriş

Küreselleşme her geçen gün önemi artan ve ülkelerin bir biriyle entegrasyonunu arttıran bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Küreselleşme ile birlikte işletmeler faaliyetlerini ana ülke pazarlarının yanında farklı ülke pazarlarında da sürdürmeye çalışmaktadırlar. Bu pazarlarda faaliyette bulunurken farklı aşamalar izlemekte ve bu aşamalar neticesinde işletmeler uluslararasılaşma sürecinde faaliyetlerini sürdürmektedirler. Hastane işletmeleri, insan odaklı yüksek temas işletmelerdir ve bu işletmeler uluslararasılaşma sürecinde farklı yollardan hastalar ile ilişki kurmaktadırlar. Çalışmada Türkiye’de ki hastaneler ve hastanelerin uluslararasılaşma yolları üzerinde durulacaktır.

1.1. Türkiye’de Hastaneler

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisinin yanı sıra, koruyucu sağlık hizmeti sunan, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin gerçekleştiği kurumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaneler tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumundaki hastaneler, topluma sağlık hizmetinin sunulmasında ki en büyük aktördür.

Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan ve yatarak izleme, muayene, tanı, tedavi ve rehabilitasyon edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurum olarak tanımlanmaktadır(Kavuncubaşı, 2000;76)

Hastaneler, sağlık hizmetinin verildiği ve gerektiğinde hastaların yatarak tedavi oldukları kurumdur. Hastaneler, kişilerin rahatsızlık veya hastalık durumlarında başvurdukları ve teşhis, tedavi ve gözlem altında buldukları yerlerdir.

Hastane, hastaların, paralı veya parasız olarak tedavi edildikleri sağlık kurumu (Sürmen, 1991) olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ ne göre ‘müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olarak gruplandırılabilen sağlık hizmetlerinin verildiği, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar’ olarak tanımlanmaktadır(Önal, 2000).

Sağlık Bakanlığı’nın *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine* göre hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek

isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.

Hastaneler, tedavi edici, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma işlevlerine sahip sağlık hizmeti sunan birer kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda hastaneler kişi ve toplumun sağlığını tedavi ve koruma amaçlı, sağlık hizmetlerini geliştirici bir yapıya sahiptir.

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım işlevlerinin yanı sıra, hekimlerinve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi birkuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitimkurumu, bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir(Özgen,1995:73).

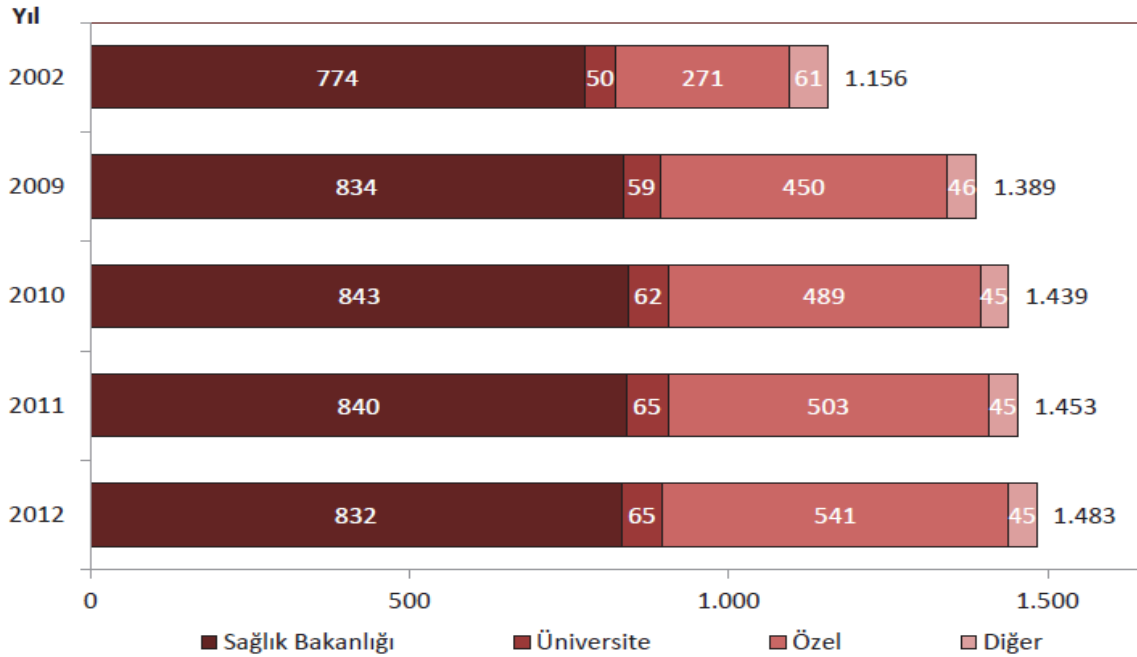
Hastaneler, topluma çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır. Bu özelliklerinden dolayı da çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadırlar. Hizmet verdikleri alana, mülkiyetine, büyüklüklerine, hastaların kalış sürelerine, Halkın kullanımına açık olma durumuna göre, akreditasyon durumuna göre, dikey entegrasyona göre sınıflandırılmaktadırlar(Tengilimoğlu,2011). Mülkiyetine göre hastaneler, sağlık bakanlığına , üniversitelere, belediyelere, yabancılara azınlıklara ve özel sektöre ait hastaneler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Büyüklüklerine göre hastaneler, hastanenin yatak sayısına göre sınıflandırılmaktadır. Dikey entegrasyona göre birinci(primary), ikinci(secondary) ve üçüncü(tertiary) hastaneler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Birinci basamak hastaneler günü birlik ve ayaktan hasta bakan hastanelerdir; ikinci basamak(secondary) hastaneler, kısa süreli tedavi gerektiren hastalara hizmet sunmaktadır ve üçüncü basamak(teriatry) hastaneler, gelişmiş teknolojik donanıma sahip uzmanlaşmanın olduğu hastanelerdir(üniversite, eğitim araştırma).

Tablo-1: Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları-2012

Dallar	Hastane	Yatak
Genel Hastane	1.341	176.943
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	43	7.452
Göz Hastalıkları Hastanesi	26	604
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	15	4.111
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	15	2.009
Pskiyatri Hastanesi	11	4.393
Diş Hastanesi	8	96
Kalp Damar Cerrahisi Merkezi	6	836
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5	1.729
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	585
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	156
Onkoloji Hastanesi	2	910
Cerrahi Hastanesi	1	70
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	1	31
Lepra Hastanesi	1	50
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	29
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	14
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilite Merkezi	1	54
Toplam	1.483	200.072

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012

Tablo-2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı-2012



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2012

Sağlık bakanlığının yayınlamış olduğu sağlık istatistikleri yıllığı'na göre 2002-2012 yılları arasında Türkiye'de faaliyet gösteren hastane sayıları tabloda gösterilmektedir. Türkiye de faaliyet gösteren hastanelerin % 34'ü özel hastanelerdir. Ayrıca Türkiye'de hastanelerin bileşik yıllık büyüme oranları %1,7 iken özel hastaneler için bu oran %6,5 olarak gerçekleşmiştir(YASED Sektör Raporu).Özel hastanelerin bölgesel dağılımında ise İstanbul(%38), Ankara (%6) ve İzmir(%5) ilk sırada gelmektedir ve toplam özel hastane sayısının %49'u bu üç ilde bulunmaktadır. Ayrıca Türkiye'de JCI akreditasyonuna sahip 37 adet sağlık hizmeti sunan hastane bulunmakta ve Dünyada 2. Sırada yer almaktadır.

2.Hastanelerin Uluslararasılaşma Yolları

2.1.Uluslararasılaşma

Günümüzde, uluslararasılaşmanın literatürde çok sayıda araştırmaya konu olmasının sebebi, uluslararasılaşmış işletmelerin özelliklerini, yabancı ülkelerde gösterdikleri büyüme hızını ve faaliyetlerini dünya çapında koordine etme imkânına sahip olmalarıdır(Eryiğit ve Erkutlu,2001;151).

Uluslararasılaşma firmalara yeni hedef pazarlar ya da yeni tedarik kaynakları gibi birçok fırsatlar sunduğu gibi, aynı zamanda tehditler de getirmektedir. Uluslararasılaşmanın çeşitli kademelerinde ilerleyen firmaların ulusal sınırlar dışındaki yeni pazarlarda nasıl bir kimlikle konumlanacakları ve nasıl bir pazarlama stratejisi benimseyecekleri önem kazanmaktadır(Gegez Vd.2008;35).

İşletmeleri uluslararasılaşmaya iten nedenler iktisat bilimi ve pazarlama disiplinine göre farklılık göstermektedir. İktisat bilimine göre; çevresel nedenler(Çok yanlılaşma, ABD dış yardımları, siyasi faktörler), Ekonomik nedenler(Dış ticaret engelleri, maliyetleri düşürme,yerel Pazar kuruluşlarının etkin olmayışı, rekabet) dir. Pazarlama disiplinine göre işletmelerin uluslararasılaşmasının nedenlerini, haberleşme teknolojileri, özellikle gelişmiş ülke hayat tarzları, tüketim alışkanlıkları, istek ve ihtiyaçların değişimi(Beğendik,2013;8)

Uluslararasılaşma, işletmelerin ulusal sınırların dışında faaliyet göstermeleri anlamına gelmektedir. Uluslararasılaşma işletmeler için önemli olduğu kadar kendi ülkelerinin kalkınmasında da büyük rol oynamaktadır. İşletmeleri uluslararasılaşmaya iten bir takım nedenler vardır ve bu nedenler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Özalp. 1998:31-36):

- Ülke dışında fırsatların doğması ve kâr yönünden iç tıkanıklık
- Ticaret engellerinin kaldırılması ve yeni kuruluşlar
- Ülkelerin politik düşüncelerinin değişmesi ve ekonomik zorluklar
- Ülke içinde işletmelerin aşırı büyümesi ve sermaye birikimi
- Teknolojik gelişim
- Üretim faktör fiyatlarının farklı oluşu
- Yabancı sermayenin ülkeye çekilmesi (Erem, 1990: B1)

Uluslararasılaşma, işletmelerin faaliyetlerini ülke sınırlarının dışına taşıması olarak açıklanabilir. İşletmeleri uluslararasılaşmaya iten faktörlerin başında büyüme, karlılık, yeni müşterilere ulaşmak, düşük maliyet, kaynak temin etme, tedarik kanallarında yakın olmak işletmeleri uluslararasılaşmaya iten faktörlerin başında gelmektedir.

Uluslararasılaşma kavramı, işletmelerin ulusal sınırlarının dışında faaliyetlerini yaymasıyla ilgili kavramdır. İşletmeler uluslararası pazarda yer almaya başladığında uluslararası nitelik kazanmış olmaktadır. Bu ister ihracat yoluyla olsun, ister direk yatırım ya da lisan anlaşmaları biçiminde olsun fark etmemektedir. Literatürde ihracat aşamasında bulunmak uluslararasılaşma olarak kabul edilmektedir(Erkutlu ve Eryiğit,2001;150).

Uluslararası pazarlara giriş türleri üç türde olmakta ve bunlarda kendi içinde ayrılmaktadır:

- 1- İhracat yoluyla giriş:
 - a- Dolaylı
 - b- Doğrudan acente/distribütör
 - c- Doğrudan şube/alt firma
 - d- Diğer
- 2- Anlaşma yoluyla giriş:
 - a- Lisanslama
 - b- Franchising
 - c- Teknik anlaşmalar
 - d- Hizmet anlaşmaları

- e- Yönetim anlaşmaları
 - f- Anahtar teslim anlaşmalar
 - g- Üretim anlaşmaları
 - h- Ortak üretim anlaşmalar
 - i- Diğer
- 3- Yatırım yoluyla giriş:
- a- Girişim: yeni kuruluş
 - b- Girişim: Birleşme
 - c- Ortak girişim: yeni kuruluş/birleşme
 - d- Diğer

Uluslararası pazarlara giriş türleri, kurumsal anlaşmalar ile yapılarak, işletmenin ürün, teknoloji, çalışan yetenekleri ve diğer kaynakları ile bir başka ülke içinde faaliyette bulunmasını ifade etmektedir(Root,1994;5)

Uluslararasılaşma, bir dış pazarda deneyim ve öğrenme süreciyle taahhütlerin artırımı olarak tanımlanmaktadır(Johanson ve Vahlne,1976).

Uluslararasılaşma, uluslararası operasyonlara artan katılım sürecidir(Welch ve Luostarinen,1988;36).

Uluslararasılaşma kavramı, işletmelerin ulusal sınırlar dışında faaliyetlerini genişletmesidir. İşletmeler uluslar arası pazarda yer almaya başlamasıyla uluslararası nitelik kazanmış olmaktadır(Buckley ve Casson,1998).

Uluslararasılaşma, işletmenin yeni coğrafi konumlarla ülke sınırları dışına genişlemesi olarak tanımlanmaktadır(Buckley,2008; 64).

Tüm bu tanımlardan özetle işletmeler, ulusal sınırlar dışında faaliyetlerini sürdürmesi, genişletmesi ve uluslararası pazarda payını artırması uluslararasılaşma kavramını oluşturmaktadır. İşletmelerin uluslararasılaşma sürecinde literatürde üç model vardır: birincisi Uppsala modeli veya klasik model ve ikincisi yenilikçi model ve üçüncüsü doğrudan sermaye yatırımı modelidir.

Uppsala modeli olarak adlandırılan model de Johanson ve Vahlne(1977) de yaptıkları çalışmada ortaya koydukları bir modeldir. İhracat yapan işletmeleri ele alarak modeli geliştirmişlerdir. Uppsala modeli, ülke pazarı dışındaki pazarlardan kazanç sağlama, bu pazarlar ile bütünleşme ve yabancı pazarlar ile ilgili bilgileri kullanmaya dönük birbirini takip eden aşamalar ile uluslararasılaşmanın gerçekleşeceğini ifade etmektedir(Çiçek ve Demirel,2009,).

Uppsala modelinde, uluslararasılaşma sürecinde işletmenin atacağı adımlar:

- 1- Dış pazarlar hakkında bilgi edinme
- 2- İşletme kaynaklarının bu pazarlara yönlendirilmesi
- 3- Dış pazarlara giriş konusunda kararlara bağlılık
- 4- Bu pazarlarla bağlantılı faaliyetlerin yerine getirilmesi(Andersen,1993;209)

Bir işletmenin uluslararasılaşması çeşitli basamaklardan oluşmakta ve işletmeler bu basamaklarda ilerledikçe uluslararasılaşma yoğunlaşmaktadır, Temel varsayım olarak işletme önce yerli pazarda gelişir ve kararlar dizisi sonucu uluslararasılaşma seviyesi artmaktadır(

Johanson ve Wiedersheim,1975;306). Uppsala modeli uluslararasılaşmayı 4 aşamalı olarak belirtmiştir(Johanson ve Wiedersheim,1975;307):

- a- Düzenli İhracat Yok
- b- Bağımsız acente ile ihracat
- c- Satış birimleri kurulması
- d- Üretim/İmalat

Johanson ve Vahlne'nin Uppsala Uluslararasılaşma modelinde yurt dışı iş fırsatları ve problemleri, yabancı pazar ve faaliyetlerdeki deneyimle keşfedilmektedir. Deneyim, işletmelere fırsatları görme ve değerlendirme yeteneği kazandırmaktadır. Buna bağlı olarak, yabancı pazarlarla ilgili belirsizlik azalmaktadır. Bilgi kademeli olarak kazanıldığı için, uluslararası genişleme de aşamalı olarak gerçekleşmektedir(Johanson ve Vahlne, 2009:89).

Yenilikle ilişkili uluslararası pazarlama kararını almaya yönelik ilk çalışmalar 1962 yılında Roger ve 1968'de Simmonds ve Smith tarafından yapılmasına rağmen, en büyük katkı ve ilerleme Bilkey ve Tesar tarafından gerçekleştirilmiştir(Ecer ve Canitez, 2005: 14). Bu modeller, uluslararası pazarlamayı çeşitli aşamalardan oluşan bir öğrenme süreci olarak algılamaktadır(Üner,1994;462). Yenilikçi model Bilkey ve Tesar tarafında 1977 yılında ortaya konulmuştur ve Tamer Çavuşgil tarafından 1980 yılında yeniden gözden geçirilerek bu günkü model oluşturulmuştur. Yenilikçi model 5 aşamalı olarak belirtilmiştir:

- a- Dahili Pazar: Sadece ev pazarda satış yapılır
- b- İhracat Öncesi Aşama: Firma ihracat için bilgi ve fizibilite araştırması yapar
- c- Tecrübe: İşletme psikolojik olarak yakın olan ülkeye sınırlı ihracat yapar
- d- Aktif Katılım: Birden çok ülkeye doğrudan ihracat
- e- Bütünleşik Katılım: Yönetim iç ve dış pazarlar arasında sınırlı kaynakların tahsisinde seçim yapar(Beğendik, 2013;44).

Yenilikçi model de işletmenin bir aşamadan diğerine geçişini yabancı pazarda elde ettiği tecrübe ile karar vericilerin Pazar değiştirmede ki karlılık ve maliyet algılamasına bağlı olarak oluştuğu belirtilmektedir. Örneğin, firmalar erken aşamalarda uluslararasılaşma sürecinin ileri aşamalarında bulunan firmalara nazaran ihracat maliyetleri yüksek, buna karşılık ihracat gelirlerinin düşük olarak algılamaktadır(Calof ve Beamish,1995;117;Erkutlu ve Eryiğit,2001;159)

Doğrudan yabancı sermaye yatırımı(FDI) modeli, uluslararasılaşma olarak daha önce de temas edilen ekonomik bakış açısını yansıtmaktadır. Uluslararasılaşmanın sadece doğrudan yabancı yatırım yoluyla gerçekleştiği düşüncesine dayanmaktadır. Dolayısıyla diğer aşamaları uluslararasılaşma olarak kabul etmemektedir. İşletme, üretimin her düzeyi için ekonomik işlem maliyetlerinin minimize edilmesini amaçlamaktadır. Doğrudan yatırım başlığı altındaki yaklaşımlar şu şekilde sıralanabilir:

- Geleneksel bakışlar: sermaye fazlası olan ülkelere yatırım.
- Firmanın büyümesi: FDI firmanın büyümesinin bir sonucudur.
- Mamulün hayat seyri teorisi: yeni ürünler teknolojinin ileri ve gelirin yüksek olduğu yerlerde üretilmekte; ikinci aşamada maliyetin düşük olduğu ve önemli

pazarların bulunduğu yerlerde; üçüncü aşamada, maliyet tasarrufu amacıyla emeğin ucuz olduğu az gelişmiş ülkelerde yapılmaktadır.

- Tekelci rekabet teorisi: işletmeler aksak rekabetin bulunduğu pazara girerek pazarın avantajından faydalanmaktadır.
- İçselleştirme teorisi : yabancı pazarlardaki tedarikçi ya da rakipleri içselleştirmeye çalışarak bünyelerine katmak isterler.
- Global çıkarların maksimizasyonu: Firmanın global çıkarlarını maksimum yapmaktır(Erkutlu ve Eryiğit,2001: 155; Yüksel,1999:124-129).

Bilkey ve Tesar aşamalar modeli küçük ve orta ölçekli işletmelerin ihracat davranışlarını incelemektedir. Uppsala modelinde ise işletme ölçekleri ile ilgili bir sınırlama getirilmemiştir. Sonuç olarak Uppsala uluslararasılaşma modeli yenilikle ilişkili uluslararasılaşma modelinden zaman ve alan olarak daha az sınırlandırılmış olarak görülmekte ve Uppsala modelinde daha yüksek seviyede genelleme yapılmaktadır. Uppsala modeli ve yenilikle ilişkili uluslararasılaşma modelleri, uluslararasılaşmayı bir süreç olarak kabul ederek, davranışsal yaklaşım üzerine temellenmektedir. Uppsala modeli, öğrenme modeli olarak, dinamik bir modeldir. Yenilikle ilişkili uluslararasılaşma modelleri uluslararasılaşma sürecini adım adım gelişim süreci olarak kabul etmektedir(Andersen, 1993:216-218).Doğrudan yabancı yatırımı(DYY/FDI) temelde işletmenin üretim hattının bir kısmını ya da tamamını ve bir bölümünün faaliyetini farklı bir ülkeye taşıması ve işletmenin faaliyetini yeni bir işletme kurarak, satın alarak veya birleşerek sürdürmesidir(Root,1994:7).

1.2.Hastanelerin Uluslararasılaşması

Türkiye de hastanelerin uluslararasılaşması sağlık bakanlığının araştırma raporunda sağlık hizmeti sunumunda proaktif olmayı, hedeflenen Pazar ve pazarlar için tanıtıcı ve bilgi verici nitelikte dökümanlar hazırlanması gerekliliği vurgulanmaktadır. Pazarlama planlaması yaparken bölgeye ve ülkeye özel planlamalar ile uluslararası pazarlarda faaliyet gerçekleştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır(Sağlık Bakanlığı, 2012).

Türkiye’de hastanelerin uluslararasılaşması konusunda devlet ve özel hastaneler farklı faaliyette bulunmaktadır. Sağlık bakanlığının yayınladığı raporda devlet hastanelerinin uluslararasılaşması şu şekilde olmaktadır:

- Elçilik ve Konsolosluklarda bulunan ticari bölümler
- Tanışma ziyaretleri
- Hasta dernekleri
- Fuarlar
- Aracı kurumlar vasıtasıyla yabancı ülkelerde faaliyette bulunmaktadırlar(Sağlık bakanlığı,2012;66).

Özel hastaneler ise sözü edilen uluslararasılaşma aşamaları ile yabancı ülke pazarlarında faaliyet göstermektedirler. Uluslararasılaşma sürecinde bahsedilen Yenilikçi model ve Uppsala modeli ile benzerlik göstererek özel hastaneler farklı pazarlarda faaliyetlerini geliştirmektedir. Özel hastanelerin belirtilen modeller ile uluslararasılaşmasını tablo-3’te özetleyebiliriz:

**Tablo-3: Özel Hastanelerde Uygulama Hastanelerde
Aşamalı Uygulama**

Düzenli İhracat Yok	Düzenli bir biçimde sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Bireysel olarak sağlık hizmetine ulaşma.
Bağımsız Acenteler	Bağımsız kişi ve acenteler aracılığı sağlık hizmetinden yararlanma sağlanmaktadır.
Satış Birimleri	Sağlık hizmeti sunucuları kendi bürolarını açarak faaliyetlerini sürdürmektedir. Acıbadem: Romanya, Bulgaristan, Makedonya
Üretim/İmalat	Yatırım yaparak(hastane kurarak) sağlık hizmetini sunmaktadır.Örneğin, Dünyagöz-Londra, Köln, Frankfurt; Hollanda, Belçika hastaneleri

Özel hastanelerin uluslararasılaşma aşamaları daha net olarak ortaya konmaktadır. Yapılan ikili anlaşmalar, kurumlar ve kuruluşlarla yapılan anlaşmalar neticesinde sağlık hizmeti sunan hastanelerin uluslararasılaşma faaliyetleri daha aktif olmaktadır. Devlet hastaneleri proaktif rol üstelenerek, yurt dışındaki faaliyetlerini sürdürmeyi planlamaktadır.

Sonuç

Uluslararasılaşmayı hedefleyen hastaneler, yabancı ülkelerden gelen hastaların talepleri, gidilen ülkede ki teşvikleri, işletmenin sürekliliğini sağlaması, işletme politikası, yabancı pazarlardaki potansiyel gibi nedenler sağlık hizmeti sunan hastane işletmelerini uluslararasılaşmaya teşvik eden etmenlerdir. Hastanelerin içsel faktörleri, risk almaya hazır, faaliyetlerinde uluslararası vizyona sahip yöneticilerin varlığı, üretilen ve sunulan hizmetin özellikli ve kaliteli olması gibi nedenler sayıla bilinir.

Diğer taraftan Hastaneler, kişilerin sağlık hizmetinden yararlandıkları, yüksek temas işletmeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Uluslararasılaşma, farklı ülkelerde faaliyette bulunarak işletmeye deneyim kazandırmakta ve bu deneyimle işletmeler gelişerek uluslararası pazarlarda faaliyetlerini sürdürmektedir. İşletmelerin işgücü, maliyet, rekabet gibi unsurları dikkate alarak ev Pazar dışında farklı pazarlarda faaliyetlerini sürdürmesi kaçınılmaz olmaktadır. İşletmeler için özellikle küreselleşme dahilinde sadece ülke iç veya dış Pazar gibi bir ayırım kalmamıştır. İşletmelerin yaşamlarını sürdürmek ve büyümek için uluslararası pazarlarda faaliyetleri kaçınılmaz olmaktadır.

Kaynakça

- 1.AKTEPE Cemalettin, AYDIN Dursun, ARSLAN Sıddık, Yabancı Hastalara Sağlık Hizmeti Sunumunda Kamu Hastanelerinin Rolü, Kasım 2011, Ankara
- 2.ANDERSEN OTTO, On The Internationalization Process Of Firms: A Critical Analysisi, Journal Of International Business Studies, Vol:24 No:2, Pp:209-231
- 3.BEĞENDİK Behiye, Küresel Doğan İşletmelerin Uluslararasılaşma Sürecine Etki Eden Girişimcilik Yönelimi Boyutları ve Girişimci Özellikleri, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013
- 4.BUCKLYE,P.J. ve CASSON,M.C.,Analyzing Foreign Market Entry Strategies: Extending The Intenalization Approach, 1998, Journal Of International Business Studies,Vol:29,Pp:539-561
- 5.BUCKLEY,P.J., The Roel Of Internationalization In Explaining Innovation Performance, Technovation,January/February,Vol:28, Issue:1-2 Pp.63-74,2008
- 6.ÇİÇEK, Recep; DEMİRER, Ömür; Geleneksel Uluslararasılaşma Teorisine Karşı Çıkan Yeni Bir Uluslararasılaşma Modeli: Global Doğan İşletmeler; Akademik Bakış, Sayı:16,Nisan,2009
- 7.ECER, Ferhat, CANİTEZ, Murat, **Uluslararası Pazarlama: Teori ve Uygulamalar**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2005
- 8.ERDUR Emine, Kamu Hastanelerinin Medikal Turizm Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Konusunda Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2013, İstanbul
- 9.EREM, Tunç (1990), “An Assesment Of Turkish Export Performance: Global Perspectives And
- 10.Prospect” **The Annual Symposium Of Turkish Industrialists’ And Businessmen’s Association**, November 19-20, ss.B1-B21, İstanbul.
- 11.ERKUTLU Hakan, ERYÜĞÜT Süleyman, Uluslararasılaşma Süreci, 2001, Gazi İ.İ.B.F. Dergisi, Sayı:3, Sayfa 149-164
- 12.GEGEZ Ercan Vd., Küresel Pazarlama Yönetimi, 2011,Beta Yayınevi,
- 13.JOHANSON J. & Vahlne J-E.(1977), The Internationalization process of the firm – a model of knowledge development and increasing foreign market commitments, Journal of International Business Studies, 8(1): 23-31
- 14.JOHANSON, Jan, VAHLNE, Jan Erik; ‘The Uppsala internationalization process model revisited: From liability of foreignness to liability of outsidership’, **Journal of International Business Studies**, 1411–1431, 40/2009
- 15.JOHANSON, Jan ve Finn Wiedersheim-Paul (1975), “The Internationalization of the Firm- Four Swedish Cases”, The Journal of Management Studies, 12: 305-322.
- 16.KAVUNCUBAŞI Şahin, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2000, Siyasal Yayınevi, Ankara

- 17.ÖNAL, F. ve Önal, B. , (2000), ‘Hastane Yapılarının Gelisim Süreçleri ve Tasarım ilkeleri Bağlamında Degerlendirilmesi’, III. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 28-29 Eylül 2000, Ankara
- 18.ÖZALP, İnan, (1998), **Çokuluslu İşletmeler: Uluslararası Yaklaşım**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 31-36.
- 19.ÖZGEN, H. (1995), “Çağdaş Hastane Yönetimi Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar”, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), (Editör: Hikmet Seçim), Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 449, Eskişehir, ss.73-77.
- 20.ROOT R. Franklin, Entry Strategies For International Markets, 1994
- 21.Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2012
- 22.SÜRMEYEN, S. , (1991), Hastaneler, Rehabilitasyon Merkezleri, Sağlık İstasyonları, İ.T.Ü. Çevre ve Şehircilik Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- 23.TAŞERİMEZ Mehmet Burak, Hastane Genel Kullanım Alanları ve Hasta Yatak Odalarında Kullanıcı Mekan İlişkisi: İzmit Seka Devlet Hastanesi ve İzmit Özel Konak Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü,2008
- 24.TENGİLİMOĞLU Dilaver, IŞIK Oğuz, AKBOLAT Mahmut, Sağlık İşletmeleri Yönetimi,2011,Ankara,Nobel Yayınevi.
- 25.Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu,2013, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı,
- 26.ÜNER, M., Mithat; ‘Ankara Sanayi Odası’na Kayıtlı İşletmeleri İhracattan AlıkoyanN edenler’, **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Haziran- Aralık, s.459-479, 49/3 1994
- 27.ÜNER, M. MİTHAT; **Genel İşletmecilik**, Detay Yayıncılık, Ankara, 2008
- 28.WELCH L.S. & Loustarinen R. (1988), Internationalization: Evolution of a Concept, Journal of General Management, 14(2): 34-55
- 29.WHO (World Health Organisation) İnternet sayfası
- 30.YASED Türkiye Sağlık Raporu 2012

HASTANELER VE DIŞ KAYNAKLARDAN YARARLANMA: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ'NDE DIŞ KAYNAKLARDAN YARARLANMA UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çağdaş Erkan AKYÜREK*

ÖZET

Dış kaynaklardan yararlanma, örgüt içerisinde yürütülen hizmet veya işlemlerin üçüncü taraf bir hizmet sunucusuna devredilmesi ve bu temin sürecinin sözleşme ya da ortaklık yönetimi ile kontrol edilmesidir. Türk Sağlık Sistemi'nde 1990'lı yıllardan bu yana dış kaynaklardan yararlanma olgusunun giderek geliştiği ve üretim yönetimi sürecinde önemli finansal büyüklüğe eriştiği kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde üst düzey hastane yöneticilerinin dış kaynaklardan yararlanmaya ilişkin değerlendirmelerini ortaya koymaktır. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve bu hastanelerin üst düzey yöneticileri olan Başhekimler ve Hastane Müdürleri oluşturmaktadır. Yöneticiler dış tedarikçi seçiminde en fazla mevzuata ve yasal gerekliliklere uygunluğu ön planda tuttıklarını, Dış Kaynaklardan Yararlanma uygulamalarını tercih etmelerinde en önemli gerekçelerin hizmet kalitesini artırmak, daha verimli hizmet üretmek ve hasta memnuniyetini artırmak olduğunu ifade etmişlerdir. İlgili hükümet organlarının teşviki ve bu yöndeki yasal düzenlemeler yöneticilerin Dış Kaynaklardan Yararlanma sürecindeki kararlarını en fazla etkileyen faktör olarak öne sürülmüştür. Yöneticilere göre Dış Kaynaklardan Yararlanma uygulamalarının en önemli sonuçları hizmet kalitesinin artması, hasta memnuniyeti üzerinde artırıcı etkisi olması ve verimli hizmet gereksinimini karşılamasıdır. Yöneticiler Dış Kaynaklardan Yararlanma uygulamalarına ait en önemli risklerin seçilen tedarikçinin finansal istikrarsızlığı, tedarikçiye bağımlı hale gelme ve tedarikçiden kaynaklı nedenlerle hastane imajının zedelenmesi olduğunu belirtmişlerdir. Dış Kaynaklardan Yararlanma uygulamalarını tercih etmeme ve gerçekleştirilememe nedenleri arasında en fazla altı çizilen maddeler ise kurum bünyesinde bu hizmeti verebilecek nitelik ve nicelikte personelin olması, finansal kaynak yetersizliği ve yasal altyapının yetersizliğidir.

Anahtar Kelimeler: *Dış Kaynaklardan Yararlanma, Hizmet İhalesi, Hastane, Kamu İhale Kanunu, Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu*

*Yrd.Doç.Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, erkanakyurek52@hotmail.com

HOSPITALS AND OUTSOURCING: ASSESSMENT OF OUTSOURCING PRACTICES IN TR MINISTRY OF HEALTH HOSPITALS

ABSTRACT

Outsourcing is contracting out an internal service or process to a third party service provider on the basis of a contract or partnership management. It is accepted that outsourcing in the healthcare system has been gradually expanded and reached to a significant financial size in production management process since 1990s in Turkey. The aim of the study is to conduct a theoretical assessment on outsourcing at the hospitals affiliated with The Ministry of Health in Turkey. The survey universe is consisted of the hospitals affiliated with The Ministry of Health and the head physicians and hospital managers of these hospitals in Turkey. The managers stated that they prioritize compliance with the legislation and legal requirements in the selection of providers, and among the reasons for preferring outsourcing practices are increasing the service quality, producing more effective service, and increasing patient satisfaction. Incentives of related government bodies and the related legal arrangements are the two leading factors affecting the decisions by the managers in the outsourcing process. According to the managers, the most important outcomes of the outsourcing practices can be listed as increase in service quality, being an increasing factor for patient satisfaction, and meeting efficient service needs. The most important risks regarding outsourcing practices, as stated by the managers are financial instability of the selected provider, being dependent on the provider, and damage on the hospital image caused by the provider. The most highlighted reasons for not preferring or implementing outsourcing practices are the lack of sufficient number of qualified personel who can provide the service internally, lack of financial resources, and the lack of legal infrastructure.

Key Words: *Outsourcing, Service Tender, Hospital, Public Procurement Law, Public Procurement Contracts Law*

1. Giriş

Son 50 – 60 yıllık zaman zarfında farklı isim ve yüzlerle kendini göstermiş olsa da popülerliğini daima korumayı başarmış ve özellikle hizmet sunumu maliyetlerinin örgütleri bunaltacak seviyede seyrettiği dönemlerde özelleştirme uygulamasının bir uzantısı olarak hep ilk sıralarda akla gelmiş stratejik bir seçenek konumundaki “*Dış Kaynaklardan Yararlanma*” (DKY) en sık dile getirilen tanımıyla, bir örgütün daha önce kendi işgücü ve kaynaklarıyla yürütmekte olduğu bir hizmeti ya da fonksiyonu daha verimli ve kaliteli hizmet sunmak, dış tedarikçilerin sahip olduğu hizmete özel uzmanlıktan faydalanmak, kendi temel yeteneklerine daha fazla odaklanmak gibi pek çok gerekçeyle, yasal bir sözleşme çerçevesinde üçüncü taraf bir dış tedarikçiye devretmesidir. Bu devrediş bir hizmetin ya da fonksiyonun tüm bileşenleriyle devredilmesi gibi büyük bir ölçekte gerçekleşebileceği gibi, belirli unsurların oldukça kısıtlı biçimde dış tedarikçilere bırakılması şeklinde de seyredebilir. Buradaki önemli nokta tedarikçinin ne kümesteki tilki gibi denetimsiz özgürlüğe sahip olması ne de yavaşık düzen eğitimi gören bir er gibi katı disipline maruz kalmasıdır. Her örgüt tipine uyan ideal bir DKY stratejisi olmadığı gerçeği göz önüne alındığında, her örgütün farklı ölçeklerde DKY’ye yer vermesi şaşırtıcı olmamalıdır (Akyürek,2013).



Bu noktada sağlık hizmeti örgütlerini çözüm arayışlarına iten sürecin gelişimi de dikkate alınmalıdır. Son 50 – 60 yıllık dönem içerisinde başvuru tüm maliyet artışı önleme stratejileri ve yasal düzenlemelere rağmen, sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar olağanüstü bir hızla yükselmeye devam etmiştir. Söz konusu girişimlerin ilk uygulayıcılarından olan ABD’de bile sağlık harcamaları diğer gelişmiş ülkelere kıyasla üç mislinden fazla artmıştır (Bristol, 2005).

Kontrol altında tutmaya yönelik tüm çabalarına rağmen sağlık kuruluşları halen artan maliyet baskıları ile karşı karşıyadır. Farklı hızlarda seyretse de sağlık hizmetlerine yapılan harcamalardaki artış küresel bir eğilim göstermektedir. Hastane harcamalarındaki bu artışı pek çok nedenle ilişkilendirmek mümkündür. Artan işgücü, malzeme vb. maliyetlere bağlı olarak artan hizmet fiyatları, genel anlamdaki nüfus artışı, talep edilen hizmetin miktarındaki ve yoğunluğundaki artışlar, yaşanan nüfus, hastane hizmetlerine dair enflasyonun genel ekonomik enflasyonu aşması, yeni ve pahalı teknolojilerin daha fazla kullanılmaya başlanması farklı çalışmalarda vurgulanan nedenler olarak dikkati çekmektedir (Diana, 2006; Levit vd., 2004; Shactman vd., 2003).

Maliyetlerdeki bu artışa ek olarak hastaneler diğer yandan da şiddetini giderek daha fazla hissettiren bir rekabetle yüz yüze gelmiştir. Hastanelerin karşı karşıya kaldığı, sundukları sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi yönündeki baskılar da küçümsenmeyecek boyuttadır. Öyle ki geri ödeme ve akreditasyon konularının artık ciddi anlamda kalite ve güvenlikte gösterecekleri ilerlemelere bağlı hale getirilmesi mevzu bahistir. Tüm bu sorunlar karşısında hastane yöneticileri önemli bir stratejik yönetim aracı olarak DKY’ye yönelmeyi tercih etmiştir.

Örgütlerin DKY’ye yönelmesinde, kendilerini rakiplerinden ayırt eden yetenek ve becerileri olan temel yeteneklerine odaklanmak, kısıtlı durumdaki kaynaklarını bu faaliyetler için sarf etmek istemeleri, bu kapsam dışında gördükleri işleri bir dış tedarikçiye yaptırmayı tercih etmeleri öncelikli rol oynayan faktördür. Örgütler kendilerine rekabet avantajı sağlayan bu temel yetenekleri dışındaki tüm işleri dış tedarikçilere yaptırarak hem kaynak tasarrufu yapmayı, hem yapı olarak küçülmeyi ve yalın hale gelmeyi, hem de iyi bildikleri işler üzerine yoğunlaşma fırsatı yakalamayı amaçlamaktadırlar (Koçel, 2010). Buna ek olarak artık örgütler DKY’ye açtıkları sınırları kendi temel yeteneklerine kadar genişletmişlerdir (Willcocks ve Curie, 1997; Roberts, 2001; Young, 2002, 2005; Billi vd., 2004).

Sahip olduğu olumlu potansiyele rağmen, sağlık hizmetleri literatürü DKY hakkında pek çok dezavantajdan da bahsetmektedir. Bunlardan ilki maliyet tasarruflarının beklenenin altında gerçekleşebilmesi ve uzun vadede geçerliliğini yitirmesidir (Domberger ve Rimmer, 1994; Willcocks ve Currie, 1997; Roberts, 2001; Young ve Macneil, 2000; Macinati, 2008). İkincisi kamu sektöründeki hizmet sunucusu, hizmet sunum sürecinde elinde tuttuğu kontrolü önemli ölçüde yitirebilir ve kendini tedarikçiye gereğinden fazla bağlı biçimde ya da tedarikçinin faaliyetlerine güvenir halde bulabilir (Roberts, 2001; Billi vd., 2004; Janssens ve Mohaghegh, 2005). Bu şartlar altında DKY’nin kaçınılmaz biçimde kamu sektöründeki hizmet sunucularının kendi amaçlarına ulaşma yeteneğini zayıflattığı da varsayılmaktadır (Roberts, 2001). Son olarak yetersiz sözleşme hükümleri ve sözleşme yönetimi veya seçilen tedarikçinin gerekli standartları karşılayamaması nedeniyle DKY’nin hizmet kalitesi üzerindeki etkileri bağlamında sorunlar da ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, hem profesyonelliğin daha keskin sınırlarla belirlenmiş olması hem de sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri DKY sorunsalını daha karmaşık hale getirmektedir. Diğer sektörlere kıyasla sağlık hizmetlerinde karar süreçleri

daima daha kritik, hatayı daha az kaldıracak süreçler olmuştur. Aynı hassasiyet sağlık kuruluşlarına DKY'nin girişi için de söz konusudur. Günümüzde DKY'nin bir yerde hareket noktası olan temel yetenek yaklaşımının kendisine çizdiği sınırları zorlaması ve hatta bazı örgütlerde bu sınırları aşması, DKY için yeniden pek çok soru işaretini, endişeyi beraberinde getirmiştir.

Artık günümüzde DKY ile ilgili soruların boyutu “Evet mi? Hayır mı?” ölçeğini aşmış olsa da uygulamaya yönelik körü körüne bir kabul ya da reddediş durumu söz konusu olamamaktadır. Bu sorunun çıkış noktası, içinde bulunulan şartlarla, örgütlerin kendilerine has yapılarıyla ve özellikleriyle, iç ve dış işgücünün niteliği ve niceliğiyle ve bununla ilgili daha pek çok faktörle alakalıdır.

Unutulmamalıdır ki DKY kendisi bizzat bir amaç veya son değildir. Örgütlerin kendileri için tayin ettikleri daha önemli amaçlar için önemli bir araç olduğu göz ardı edilmemelidir. Herhangi bir DKY uygulaması, bahsedilen bu daha üst hedeflere ulaşma sürecine katkıda bulunmuyorsa, ısrarcı olmak zaman ve kaynak israfının ötesine geçmeyecektir. Yapılması daha doğru olan ise, verimlilik, etkililik ve tasarruf gibi noktalara erişmenin alternatif yollarını aramaktır (Akyürek,2013).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Türk Sağlık Sistemi'nde 1990'lı yıllardan bu yana DKY olgusunun giderek geliştiği ve üretim yönetimi sürecinde önemli finansal büyüklüğe eriştiği kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı; ülkemizde sağlık kurumlarında DKY'nin kuramsal değerlendirmesini yapmak ve sektördeki yöneticilerin, DKY olgusuna ilişkin değerlendirmelerini ortaya koymaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve bu hastanelerin üst düzey yöneticileri olan başhekimler ve hastane müdürleri oluşturmaktadır. Türkiye'deki tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerinin üst düzey yöneticilerine ulaşılması amaçlandığından örneklem seçilmemiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Üst düzey hastane yöneticilerinin DKY ile ilgili görüşlerinin tespit edilmesinde, araştırmacı tarafından literatürde yer alan 50'den fazla çalışmadan derlenen anket kullanılmıştır. İnternet üzerinden e-posta yoluyla, başhekim ve hastane müdürlerinden oluşan üst düzey hastane yöneticilerine ulaştırılan anket toplam yedi bölümden meydana gelmektedir.

Araştırma kapsamında görüşlerine başvurulacak üst düzey hastane yöneticilerinin e-posta adresleri, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu bünyesindeki kayıtlardan edinilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 1212 e-posta adresinden 328'ine belirli teknik nedenlerle (adresin artık kullanılmıyor olması, e-posta kutusunun dolu olması vb.) ulaşılamamıştır. Ulaşılan 874 adresten gerçekleşen geri dönüş sayısı 236 olarak gerçekleşmiştir. Literatürde e-posta yolunu kullanmayı tercih eden araştırmacıların % 20 ile % 30 arasında bir geri dönüş oranına ulaşmalarının kabul edilebilir olduğu ifade edilmektedir (Kittleson, 1997). Buradan hareketle araştırmada ulaşılan % 27 düzeyindeki geri dönüş oranı kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer almaktadır. Araştırma anketinde ölçeklendirme yöntemi

olarak, eşit aralıklı beşli Likert tipi ölçekler kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen verilerin analizinde ilgili istatistiksel analiz yazılımından faydalanılmıştır (PASW 15.0).

3. Bulgular

3.1. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 1’de, çalışmaya katılan üst düzey hastane yöneticilerine ait tanımlayıcı bilgiler görülmektedir.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerine İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Yöneticilerin Tanımlayıcı Özellikleri	Sayı	%
Görevi		
Başhekim	130	55,00
Hastane Müdürü	103	45,00
<i>Toplam</i>	236	100,0
En Son Bitirmiş Olduğu Eğitim Programı		
Tıpta Uzmanlık	80	34,1
Tıp Fakültesi	26	11,0
Yüksek Lisans	40	17,1
Ön Lisans (İki Yıllık)	6	2,4
Lisans (Hemşirelik)	3	1,2
Lisans (Sağlık İdaresi – Yönetimi)	20	8,5
Lisans (İşletme – İdari Bilimler)	55	23,2
Lisans (Diğer Dört Yıllık Programlar)	6	2,4
<i>Toplam</i>	236	100,00
Sağlık Hizmetleri Alanındaki Tecrübesi		
1 – 5 Yıl	26	11,0
6 – 10 Yıl	34	14,6
11 – 15 Yıl	43	18,3
16 – 20 Yıl	58	24,4
21 Yıl ve Üzeri	75	31,7
<i>Toplam</i>	236	100,00
Mevcut Kurumundaki Yönetici Olarak Çalışma Süresi		
0 – 1 Yıl	52	22,0
2 – 5 Yıl	112	47,6
6 – 10 Yıl	40	17,1
11 Yıl ve Üzeri	32	13,4
<i>Toplam</i>	236	100,00

3.2. Kurumsal Uygulamalar

Tablo 2’de araştırma kapsamındaki hastanelerin DKY uygulamalarını tercih ettiği hizmet alanları görülmektedir. Katılımcıların vermiş oldukları yanıtlardan hareketle DKY’ye en çok başvurdukları alanların temizlik, yemek, bilgi-işlem, tıbbi atık nakil ve imha işlemleri ile teknik bakım-onarım hizmetleri olduğu görülmektedir.

Aynı hastaneden birden fazla yöneticinin araştırmaya katılmış olması nedeniyle sayı sütunundaki değerlerin hastane olarak düşünülmesi yanıltıcı olabilir. Buradaki değerler katılımcılar tarafından verilen yanıt sayılarını göstermektedir. Katılımcılar kendilerine sunulan bu seçeneklerin dışında hemodiyaliz, veri girişi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile Patoloji hizmetleri bağlamında da DKY’yi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 2: Araştırma Kapsamındaki Hastanelerin Dış Kaynaklardan Yararlanma’yı Tercih Ettiği Alanlar

Uygulama Alanı	Sayı	%
Temizlik Hizmetleri	213	90,24
Yemek Hizmetleri	199	84,15
Bilgi İşlem Hizmetleri	199	84,15
Tıbbi Atık Nakil ve İmha İşlemleri	190	80,49
Teknik Bakım – Onarım Hizmetleri (Elektrik, Sıhhi Tesisat vb.)	190	80,49
Güvenlik Hizmetleri	161	68,29
Laboratuvar Hizmetleri	135	57,32
Radyoloji –Görüntüleme Hizmetleri	115	48,79
Danışma ve Hasta Yönlendirme Hizmetleri	109	46,34
Çamaşırhane Hizmetleri	66	28,05
Haberleşme ve Telekomünikasyon Hizmetleri	60	25,61
Ambulans ve Hasta Nakil Hizmetleri	29	12,20
Eczane	20	8,54
Sterilizasyon	12	4,88
Anestezi	6	2,44

Tablo 3: Yöneticilerin Dış Tedarikçi Seçiminde Dikkat Ettikleri Faktörler

Faktörler	N	X	SS
Mevzuata ve yasal gerekliliklere uygunluk	236	4,79	0,698
Tedarikçinin o alandaki uzmanlığı	236	4,52	0,906
Tedarikçinin öngördüğü maliyet	236	4,44	0,957
Tedarikçinin teknolojik kapasitesi	236	4,26	1,004
Tedarikçinin sunmayı garanti ettiği hizmet düzeyi	236	4,16	0,975
O tedarikçinin sizin için daha önceden yaptığı işler	236	4,15	1,112
Tavsiyeler / Referanslar	236	3,72	1,114
Tedarikçi ile kurumun yakınlığı, coğrafi olarak ulaşım durumu	236	3,48	1,114
Hizmet bağlamında kurumun özel ihtiyaçlarını karşılamak için	236	3,35	1,221
Tedarikçi ile kurum arasındaki kültürel uyum	236	2,95	1,378

Yöneticilerin dış tedarikçi seçiminde göz önünde bulundurdıkları faktörlere yönelik değerlendirmeleri Tablo 3’de verilmiştir. Buna göre yöneticiler bir dış tedarikçi hakkında karar verirken en çok seçim sürecinin ilgili mevzuata ve yasal gerekliliklere uygunluğundan (4,79), tedarikçinin o alandaki uzmanlığından (4,52), tedarikçinin öngördüğü maliyetten (4,44), tedarikçinin teknolojik kapasitesinden (4,26) ve tedarikçinin sunmayı garanti ettiği hizmet düzeyinden (4,16) etkilenmektedirler. Tedarikçi ile kurum arasındaki kültürel uyum, yöneticilerin diğer faktörlere kıyasla en son sırada yer verdikleri faktördür.

3.3. Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Olası Tercih Nedenleri

Olası DKY tercih nedenlerine ait yöneticilerin değerlendirmeleri Tablo 4’de görülmektedir. Yöneticiler tarafından sırasıyla en çok vurgulanan gerekçeler “Hizmet kalitesini artırmak” (4,65), “Daha verimli hizmet üretmek” (4,52), “Hasta memnuniyetini artırmak” (4,50), “Teknolojik yeniliklere ulaşmak” (4,26) ve “Maliyetleri düşürerek tasarruf etmek” (4,10) olmuştur.

“Günlük yönetim problemlerinden kurtulmak” (2,76), “Kamu çalışanlarının bağlı oldukları sendika ve birliklerin talepleriyle daha az karşılaşmak” (2,68) ve “Yönetimin büyüklüğünü sınırlandırmak” (2,62) yöneticilerin diğer nedenlere kıyasla daha alt sıralarda yer verdikleri nedenlerdir.

Tablo 4: Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Olası Tercih Nedenleri

Faktörler	N	X	SS
Hizmet kalitesini artırmak	236	4,65	0,726
Daha verimli hizmet üretmek	236	4,52	0,741
Hasta memnuniyetini artırmak	236	4,50	0,835
Teknolojik yeniliklere ulaşmak	236	4,26	0,991
Maliyetleri düşürerek, tasarruf sağlamak	236	4,10	1,073
Kurum personelinin sayısal yetersizliğini gidermek	236	4,02	1,006
Bir hizmeti sunmak için gereken tesis ve ekipmanların yaratacağı dolaylı maliyetlerden kaçınmak	236	4,02	0,994
Hastanenin imajını korumak ve güçlendirmek	236	4,00	1,066
Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kurmak	236	3,98	1,100
Tedarikçilerin hizmete özgü uzmanlaşma yeteneklerinden	236	3,94	1,081
Temel faaliyet alanı olan hasta bakım faaliyetlerine daha fazla zaman ayırabilmeyi sağlamak	236	3,89	1,155
Kuruma esneklik kazandırmak	236	3,63	1,060
Tedarikçiler arasındaki rekabetten faydalanmak	236	3,59	1,295
Devlet memurluğu sisteminin hantallığından kurtulmak	236	3,59	1,414
Günlük yönetim problemlerinden kurtulmak	236	2,76	1,282
Kamu çalışanlarının bağlı oldukları sendika ve birliklerin talepleriyle daha az karşılaşmak	236	2,68	1,360
Yönetimin büyüklüğünü sınırlandırmak	236	2,62	1,244

3.4. Dış Kaynaklardan Yararlanma Kararlarını Etkileyen Faktörler

Hastane yöneticilerinin DKY kararı alırken etkilendikleri faktörlerle ilgili değerlendirmeleri Tablo 5’de görülebilmektedir. Buna göre hastane yöneticileri DKY karar süreçlerinde en fazla ilgili hükümet organlarının teşviklerinden ve bu yöndeki yasal düzenlemelerden etkilendiklerini (4,35) ifade etmişlerdir. Bunu sırasıyla, hizmetin kurumun kaynakları ile sunulması halinde oluşacak daha yüksek maliyet (4,16), hizmetin kurumun temel faaliyet alanı içerisinde girip girmediği (3,83), ülkenin sağlık hizmetleri altyapısı (3,74) ve tedarikçilere bağlı personelin kurum personeline kıyasla daha maliyet etkili çalışması (3,72) gerekçeleri izlemiştir. Mevcut önermeler içerisinde yöneticilerin diğerlerine kıyasla ülkedeki politik istikrar (3,44), sağlık hizmetlerinin geri ödenmesi bağlamında finansman belirsizliği (3,40) ile DKY uygulamasına konu olan hizmetin karmaşıklığından (3,28) daha az etkilendikleri anlaşılmaktadır.

Tablo 5: Dış Kaynaklardan Yararlanma Kararlarını Etkileyen Faktörler

Faktörler	N	X	SS
İlgili hükümet organlarının (bakanlık vb.) teşviki ve bu yöndeki yasal düzenlemeler	236	4,35	0,935
Hizmetin kurumun kaynakları ile sunulması halinde oluşacak daha yüksek maliyet	236	4,16	0,987
Hizmetin, kurumun temel faaliyet alanı içerisine girip girmediği	236	3,83	1,142
Ülkenin sağlık hizmetlerinin altyapısı	236	3,74	1,284
Tedarikçilere bağlı personelin kurum personeline kıyasla daha maliyet etkili çalışması	236	3,72	1,147
Diğer hastanelerin uygulamaları hakkında alınan olumlu duyumlar	236	3,71	1,060
Tedarikçilerin daha iyi teknolojik altyapıya sahip olması	236	3,52	1,269
Ülkedeki ekonomik istikrar	236	3,52	1,326
Kurum için yeni bir program ya da hizmet alanı olması	236	3,51	1,033
Sermaye yetersizliği	236	3,50	1,279
Ülkedeki politik istikrar	236	3,44	1,343
Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesi bağlamında finansman belirsizliği	236	3,40	1,294
Dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına konu olan hizmetin karmaşıklığı	236	3,28	1,136

3.5. Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Etkileri / Sonuçları

DKY uygulamalarının etkilerinin/sonuçlarının değerlendirildiği bölümde yöneticilerin en çok vurguladığı etki veya sonuç DKY'nin hizmet kalitesini artırıcı etkisi (4,24) olmuştur. Ayrıca yöneticiler DKY'nin hasta memnuniyetini artırıcı bir etkisi olduğunu (4,10) ifade etmiş, DKY yoluyla örgütlerinin verimli hizmet gereksinimini karşılayabildiklerini (4,04), teknolojik yeniliklere uyum sağladıklarını (3,95) ve kurum personelinin sayısal olarak yetersizliğini giderdiklerini de (3,93) belirtmişlerdir. Bölüme ait istatistiksel değerlendirme sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

DKY uygulamalarının olası tercih nedenleri ile etkilerinin/sonuçlarının incelendiği bölümlerin sonuçlarına bakıldığında değerlendirmeler arasında bir paralellik olduğu göze çarpmaktadır. Yöneticilerin en fazla puan verdikleri olası DKY uygulama nedenleri ile sonuçları önemli ölçüde örtüşmektedir. Puanlama sırasındaki ilk beş önermeden dördü gerekçe ve sonuç düzleminde bağlantılıdır. Buradan hareketle hastane yöneticilerinin giriştikleri DKY uygulamalarından istedikleri sonuçları önemli ölçüde alabildiklerini söylemek mümkün olabilir.

Tablo 6: Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Etkileri / Sonuçları

Faktörler	N	X	SS
Hizmet kalitesi arttı	236	4,24	0,883
Hasta memnuniyetini artırıcı bir etkisi olduğunu gözlemledim	236	4,10	0,989
Verimli hizmet gereksinimi karşılandı	236	4,04	0,962
Teknolojik yeniliklere uyum sağlandı	236	3,95	0,993
Kurum personelinin sayısal olarak yetersizliği giderildi	236	3,93	1,052
Kurumun temel faaliyet alanı olan sağlık hizmetlerine daha fazla odaklanma olanağı yaratıldı	236	3,85	1,067
Tedarikçinin sahip olduğu hizmete özgü uzmanlaşmadan yararlanıldı	236	3,80	1,094
Tedarikçinin teknolojik yeterliliklerine bağlı olarak kurumda teknolojik gelişim ve ilerleme yaşandı	236	3,72	1,168
Dış kaynaklardan yararlanılan alanlarda kurumun yetenekleri arttı	236	3,70	1,108
Hizmet üretim maliyetleri azaldı	236	3,63	1,128
Tedarikçilerin yapmış olduğu katkılarla hastanenin imajı güçlendi	236	3,62	1,096
Finansal (parasal) tasarruf sağlandı	236	3,61	1,284
Giderlerimizi daha iyi kontrol eder hale geldik	236	3,61	1,184
Etkili bir kontrol ve denetim sistemi kuruldu	236	3,60	1,195
Kurumumuz daha esnek hale geldi	236	3,59	1,143

3.6. Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Riskleri

Yöneticilerin DKY uygulamalarının risklerine dair değerlendirme sonuçları Tablo 7’de görülmektedir. Yöneticilere göre DKY uygulamalarının diğerlerine kıyasla en önemli riski seçilen tedarikçinin finansal istikrarsızlığı ve bunun kuruma yönelik olumsuz yansımalarıdır (3,52). Tedarikçiye bağımlı hale gelme (3,51), tedarikçiden kaynaklı sebeplerden ötürü hastane imajının zedelenmesi (3,38), tedarikçinin sunduğu ürün ya da hizmetin kurumun beklentilerini karşılayamaması (3,37) ve istenen mal veya hizmetin tedarikçi tarafından zamanında teslim edilememesi de (3,35) yöneticilerin en çok vurguladıkları DKY riskleri arasında başı çekmiştir.

3.7. Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarını Tercih Etmeme Ya Da Gerçekleştirememe Nedenleri

Tablo 8’de yöneticilerin DKY uygulamalarını tercih etmeme ya da gerçekleştirememe nedenlerine ait değerlendirmeleri görülmektedir. Kurum bünyesinde DKY’ye konu olacak hizmeti verebilecek nitelik ve nicelikte personelin olması (3,70) halinde yöneticiler DKY’yi tercih etmeyebilmektedirler.

Tablo 7: Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Riskleri

Faktörler	N	X	SS
Seçilen tedarikçinin finansal istikrarsızlığı	236	3,52	1,136
Tedarikçiye bağımlı hale gelme	236	3,51	1,363
Tedarikçiden kaynaklı sebeplerden ötürü hastane imajının zedelenmesi	236	3,38	1,321
Tedarikçinin sunduğu ürün ya da hizmetin kurumun isteklerini karşılayamaması	236	3,37	1,365
İstenen mal veya hizmetin tedarikçi tarafından zamanında teslim edilememesi	236	3,35	1,346
Tedarikçiden kaynaklı bilgi güvenliğine yönelik tehditler	236	3,33	1,277
Kurumsal bilgi ve kontrolün kaybı	236	3,27	1,248
Tedarikçi personeli ile kurum personeli arasında işle ilgili anlaşmazlıklar yaşanması	236	3,10	1,253
Öngörülemez maliyetlerin ortaya çıkması	236	3,05	1,236
Tedarikçinin, kuruma ait fikirleri, kurumla rekabet edecek bir ürün ya da hizmet yaratmada kullanması	236	2,95	1,369
Kurum ve tedarikçiye bağlı personelin ortak yürüttüğü çalışmalarda tansiyonun yükselmesi	236	2,90	1,161
Tedarikçinin hizmet faturalarını şişirmesi	236	2,89	1,482
Tedarikçi tarafından sunulan hizmetlerde denetimin zorluğu	236	2,82	1,188
Kurum personeli tarafından gösterilen örgütsel dirençle karşılaşma	236	2,77	1,250
İnsan kaynakları yönetimi işlevlerinde iki başlılığın olması	236	2,77	1,364

4. Tartışma ve Sonuç

Özelleştirme furçasının bir uzantısı olarak görülen DKY her geçen gün daha çok sektörde kendisine uygulama alanı bulmakta ve önemli finansal boyutlara erişmektedir. Sonsuz ve büyük ölçüde ertelenemez ihtiyaçlara elindeki kıt kaynaklarla cevap vermeye çalışan sağlık kurumları için kendilerine bir çıkış yaratacak her stratejik seçenek iki kat daha fazla önemli hale gelmektedir.

Ülkemiz sağlık sektöründe hem özel hem de kamu kesiminde DKY uygulamaları gözle görülür bir yönetsel ve finansal büyüklüğe erişmiştir. Özel sektöre ait sağlık kuruluşları da DKY'yi bir yönetim seçeneği olarak kabul etmekte ve uygulamaktadır. Ancak ülkemizde özel ve kamu sektörlerinde DKY uygulamalarının gerçekleştirildiği zeminler birbirinden farklıdır. Kamu sektöründe büyük ölçüde bu alandaki temel yasa metinleri olan 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ile 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu belirleyici iken, özel sektör sağlık kuruluşlarının DKY uygulamalarında bu yasa metinlerinin bağlayıcı bir yönü yoktur. Bu bakımdan DKY uygulamalarında kamuda ilgili yasa ve yönetmelikler süreci şekillendirirken, özel sektör de ağırlıklı yönetim inisiyatifi belirleyicidir. Bu noktadan

hareketle sektörün iki ayağındaki DKY uygulamalarının değerlendirilebilmesi tamamen farklı yaklaşımları gerektirmektedir.

Tablo 8: Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarını Tercih Etmeme ya da Gerçekleştirememe Nedenleri

Faktörler	N	X	SS
Kurum bünyesinde bu hizmeti verebilecek nitelik ve nicelikte personelin olması	236	3,70	1,367
Finansal (mali) kaynak yetersizliği	236	3,55	1,297
Hukuksal ve yasal altyapının yetersizliği	236	3,41	1,257
Kurum bünyesindeki personelle işin yapılmasının daha ucuza mal olması	236	3,12	1,477
İhalelere talip olacak nitelik ve nicelikte firmanın olmaması	236	3,02	1,314
Siyasal / politik faktörlerin etkisi	236	2,88	1,452
Öngörülen maliyet tasarruflarının erişilebilir olmaması	236	2,79	1,184
ihale yapmak için yasal sürenin dolmaması	236	2,72	1,399
Kontrol kaybına neden olması ihtimali	236	2,65	1,251
Hastane personelinin dışarıdan tedarik edilen hizmet sürecine yabancı kalması	236	2,51	1,259
İhale sisteminin şeffaf olmaması	236	2,23	1,279

Anket uygulamasından çıkan sonuçlarda hastane yöneticileri en fazla temizlik, yemek, bilgi-işlem, tıbbi atık nakil ve imha, teknik bakım-onarım, güvenlik, laboratuvar, radyoloji-görüntüleme, danışma ve hastane yönlendirme ile çamaşırhane hizmetlerinde DKY'ye başvurduklarını ifade etmişlerdir. Mollahaliloğlu ve diğerlerinin (2009) Türk Sağlık Sistemi'nde DKY uygulamalarını konu alan araştırmasında, hastanelerde DKY'nin en çok uygulandığı alanlar olarak karşımıza bu çalışmanın sonuçlarıyla paralel olarak temizlik, bilgi işlem, güvenlik, yemek ve veri giriş hizmetleri çıkmaktadır.

Dış tedarikçi seçiminde ise en çok vurguladıkları etmenler mevzuata ve yasal gerekliliklere uygunluk, tedarikçinin o alandaki uzmanlığı ile tedarikçinin öngördüğü maliyettir. Bu açıdan bakıldığında söz konusu etmenlerin zaten ilgili yasa metinlerinde altı çizilen gereklilikler olduğu ve yöneticilerin karar süreçlerini baskın biçimde şekillendirdiği de anlaşılmaktadır. Bu konuda literatürde yapılan çalışmalarda tedarikçi seçiminde öne çıkan faktörler olarak deneyim, tanınmışlık, referanslar, finansal durum, fiyat teklifi, uzmanlık düzeyi, güvenilirliği ve örgütün ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapasitede olması sıralanmıştır (Bakan vd., 2012; Yiğit vd., 2010). Bu çalışmalar araştırma sonuçlarını büyük ölçüde destekler niteliktedir.

Araştırmada hastane yöneticileri DKY'yi olası tercih etme nedenleri arasında yaptıkları sıralamada hizmet kalitesini yükseltmek, daha verimli hizmet üretmek ve hasta memnuniyetini artırmak gerekçelerini en üst sıralara yerleştirmişlerdir. Türkiye'de sağlık sektöründe DKY ile ilgili yapılmış araştırmalara göz atıldığında, olası DKY'yi tercih etme



nedenleri arasında personelin sayısal yetersizliğini giderme, hizmet kalitesini artırma, verimli hizmet gereksinimini karşılama, son teknolojiye erişim, maliyet tasarrufu gibi gerekçeler en sık dile getirilenlerdir. (Ergin, 2003; Ergin ve Şahin, 2005; Gözüküçük, 2010; Mollahaliloğlu vd., 2009; Aktan ve Özkıvrak, 2000; Karahan, 2009).

Araştırmaya katılan yöneticilerin DKY uygulamalarının etkileri/sonuçları üzerine bildirdikleri görüşler içerisinde bu üç nedene paralel olarak hizmet kalitesinin arttığı, hasta memnuniyetini artırıcı etkisi olduğu ve verimli hizmet gereksiniminin karşılandığı ifade edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında söz konusu paralellik DKY'nin kendisine yönelik beklentileri karşıladığına işaret ettiği söylenebilir. Ergin (2003) çalışmasında, DKY uygulamalarının personelin sayısal yetersizliğinin giderilmesi, hizmet kalitesinin ve verimliliğin artması şeklinde sonuçlara sahip olduğunu ifade etmiştir. Ergin (2003)'in bulguları bu yönüyle bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. İki çalışma arasında birbirini destekleyen bir başka özellik ise DKY uygulamalarının olası tercih nedenleri ile sonuçlarındaki paralellik sayesinde DKY uygulamalarının beklentileri karşıladığı yönündeki saptamadır.

Yöneticiler DKY kararlarını etkileyen faktörlere dair yaptıkları değerlendirmeler de, ilgili devlet organlarının teşviklerinden ve bu yöndeki yasal düzenlemelerden, hizmetin kurumun kaynakları ile sunulması halinde oluşacak daha yüksek maliyetten ve hizmetin, kurumun temel faaliyet alanı içerisine girip girmediğinden önemli ölçüde etkilendiklerini ifade etmişlerdir. Kamu sektöründe devlet otoritesi ve yasal metinlerin belirleyiciliği bu noktada da ağırlığını hissettirmektedir.

Araştırmaya katılan yöneticiler, tedarikçilerin finansal istikrarsızlığı ve bu istikrarsızlığın yol açacağı olumsuz sonuçları DKY konusundaki en önemli risk faktörü olarak görmektedirler. Tedarikçiye bağımlı hale gelme ve tedarikçiden kaynaklı sebeplerle kurum imajının zedelenmesi de başlıca riskler arasında sayılmıştır. DKY'nin olası risklerine karşı belki de en önemli silah hem kamu örgütlerini hem de tedarikçileri koruyacak sözleşmelerdir. Doğru biçimde kurgulanan sözleşmeler DKY uygulamalarıyla alakalı pek çok riski daha ortaya çıkmadan engelleyecek, engelleyemedikleri durumlarda ise koruyucu önlemler alınmasını sağlayacaktır. Bu noktada sözleşmelerin her iki tarafı da korur nitelikte olmasının altı özellikle çizilmelidir. Kurum yaptığı harcamanın karşılığını alacağından, tedarikçi ise emeğinin hak ettiği değeri bulacağından emin olmak ve bu konularda olabildiğince az risk altında kalmak ister. Kamu kurumlarının haklarının korunması toplumsal açıdan öncelik taşır ancak tedarikçilerin güçlü kalabilmesinin kamu kurum ve kuruluşları açısından önemi büyüktür. Tedarikçilerin güçlü olması faydalı bir rekabet doğuracak, gerekli işleri yapabilecek nitelik ve nicelikteki tedarikçi artacak, güçlü tedarikçiler daha verimli ve kaliteli hizmet sunabilecek ve tüm bunlardan nihayetinde kamu kurum ve kuruluşları DKY uygulamalarındaki hedefleri açısından kazançlı çıkacaktır.

Yöneticiler DKY uygulamalarını gerçekleştirilememeye veya tercih etmeme nedenleri arasında en çok kurum bünyesinde bu hizmeti verebilecek nitelik ve nicelikte personelin olması, finansal kaynak yetersizliği ve hukuki altyapının yetersizliğine işaret etmişlerdir. Kamu sektöründeki hastane yöneticileri halen yeterli personelin olması durumunda herhangi bir hizmet alanında kendi yağıyla kavrulmayı tercih etmektedir. Diğer yandan ilgili kanunda ödeneği olmayan alımlar için ihaleye çıkılamaması hükmü de finansal kaynak yetersizliği seçeneğinin altında yatan nedendir. Kurumlar ellerindeki kıt mali kaynakları temel yetenekleri olan işlere ayırmayı, geriye kalan işler için ise dış tedarikçilerden faydalanmayı seçmektedirler. Ergin'in (2003) çalışmasındaki, DKY uygulamalarını gerçekleştirilememeye veya



tercih etmeme nedenlerine yönelik bulgular ile bu araştırmanın bulguları arasında birbirini destekler şekilde bir benzerlik söz konusudur. Çalışmada DKY uygulamalarını gerçekleştirememeye veya tercih etmeme nedenleri arasında finansal kaynak yetersizliği, politik faktörlerin etkisi ve hukuki altyapının yetersizliği altı çizilen gerekçelerdir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’ndeki DKY uygulamaları temel sınırları 4734 sayılı KİK ve 4735 sayılı KİSK tarafından belirlenen bir çerçevede yürütülmektedir. Tamamlayıcı nitelikte tebliğ ve yönetmelikler de yayınlanmıştır. DKY uygulamalarının verimliliği, etkililiği ve kalitesi üzerindeki temel belirleyici güç hastane yönetimlerinden çok öncelikle yasal prosedürlerdir. Kamu sektöründe gerçekleştirilen DKY uygulamaları üzerindeki denetimler önemli ölçüde yasal gerekliliklere uygunluk ile sınırlı durumdadır. DKY uygulamalarının kamu sektöründe hedefe ulaşabilmesi için yasal denetimlere ek olarak sürekli ve düzenli çalışan bir performans ve verimlilik değerlendirme ve kontrol sistemine de ihtiyaç vardır. Buna karşılık olarak da hastane yönetimlerine daha fazla özerklik tanınarak hareket alanları genişletilmelidir. Ülkemizde kamu sektöründeki hastanelerin birlikler şeklinde örgütlenmesi de bu yönde atılan önemli bir adımdır. Bu düzenlemeyle yasal gerekliliklerin yanı sıra performans, verimlilik ve rekabet kavramları da ön plana çıkarılmak istenmektedir.

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde DKY uygulamalarından gereken verimin alınabilmesi, arzu edilen sonuçlara ulaşılabilmesi için finansal yönetim alanında profesyonel düzeyde bilgi birikimine erişmiş, bunun yanı sıra sağlık yönetiminin kendi özgü özelliklerinin bilincinde olan yöneticilere ihtiyaç vardır. Bu yöneticilerin önderlik ettiği ekipte yer alan her bir çalışanın ilgili yasal metinleri sürekli takip etmesi, gerekli durumlarda eğitilmesi de yönetimin sorumlulukları arasındadır.

Türk Sağlık Sektörü’nde DKY uygulamaları ile ilgili araştırmaların artık bir adım öteye taşınması gerekmektedir. Ülke profili ağırlıklı ve kavramsal içerikli, yöneticilerin değerlendirmelerine dayanan çalışmalar bağlamında gerekli birikime ulaşılmıştır. Bu noktadan sonra daha uygulamaya yönelik, belki daha küçük ölçekli ama bahsedilen tüm bu amaç, gerekçe ve sonuçlara erişilip erişilmediğini net biçimde ortaya koyma yönünde katkıda bulunacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, DKY konusundaki sorunsal artık tamamen bir taraf olma ve karşı olma noktasını çoktan geçmiştir. DKY stratejik bir yönetim seçeneği olarak kendisini kamu sağlık sektöründe kabul ettirmiş ve önemli finansal büyüklüklere ulaşmıştır. Burada önemli olan sınırları iyi çizilmiş, amaç ve hedefleri doğru tayin edilmiş, gereklilik ve ihtiyaçlar doğrultusunda sürekli güncellenebilecek şekilde esnek, satın alıcı konumundaki kurumun misyon ve vizyonuna katkıda bulunan, sağlık kurumlarının içini boşaltmayan DKY uygulamaları tasarlayarak hayata geçirebilmektir. Bu gereklilikleri sağlamayan DKY uygulamaları kaynak israfından öteye geçemeyecektir.

Kaynaklar

- 1.AKTAN, C. C. & Özkıvrak, Ö. 2000; “*Hizmetlerin Devlet Tarafından Sunulması ile İhale Yöntemi Aracılığıyla Piyasa Tarafından Sunulması: Performans Karşılaştırmaları*” <http://www.sobiadacademy.net/sobem/ekonomi/ozellestirme/devlet-piyasakarsilastirma/ihale-yontemi-kamu-ozel-karsilastirma.htm> Erişim Tarihi: 28.05.2010
- 2.AKYÜREK, Ç.E. (2013), Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi
- 3.BRISTOL, A. D. (2005), Everyone is; Should Healthcare? Outsourcing: Issues in Strategic Planning, Organizational Culture, and Organizational Ethics, Faculty of The University of Texas Health Science Center at Houston School of Public Health, PhD. Thesis
- 4.BILLI, J.E., C. Pai, D.A. Spahlinger (2004) Strategic Outsourcing of Clinical Services: a model for volume – stressed academic medical centers, Health Care Management Review, 29, s. 291-297.
- 5.BAKAN, İ., H.S Fettahlıoğlu, A.M. Eytmiş (2012) Türkiye’de Dış Kaynak Kullanımında Tedarikçi Seçim Kriterleri ve Sözleşme Şartlarında Dikkat Edilen Hususlar, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 2, s.141-161.
- 6.DIANA, M. L. (2006) Information Technology Outsourcing in U.S. Hospital Systems, Virginia Commonwealth University, Ph.D Thesis
- 7.DOMBERGER, S., S. Rimmer (1994) Competitive tendering and contracting out in the public sector: a survey, International Journal of Economics and Business 1, s.439-453.
- 8.ERGİN, G. (2003) Hastanelerde Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- 9.ERGİN, G., İ. Şahin (2005) Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Çalışma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), s.51-70.
- 10.GÖZÜKÜÇÜK, M.(2010) Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- 11.JANSSENS,S.M., S. Mohaghegh (2005) Outsourcing versus in house provision of sleep diagnostic services, Journal of American Academy of Business, March, s.336-342.
- 12.KARAHAN, A. (2009). Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma), Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12 (21), s. 185-199.
- 13.KOÇEL, T. (2010) *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul
- 14.KITTLESON, M.J. (1997) Determining Effective Follow-Up of E-Mail Surveys, Journal of Health Behavior, May / June, 21 (3), s.143.
- 15.LEVIT, K., C.Smith,, C. Cowan, A. Sensenig, ve A. Catlin (2004) Health Spending Rebound Continues in 2002, Health Affairs 23 (1), s. 147-159.

16. MACINATI, M. S. (2008) Outsourcing in the Italian National Health Service: findings from a national survey, *International Journal of Health Planning and Management*, 23, s.21-36.
17. MOLLAHALİLOĞLU, S., Ş.Kavuncubaşı, H. Gürsöz, İ. Ağırbaş, H.O Arı, H.G. Öncül, R. Akdağ, M.Z. Younis (2009) Outsourcing Profile in the Turkish Health Care System, *Journal of Health Care Finance*, 35(4) s. 74-82.
18. ROBERTS, V. (2001) Managing strategic outsourcing in the healthcare industry, *Journal of Healthcare Management* 46, s.240-249.
19. SHACTMAN, D., S.H Altman, E. Eliat, K.E. Thorpe, ve S. Michael (2003) The Outlook for Hospital Spending, *Health Affairs*, 22 (6), s. 12-26.
20. WILLCOCKS, L. W. Currie, (1997) Contracting – out information technology in public sector contexts: research and critique, *Journal of Australian and New Zealand Academy of Management* 3, s.34-49.
21. YOUNG, S. (2002) Outsourcing and downsizing: processes of workplace change in Public Health, *Economic & Labour Relations Review* 13, s.136-168.
22. YOUNG, S. (2005) Outsourcing in the Australian health sector, *International Journal of Public Sector Management* 18, s.25-36.
23. YOUNG, S., J. Macneil (2000) When performance fails to meet expectations: managers' objectives for outsourcing, *Economic & Labour Relations Review* 11, s. 136-168.
24. YİĞİT, V., A.E. Esatoğlu, C. Aksakal & A. Yiğit 2010; “*Hastane Bilgi Sistemlerinde Tedarikçi Seçimi*”, www.karsid.org.tr/files/HBYS%20Tedarikci%20secimi.pdf, Erişim Tarihi: 06.06.2012

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ

Gülbiye YAŞAR*

ÖZET

Türkiye’de 1990’lı yıllardan bu yana gündemde olan sosyal güvenlik reformu, 2006 yılında mevcut sosyal güvenlik kurumlarının tek bir sosyal güvenlik kurumu çatısı altında toplanması ve 2008 yılında sosyal güvenlik hak ve yükümlülüklerini yine tek bir yasa altında düzenleyen sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesi ile sonuçlanmıştır. Neoliberal politikaların etkisi ile hazırlanan sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesi ile zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Sosyal güvenlik reformunun temel gerekçelerinden biri de sosyal güvenliğin finansman açığı, diğer bir anlatımla mali sürdürülebilirliği sorunudur. Reform ile finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması beklenmektedir.

Çalışma, Türkiye’de sosyal güvenlik finansmanının sürdürülebilirliği konusunu sağlık finansmanının mali sürdürülebilirliği konusu etrafında tartışmaya açmaktadır. Bu kapsamda, kabaca genel sağlık sigortasının gelir ve gider dengesi ele alınacak olmasına rağmen, finansman yükünün kamu ve özel ağırlığı da çalışma boyunca sorgulanacaktır. Hem yeterli gelir oluşturamama hem de artan sağlık harcamaları sorunlarını bir arada yaşayan sistemde yeterli gelir oluşturulamaması kapsamında; ekonomik büyüme, istihdamın yapısı ve durumu, vergi yapısı, gelir dağılımı ve yoksulluk ile primlere ilişkin her tür düzenleme ve uygulamanın (prime esas ücret düzeyinin düşüklüğü, prim tahsilatı sorunu, aktif pasif oranının düşüklüğü ve prim afları gibi) gelirleri ne yönde etkilediği ortaya konacaktır. Öte yandan gider artışı sorununda kalkınma düzeyi, demografik yapı, sağlık güvencesi kapsamı ile sağlık politikaları ve sağlık harcamaları etkili olmakla birlikte, çalışma kapsamında yalnızca sağlık güvencesi kapsamı ile sağlık harcamalarının artışı tartışmaya açılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Genel sağlık sigortası, genel Sağlık Sigortası ve mali sürdürülebilirlik, mali sürdürülebilirlik

*Doç.Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, gulbiyey@gmail.com

FINANCIAL SUSTAINIBILITY OF GENERAL HEALTH INSURANCE

ABSTRACT

Social security reform has been on the agenda in Turkey since 1990s when two different social security acts were adopted in 2006 and 2008. The first one was aimed to get all the social security funds under a single roof; the second one was about the responsibilities and rights on social security. The second act was introduced general health insurance system for Turkey. One of the reasons of the social security reform in Turkey was debts of social security funds, on the other words the sustainability problem of social security funds. After the reform it was expected that the debts will be abolished, therefore their negative effects to the economy in general will not be a problem anymore.

The study aims to analyse the sustainability of social security in Turkey in the line with the sustainability of general health insurance system in Turkey. In this framework the balance of income and expenses of general health insurance system will be evaluated. In addition the share of public and private resources is considered throughout the study. The system has problems both on gathering enough resources and increasing health expenditures. Growth of the economy, employment structure and status, tax structure, income distribution and poverty, and some regulations and applications about premiums will be evaluated in terms of the potential of gathering enough resources for general health insurance system in Turkey. On the other hand although development level, demographic structure, health insurance coverage, health policies, and health expenditures are related with the spending side only health insurance coverage and health expenditures will be evaluated in terms of the expenses side in this study.

The study concludes that there is a sustainability problem on general health insurance system in Turkey and both the resources and expenses sides have some reasons of it.

Key words: *General health insurance, general health insurance and financial sustainability, financial sustainability,*

1. Giriş

Sosyal politikanın önemli bir aracı olan sosyal güvenlik, toplumsal risklere karşı koruma sağlama amacını taşımaktadır. En önemli sosyal risklerden biri de hastalık riskidir. Sağlık güvencesi, hastalık riskinden ötürü hem harcaması artan hem de geliri veya kazancı sürekli veya geçici olarak kesilmiş kişilerin geçim ve yaşama gereksinimlerini karşılayan ve bireyleri tekrar sağlıklarına kavuşturmak amacıyla gerekli finansal desteği sağlayan bir sistem olarak tanımlanmaktadır.

Özetle temel amacı hastalık riskine karşı finansal koruma sağlamak olan sağlık finansmanı, dünya gündemindeki önemini korumaktadır. Bu kapsamda Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık güvencesinin herkese yaygınlaştırılması için küresel kampanyalar yürütmektedirler. Öte yandan başta küresel ekonomik kriz olmak üzere son on yıllardır gündemde olan neoliberal politikalar, refah devleti kazanımlarından olan sağlık güvencesi politikalarında da etkili olmuş, sağlık finansmanının sürdürülebilirliği sorununu gündemde tutarak kullanıcı katkıları ile hastalığın finansal yükünü her geçen gün bireylere yüklemeyi başarmıştır.

Çalışma, Türkiye’de sosyal güvenlik finansmanının sürdürülebilirliği konusunu sağlık finansmanının mali sürdürülebilirliği konusu etrafında tartışmaya açmaktadır. Bu kapsamda, kabaca genel sağlık sigortasının gelir ve gider dengesi ele alınacak olmasına rağmen, finansman yükünün kamu ve özel ağırlığı da çalışma boyunca sorgulanacaktır. Hem yeterli gelir oluşturamama hem de artan sağlık harcamaları sorunlarını bir arada yaşayan sistemde yeterli gelir oluşturulamaması kapsamında; ekonomik büyüme, istihdamın yapısı ve durumu, vergi yapısı, gelir dağılımı ve yoksulluk ile primlere ilişkin her tür düzenleme ve uygulamanın (prime esas ücret düzeyinin düşüklüğü, prim tahsilatı sorunu, aktif pasif oranının düşüklüğü ve prim afları gibi) gelirleri ne yönde etkilediği ortaya konacaktır. Öte yandan gider artışı sorununda kalkınma düzeyi, demografik yapı, sağlık güvencesi kapsamı ile sağlık politikaları ve sağlık harcamaları etkili olmakla birlikte, çalışma kapsamında yalnızca sağlık güvencesi kapsamı ile sağlık harcamalarının artışı tartışmaya açılacaktır.

2. Sağlık Finansmanının Amaçları

DSÖ ve uluslararası yazın sağlık finansmanının temel hedeflerini;

- herkese sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak,
- sağlık hizmetleri finansmanında adaleti sağlamak ve gelirin yeniden dağıtılmasına katkı yapmak,
- sağlık hizmetleri finansmanında verimliliği ve sürdürülebilirliği sağlamak olarak sıralamaktadır (Lee and Goodman, 2002; WHO, 2000).

3. Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik

Sağlık finansmanını etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenler durumsal, yapısal, çevresel - politik ve kültürel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu bağlamda sürdürülebilirlik; mali sürdürülebilirlik, sosyal sürdürülebilirlik, politik sürdürülebilirlik gibi adlar almaktadır. Son yıllarda en çok gündemde olan konu mali sürdürülebilirliktir.

Mali sürdürülebilirlik ekonominin yapısı ile doğrudan ilişkilidir. Ekonomik büyüme, enformel sektörün büyüklüğü, emek gelirinin sermaye gelirin oranı, işgücüne katılım oranı, istihdam şekli, sendikalaşma oranı, sermaye hareketliliği, gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ağır borç yükü gibi ekonominin durumu ve işgücü piyasası ile ilgili özellikler finansmanın sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Öte yandan demografik etmenler sürdürülebilirliği tehdit eden diğer önemli etmenlerden biridir.

4. Sağlık Finansmanında Mali Sürdürülebilirlik

Sağlık finansmanında mali sürdürülebilirliği, sağlık sistemi gelirlerinin sağlık sistemi yükümlülüklerini karşılayabilmesi olarak tanımlamak mümkündür.

Sağlık finansmanında mali sürdürülebilirlik sıklıkla ekonomik sürdürülebilirlik ile karıştırılmaktadır. Sağlıkta ekonomik sürdürülebilirlik, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki düzeyi ve büyüme oranı ile ilişkilidir. Sağlıkta ekonomik sürdürülebilirliği önemlidir, nitekim, sağlığa ayrılan her bir kuruş eğitim, sosyal güvenlik,

ulusal güvenlik, adalet vb. diğer alanlara bir kuruluş daha az kaynak ayrılmasına neden olmaktadır.

Ekonomik durgunluk veya daralma dönemlerinde, sağlık harcamalarının GSYH'daki artışı ekonomik sürdürülebilirliği tehlikeye atacağı için diğer ekonomik alanlara yapılacak harcamaları tehdit etme eğilimi taşır. Öte yandan, ekonominin büyüdüğü dönemlerde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeden daha yüksek bir oranda artması, diğer alanların daralmasına neden olmayabilir. Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde yapılan projeksiyonlar, GSYH arttığı sürece sağlık harcamaları artışının sorun olmayacağını göstermektedir (Thomson et al, 2009).

Sağlık harcamalarının mali sürdürülebilirliği yalnızca kamu sağlık harcamaları ile ilişkili olup, özel sağlık sektörü için cepten yapılan sağlık harcamalarını kapsamaz. Hükümet sağlık sistemi için belirlenmiş yasal yükümlülüklerini yerine getirmek için yeterli kaynak sağlayamamaya veya sağlama konusunda isteksiz davranmaya başladığında, mali sürdürülebilirlik sorunu ortaya çıkar. Mali sürdürülebilirlik sorunu için genel olarak üç çözüm önerisi gündeme getirilmektedir:

(1) Kamu kaynaklarını sağlık sistemi yükümlülüklerini yerine getirebilecek düzeyde artırmak;

(2) Sağlık sistemi yükümlülüklerini mevcut kaynaklarla karşılayabilecek düzeye kadar azaltmak;

(3) Sağlık sistemi kapasitesini kaynakları değere dönüştürecek düzeye kadar artırmak (Thomson et al, 2009).

Hükümetler, kamu kaynaklarını sağlık sistemi yükümlülüklerini yerine getirebilecek düzeyde artırma önerisini yerine getirme konusunda bazı engellere sahip olabilirler. Öncelikle Hükümetler vergiyi benimsetme ve toplama konusunda teknik sıkıntı yaşayabilirler. Özellikle enformel sektörün ve bağımsız çalışmanın yoğun olduğu ekonomilerde böyle bir sorunun ortaya çıkması kuvvetle muhtemeldir. Ayrıca sağlık finansmanı için toplanan gelirler birçok AB ülkesi ve Türkiye'de olduğu üzere istihdamla ilişkili ise, primlerin artırılması işgücü piyasasını ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Hükümetlerin, sağlık sistemi yükümlülüklerini mevcut kaynaklarla karşılayabilecek düzeye kadar azaltma çözümüne başvurması, sağlık güvencesi kapsamını azaltmak anlamına gelmektedir. Burada kapsamın dört boyutundan söz etmek mümkündür. Bunlar;

- klinik hizmetlerle ilişkili olmayan kalite kapsamı (tesisler, hizmete erişim süresi vb),
- sistemin kapsayıcılığı (kapsanan nüfus oranı),
- kapsamın derinliği (güvence kapsamında sunulan hizmetlerin maliyetlerinin ne kadarının karşılandığı) ve
- kapsamın genişliğidir (güvence kapsamında sunulan hizmetlerin çeşitliliği).

Hükümetler sistemin kapsayıcılığını iki şekilde daraltabilirler. Birincisi hizmete erişim için ihtiyaç tespiti yapılması, ikincisi ise belli gruplara, zorunlu veya gönüllü olarak, kapsam dışında kalma tercihinde bulunma hakkı tanınması. Her iki tercihin de kamu finansmanı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Sadece yoksul olanların ihtiyaç testi yoluyla hizmetten yararlanması durumunda hizmet kalitesinin düşme riski vardır. Belirli gelir gruplarına gönüllü olarak sistem dışında kalma tercihi verildiğinde, bu gruplar genellikle gelir

düzeyi daha yüksek ve daha sağlıklı olan gruplar olacağından, hem sistemin finansmanı sıkıntıya düşebilecek hem de hizmet kalitesi bozulabilecektir.

Kapsamın derinliğini azaltma, güvence kapsamında sunulan hizmetler için kullanıcı katkısı koyma veya kullanıcı katkılarını genişletme yoluyla gerçekleştirilebilir. Bu durum kapsamdaki hizmetlerin bir kısım maliyetini hasta bireylere aktarmak anlamına gelir. Bu nedenle kullanıcı katkılarının sağlık durumuna olumsuz bir etkisi vardır ve daha yoksulları orantısız bir biçimde daha çok etkilemektedir.

Güvence kapsamında olan hizmetlerin çeşitliliği de iki şekilde azaltılabilir. Birincisi mevcut sistemde güvence kapsamında olan hizmetleri güvence kapsamı dışına çıkarma, ikincisi ise yeni tedavi tekniklerini güvence kapsamına almamadır.

Sağlık sistemleri değer üretme konusunda başarılıdırlar. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkı sağladığını gösteren birçok araştırma bulunmaktadır. Buna rağmen sağlıkta büyük bir israf olduğu da ortadadır. Yapılan araştırmalar daha fazla sağlık harcamasının daha iyi sağlık sonuçları doğurduğunu doğrulamamaktadır. ABD sağlık harcamaları GSYH'sinin %17,7'sine ulaşmıştır (OECD, 2013:159), buna rağmen sağlık güvencesi kapsamında olmayan 50 milyondan fazla kişi bulunmaktadır. ABD, Avrupa ülkelerinin GSYH'lerinde sağlığa ayırdıkları payın 1.5 - 2 katı sağlık harcaması yapmasına rağmen, önlenebilir ölüm oranlarının ABD'de daha yüksek olduğu gözlenmektedir (Thomson et al, 2009: 12-14).

Avrupa Birliği Konseyi, sağlık hizmetleri finansmanında sürdürülebilirliğin sağlanmasının önemli olduğunu vurgularken, bu amaca ulaşmak için alınacak önlemlerin veya gerçekleştirilecek reformların herkese sağlık güvencesi sağlama ilkesi, finansmanda dayanışma, sağlık hizmetlerine erişimde adalet ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumundan feragat edilmemesi gerektiğini belirtmektedir. Oysa, kapsamın daraltılmasının bütün bu ilkeleri olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Bu nedenle kapsamın daraltılması finansal sürdürülebilirlik için bir çözüm yolu olarak düşünülmemelidir.

5. Türkiye'de Sağlık Finansman Kaynakları

Türkiye'de sağlık finansmanın dört temel kaynağı bulunmaktadır: Vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri ve cepten ödemeler.

Türkiye'de toplam sağlık harcamaları finansmanının en önemli kaynağını sosyal güvenlik kapsamında yapılan harcamalar oluşturmaktadır. 1999 tarihinde cari fiyatlarla 4.985 milyon TL olan toplam sağlık harcamaları içerisinde %32,4 oranında yer kaplayan sosyal güvenlik kaynakları, toplam sağlık harcamalarının 76.358 milyon TL'ye ulaştığı 2012 tarihinde %54,5'e yükselmiştir (Tablo 1).

İkinci sırada 1999 yılında %28,7 oranında yer alan, 2012 yılında ise %22,3'e gerilemiş olan vergiler bulunmaktadır. Vergi ve fonların sağlık finansmanındaki ağırlığı 1992-1998 yılları arasında %46 - %40 aralığında seyretmiş olmasına rağmen (Tokat, 1998 ve 2001), son yıllarda önemli oranda gerilemiştir.

Üçüncü sırayı hane halkları tarafından yapılan cepten harcamalar almaktadır. 1999 yılında %29,1 olan cepten sağlık harcamalarının oranı 2008 yılında %17,4'e, 2012 yılında ise %15,4'e gerilemiştir. Ancak bu gerileme yalnızca oransal düzeyde gerçekleşmiştir. Oransal gerilemenin nedeni 1999-2012 tarihleri arasında cari fiyatlarla toplam sağlık harcamalarındaki



artışın cepten sağlık harcamalarındaki artıştan daha fazla olması ile açıklanabilir. Nitekim Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 1999 yılında 1,4 milyar TL civarında olan hane halkı cepten sağlık harcaması 2012 yılında 11,7 milyar TL'ye ulaşmıştır. Ayrıca 1999 yılında 23 TL olan kişi başı cepten sağlık harcaması, 6,8 katlık bir artışla 2012 yılında 157 TL olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları, 1999 - 2012 (Milyon TL, %)

Finansman Kaynağı	1999	%	2003	%	2008	%	2010	%	2012	%
Merkezi Devlet	1.274	25.5	6.317	26.0	15.948	27.6	17.209	27.9	16.348	21.4
Yerel Devlet	158	3.2	482	2.0	865	1.5	577	0.9	662	0.9
Sosyal Güvenlik	1.616	32.4	10.662	43.9	25.346	43.9	30.695	49.7	41.630	54.5
Genel Devlet Toplam	3.048	61.1	17.462	71.9	42.159	73.0	48.482	78.6	58.640	76.8
Hane halkları	1.449	29.1	4.482	18.5	10.036	17.4	10.062	16.3	11.750	15.4
Diğer özel	488	9.8	2.335	9.6	5.545	9.6	3.134	5.1	5.968	7.8
Özel Sektör Toplam	1.937	38.9	6.817	28.1	15.580	27.0	13.196	21.4	17.718	23.2
Genel Toplam	4.985	100	24.279	100	57.740	100	61.678	100	76.358	100
Top.Sağ.Harc./GSYH, %	4,8	-	5,3	-	6,1	-	5,6	-	5,4	-

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları verilerinden oluşturulmuştur.

TÜİK harcamalara göre GSYH verileri de, ailelerin toplam tüketim harcamaları içinde sağlığa yaptıkları harcamaların payının 1998 yılında % 2,6 iken sonraki yıllarda düzenli olarak artarak (2011 yılındaki % 0,4 puanlık gerileme hariç) 2012 yılında % 5,6'ya ulaştığını göstermektedir. 1998 yılında 1 milyar 283 milyon olan sağlık harcamalarının aile tüketim harcamaları içindeki miktarı, 2012 yılında cari fiyatlarla 32 milyar 593 milyon TL'ye, sabit fiyatlarla ise 4 milyar 600 milyon TL'ye ulaşmıştır.

Türkiye’de Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Yasası, “...nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti sunumunu finanse etmek...” amacıyla 1 Ekim 2008 tarihinde tam olarak yürürlüğe girmiştir (Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2011; Yenimahalleli Yaşar, 2011b).

Türkiye’de GSS sistemi, finansmanın üç temel işlevini (gelir oluşturma, fon havuzlama ve ödeme yapma) bir arada yürüten bir yapıya sahiptir. SSGSS Yasası’ndan önce Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Yasası ile 2006 yılında mevcut sağlık güvencesi programları (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) bir çatı altında toplanmıştır. SSGSS Yasası ile mevcut güvence programları kapsamında olanların yanı sıra, güvence kapsamı dışında kalan işsizlik sigortası dışındaki işsizler, isteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış yabancılar ile Yasa’nın 60. maddesinde sayılmayan diğer kişiler de primleri kendilerince ödenmek kaydıyla kapsam altına alınmıştır. Primleri kendileri tarafından ödenmek suretiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sunmayı amaçlayan bu düzenleme, sigortaya erişimi formel istihdam ile bağlantılı olmaktan çıkarmıştır.

GSS sisteminin en temel geliri primlerdir. GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın % 5’i sigortalı, % 7,5’i işveren katkısı olmak üzere % 12,5’idir. Yalnızca GSS’na tabi olanların primi ise, prime esas kazancın % 12’sidir. Devlet prime esas kazancın % 3’ü oranında katkıda bulunmaktadır.

1 Ocak 2012 tarihinden itibaren bazı istisnalar dışında zorunlu GSS uygulamasına geçilmiştir. Buna göre; SSGSS Yasası ile çeşitli gerekçelerle kapsam dışında bırakılan küçük bir grup dışında, GSS kapsamına alınan herkes, zorunlu olarak prim ödemeye başlamıştır. Bu kapsamda kayıtlı olarak çalışanlar ve SGK’dan gelir ve aylık almakta olanlar ile bunların

bağımlıları dışında kalan herkes primini kendisi ödemek zorundadır. Primleri yalnızca kendileri tarafından ödenecek bu kişilerin ödeyecekleri prim miktarının tespit edilmesi için gelir testi uygulaması başlatılmıştır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı verilerine göre 11,4 milyon kişinin primi devlet tarafından ödenmektedir. Kişi başı aylık geliri brüt asgari ücretin üçte biri ile brüt asgari ücret arasında olan yaklaşık 4,4 milyon kişi aylık 45,36 TL, kişi başı aylık geliri brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında olan yaklaşık 476 bin kişi aylık 136,08 TL ve kişi başı aylık geliri brüt asgari ücretin iki katından fazla olan yaklaşık 88 bin kişi aylık 272,16 TL GSS primi ödemek zorundadır.

Sistemin ikinci temel kaynağını kullanıcı katkıları ve ilave ücretler gibi diğer cepten ödemeler oluşturmaktadır. Katılım payları; Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yetkilendirilmiş ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, vücut dışı protez ve ortezler, yardımcı üreme yöntemi tedavileri için alınmaktadır. Ayrıca reçete bedelleri, ilave ücretler, istisnai sağlık hizmeti ücretleri gibi katılım payları da bulunmaktadır.

6. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Mali Sürdürülebilirlik

Mali sürdürülebilirliğe geçmeden önce sıklıkla karıştırılan ekonomik sürdürülebilirliğe ilişkin birkaç açıklama yapmak yararlı görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki düzeyi ve büyüme oranı ile ilişkilendirilen ekonomik sürdürülebilirliğin Türkiye için önemli bir sorun olmadığı düşünülmektedir. Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH içindeki düzeyinin, 2011 yılında % 5,3 ile OECD ülkeleri ortalaması olan % 9,3’ün yalnızca %57’si kadarıdır (Şekil 4).

Öte yandan, OECD ülkelerinde 2000-2009 arasında kişi başı reel sağlık harcamalarında yıllık artış % 4 oranında iken Türkiye’de % 6,3 düzeyindedir (Yılmaz, 2012). Artış eğilimi devam ederse aradaki farkın kapanma olasılığı yüksektir.

Tablo 2: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve Kişi Başı GSYH Sonuçları (2001-2012) (Milyon)

Dönem	Cari fiyatlarla GSYH (TL)	Gelişme hızı %	Sabit fiyatlarla (1998) GSYH (TL)	Gelişme hızı %	Cari fiyatlarla kişi başına GSYH (TL)	Geliş. hızı %	Sabit fiyatlarla (1998) Kişi başına GSYH	Geliş. hızı %
2013	1.561.510	10,2	122.388	4,0				
2012	1.416.817	9,2	117.754	2,2	18.927	7,9	1.573	1,0
2011	1.297.713	18,1	115.175	8,8	17.549	16,6	1.557	7,4
2010	1.098.799	15,4	105.886	9,2	15.051	13,8	1.450	7,7
2009	952.559	0,2	97.003	-4,8	13.221	-1,1	1.346	-6,1
2008	950.534	12,7	101.922	0,7	13.370	11,3	1.434	-0,6
2007	843.178	11,2	101.255	4,7	12.009	9,9	1.442	3,4
2006	758.391	16,9	96.738	6,9	10.929	15,5	1.394	5,6
2005	648.932	16,1	90.500	8,4	9.464	14,7	1.320	7,1
2004	559.033	22,9	83.486	9,4	8.255	21,4	1.233	8,0
2003	454.781	29,8	76.338	5,3	6.801	28,1	1.142	3,9
2002	350.476	45,9	72.520	6,2	5.310	44,0	1.099	4,8
2001	240.224	44,1	68.309	-5,7	3.688	42,2	1.049	-7,0

Kaynak: Üretim yöntemi ile hesaplanmış GSYH olup TÜİK verilerinden oluşturulmuştur.

Tablo 2 Türkiye'nin son 12 yıllık GSYH durumunu yansıtmaktadır. 2012 yılının GSYH artış hızı %2,2 olarak gerçekleşmiştir. 2001 ve 2009 yıllarındaki daralma dönemleri dikkate alınmadığında ortalama % 6 gibi bir büyüme oranı söz konusudur. 2010 ve 2011 yıllarındaki %9'luk gelişme hızı, 2012 yılında %2,2'ye gerilemiş, 2013 yılında ise ufak bir artışla %4'e çıkmıştır. Büyümedeki bu yavaşlama, sağlık harcamaları artışının ekonomik sürdürülebilirlik bakımından sorun yaratabileceğini göstermektedir.

6.1. Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir – Gider Dengesi

Türk sosyal güvenlik sisteminde yakın dönemde gözlenen dönüşüm, sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının ekonomi üzerinde yarattığı olumsuz etkileri ortadan kaldırmayı hedeflemesine rağmen, SGK büyük açıklar vermeye devam etmektedir (Tablo 3). (Yenimahalleli Yaşar, 2011c; Yenimahalleli Yaşar, 2011d).

SGK verilerine göre Kurum kriz yılı olan 2009 yılında yaklaşık 29 milyar TL, 2013 yılında ise yaklaşık 19,7 milyar TL açık vermiştir. Kurumun gelirlerinin giderlerini karşılama oranı, son yıllarda artış eğiliminde olup, 2013 yılında % 89,2 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 3). 2011 yılındaki %10'luk artışta prim aklarından elde edilen bir defalık gelirlerin önemli bir payı bulunduğu öne sürülmektedir (Yılmaz, 2012).

Tablo 3: SGK'nın Gelir ve Gider Dengesi, 2000-2013

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı	Giderler	Artış Oranı	Açık	Bin TL Gelirlerin giderleri karş. oranı %
2000	8.575.831	-	10.987.036	-	-2.411.206	78,1
2001	13.360.579	55,8	17.830.745	62,3	-4.470.166	74,9
2002	20.018.189	49,8	27.982.464	56,9	-7.964.275	71,5
2003	27.916.539	39,5	41.336.077	47,7	-13.419.538	67,5
2004	34.689.248	24,3	50.621.622	22,5	-15.932.374	68,5
2005	41.249.438	18,9	59.941.373	18,4	-18.691.935	68,8
2006	53.830.886	30,5	71.867.475	19,9	-18.036.589	74,9
2007	56.874.830	5,7	81.915.401	14,0	-25.040.571	69,4
2008	67.257.484	18,3	93.159.462	13,7	-25.901.978	72,2
2009	78.072.788	16,1	106.775.443	14,6	-28.702.655	72,8
2010	95.273.183	22,0	121.997.301	14,3	-26.724.118	78,1
2011	124.479.836	30,7	140.714.602	15,3	-16.234.766	88,5
2012	142.928.505	14,8	160.223.453	13,9	-17.294.948	89,2
2013	163.014.000	14,0	182.689.000	14,0	-19.675.000	89,2

Kaynak: SGK 2014 Nisan Ayı Mali İstatistiklerinden oluşturulmuştur.

SGK açıklarının en önemli nedenleri emekli aylığı ödemeleri ile sağlık ödemelerindeki artıştır (Tablo 4). Öte yandan prim gelirleri ekonomideki dalgalanmalardan önemli oranda etkilenmektedir. Örneğin 2009 yılındaki prim geliri artışı yalnızca %0,1'dir. Bu nedenle prim gelirlerinde istikrar bulunmamaktadır. Yalnızca prim gelirleri dikkate alındığında, gelirlerin sadece emekli aylıklarının bile karşılama yetmediği, prim gelirlerinin emekli aylıkları ve sağlık harcamalarını karşılama oranının dalgalı bir seyir izleyerek 2013 yılında %70,2'ye ulaştığı görülmektedir. Bu oran kriz yılı olan 2009 yılında %56'ya kadar düşmüştür (Tablo 4).

Ayrıca borçların silinmesi ve tahakkuk etmeyen borçların bulunması mali riski artırmaktadır. Yılmaz'a göre, 2006-2008 döneminde yaklaşık 3 milyar TL SGK borcu silinmiş, 2008 yılında 2 milyar TL'ye yakın döner sermaye alacağı SGK hesaplarına tahakkuk ettirilmemiş, toplamda ise 7 milyar TL'nin üzerinde kamu sağlık alacağı silinmiştir (Yılmaz, 2012).

Tablo 4: SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri, 2000-2013

Bin TL

YIL	Devlet katkısı haric prim gelirleri	Değişim oranı %	Emekli aylığı ödemeleri	Sağlık ödemeleri	Toplam ödeme	Prim gel.'nin emekli ayl. ve sağlık öd. Karşılamaor.
2000	6.575.348	-	6.756.700	2.633.552	9.390.252	70,0
2001	9.739.521	48,1	10.696.600	4.575.995	15.272.595	63,8
2002	14.821.913	52,2	16.687.400	7.629.027	24.316.427	61,0
2003	21.178.426	42,9	25.174.200	10.661.718	35.835.918	59,1
2004	27.423.790	29,5	30.660.700	13.150.129	43.810.829	62,6
2005	30.882.405	12,6	38.537.100	13.607.884	52.144.984	59,2
2006	41.619.875	34,8	45.075.855	17.666.674	62.742.529	66,3
2007	44.051.677	5,8	52.311.728	19.983.613	72.295.341	60,9
2008	54.546.453	23,8	59.136.539	25.345.913	84.482.452	64,6
2009	54.579.182	0,1	68.603.978	28.810.684	97.414.656	56,0
2010	66.912.858	22,6	78.957.499	32.508.833	111.466.382	60,0
2011	89.560.568	33,8	91.615.378	36.541.981	128.157.359	69,9
2012	99.359.243	10,9	105.293.799	44.110.561	149.404.360	66,5
2013	118.728.578	19,5	119.161.662	49.888.693	169.050.355	70,2

Kaynak: SGK 2014 Nisan Ayı Mali İstatistiklerinden oluşturulmuştur.

SGK'nın açıkları bütçe aktarımları yoluyla karşılanmaktadır. 2013 verilerine bakıldığında bütçeden SGK'ya 71 milyar TL'nin üzerinde kaynak aktarıldığı görülmektedir. Bu rakam GSYH'nin %4,56'sına denk düşmektedir. 2009-2010 kriz yıllarında bu oran %5-5,5'a kadar çıkmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: SGK'na Yapılan Bütçe Aktarımları ve GSYH İçindeki Payı, 1998-2013

Bin TL

Yıllar	SGK'na Yapılan Bütçe Aktarımları Toplamı	GSYH İçindeki Payı (%)
1998	1.496.000	2,13
1999	2.936.145	2,81
2000	3.226.460	1,94
2001	5.523.000	2,30
2002	9.684.000	2,76
2003	15.883.617	3,49
2004	18.830.000	3,37
2005	23.322.000	3,59
2006	22.892.000	3,02
2007	33.060.313	3,92
2008	35.016.403	3,68
2009	52.599.691	5,52
2010	55.244.258	5,01
2011	52.772.218	4,12
2012	58.728.293	4,15
2013	71.263.763	4,56

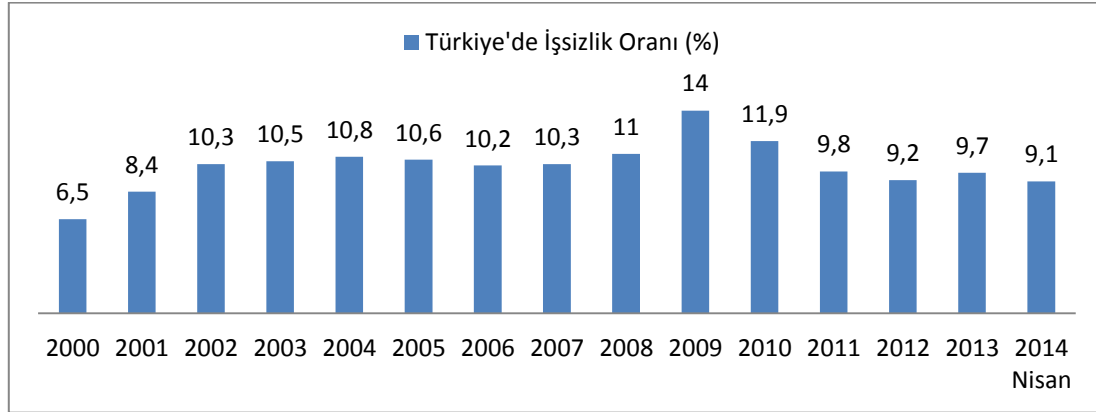
Kaynak: SGK 2014 Nisan Ayı Mali İstatistiklerinden oluşturulmuştur.

6.2. Türkiye’de Sağlık Finansmanı İçin Yeterli Gelir Oluşturmayı Engelleyen Etmenler

Türkiye’de sağlık finansmanı için yeterli gelir oluşturmayı engelleyen etmenler kapsamında istihdamın yapısı ve durumu, vergi yapısı, gelir dağılımı ve yoksulluk ile primlere ilişkin düzenlemeler ele alınacaktır.

İstihdamın Yapısı ve Durumu:

Türkiye’de işgücü piyasasının yapısal sorunları, sosyal güvenlik için olduğu üzere sağlık finansmanı için de gelir oluşturmayı ve sürdürmeyi olumsuz yönde etkileyen en önemli etmenlerdendir. Türkiye’de “istihdam yaratmayan büyüme” olgusunun varlığı nedeniyle işsizlik son 10 yıldır %10 sınırında seyretmektedir (Şekil 1). TÜİK verilerine göre 2014 yılı Nisan ayında yaklaşık 2,6 milyon kişi işsizdir. Bu dönem için işsizlik oranı % 9,1 olarak açıklanmıştır. Ancak eksik istihdam, mevsimlik çalışma, cesareti kırılıp işgücü piyasasından çekilenler gibi kategoriler dikkate alındığında gerçek işsizlik oranının %20'lere ulaştığı gözlenmektedir. Aynı dönem için genç nüfusta işsizlik oranı % 15,5 ile işsizlik oranının iki katına yaklaşmaktadır.



Şekil 1: Türkiye’de İşsizlik Oranı, 2000-2014 Nisan, (%)

Kaynak: TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketleri verilerinden üretilmiştir.

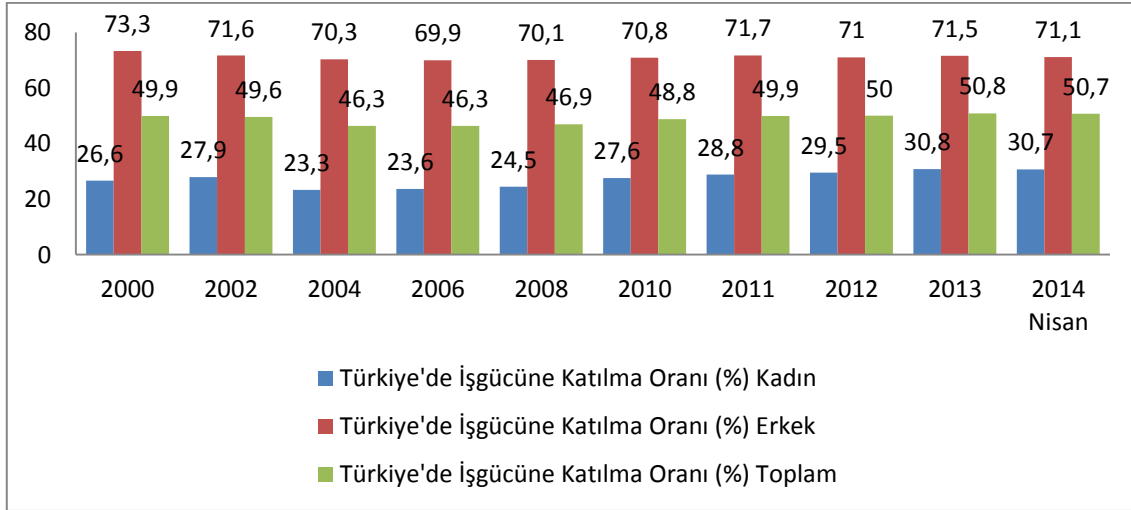
Türkiye’de işgücüne katılım oranı da çok düşüktür. Türkiye’de çalışma çağındaki nüfusun yaklaşık yarısı işgücüne katılmaktadır (Şekil 2). Türkiye’de 2014 yılı Nisan ayında işgücüne katılım oranı %50,7 ile 2013 yılı ortalaması ile neredeyse aynı oranda (%0,1’lik gerileme ihmal edilecek olursa) gerçekleşmiştir. Türkiye’de çalışma çağında bulunan yaklaşık 56,8 milyon kişinin 28,8 milyonu işgücüne katılmakta, 28 milyonu ise işgücü piyasası dışında kalmaktadır. Erkeklerde işgücüne katılım oranı 2014 yılı Nisan ayında bir önceki yıla oranla 0,4 puan azalarak %71,1 olarak gerçekleşirken, kadınlarda 0,1 puan azalış ile %30,7 olarak gerçekleşmiştir.

Dünyada işgücüne katılım oranı ekonomik krizin başladığı yıl olan 2009 yılında bile %64,7’dir. Bu oran erkeklerde %77,7 ile Türkiye’deki rakama yakın iken, kadınlarda %51,6 ile Türkiye’deki oranın iki katına yakındır (ILO, 2010a:61).

Çalışma çağında bulunup da işgücüne katılmayan bireylerin bir kısmı sistemden sigortalı bireylerin bağımlısı olarak yararlanmaktadır.

Türkiye’de toplam istihdamın yaklaşık yarısını, ücretli istihdamın üçte birini oluşturan kayıt dışı istihdam, çalışma yaşamının işsizlikten sonra gelen ve SGK gelirlerini engelleyen

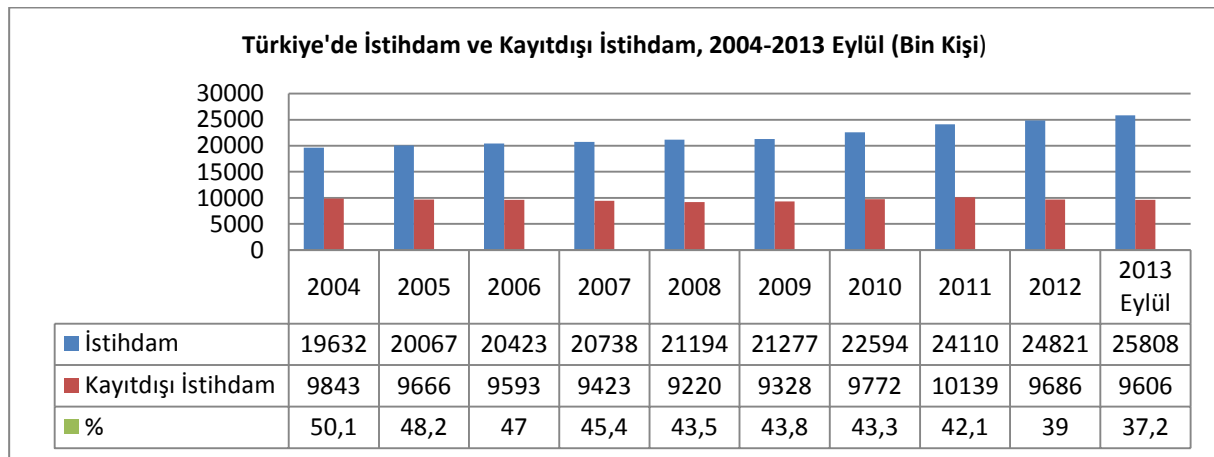
en önemli sorunlarından. 2000’li yılların ilk yarısında kayıt dışı istihdam yaklaşık olarak istihdamın yarısını oluştururken, 2004 yılından itibaren sürekli bir gerileme göstermiştir (Şekil 3). 2013 Eylül ayında 9.606 bin kişi ile istihdamın %37,2’sine gerileyen kayıt dışı istihdam, bir önceki yıla göre % 1,8’lik bir gerileme göstermiştir.



Şekil 2: Türkiye’de İşgücüne Katılım Oranı, 2000-2014 Nisan, %

Kaynak: TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketi verilerinden üretilmiştir.

ILO, 2008 yılından bu yana etkileri devam eden küresel ekonomik kriz nedeni ile bazı gelişmekte olan ülkelerde arzulanmadığı halde eksik çalışma ve kayıt dışı çalışmanın yaygınlaştığını vurgulamaktadır (ILO, 2010b ve 2010c).



Şekil 3: Türkiye’de İstihdam ve Kayıtdışı İstihdam, 2004-2013 Eylül (Bin Kişi)

Kaynak: TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketi verilerinden üretilmiştir.

Vergi Yapısı:

Türkiye vergi toplama sorunu yaşayan bir ülkedir. OECD ülkelerinde ortalama %26,7 olan vergi gelirlerinin GSYH içerisindeki payı Türkiye için yalnızca %19’dur (Yılmaz, 2012). Bu nedenle toplam vergi gelirlerinin yaklaşık %70’i tüketim üzerinden alınan adaletsiz



dolaylı vergilerden oluşmaktadır. Türkiye’de her türlü vergi ve prim affı uygulamalarına sık sık başvurulması yeterli ve düzenli vergi geliri toplanmasını engellemektedir.

Gelir Dağılımı ve Yoksulluk:

Türkiye’de 2012 yılında eşdeğer hane halkı kullanılabilir gelirlere göre oluşturulan yüzde yirmilik gruplarda, en yüksek gelire sahip son gruptakilerin toplam gelirden aldığı pay %46,6 iken, en düşük gelire sahip ilk gruptakilerin toplam gelirden aldığı pay %5,9’dur. 2007 ve 2008 yıllarında ilk dört yirmilik dilimin toplam gelirden aldığı pay küçük de olsa artmaya başlamışken (2007 yılında dördüncü dilim hariç), 2009 yılında her dört dilimde de küçük oranlarda gerilemeler gözlenmektedir. 2010 yılında ilk dört grupta tekrar küçük iyileşmeler mevcuttur. 2011 ile kıyaslandığında 2012 yılında en düşük gelire sahip ilk yüzde yirmilik grup ile üçüncü yüzde yirmilik grubun oranlarında sadece % 0,1’lik artışlar görülürken (sırasıyla % 5,8’den % 5,9’a ve %15,2’den %15,3’e) , ikinci ve dördüncü yüzde yirmilik grupların oranlarında herhangi bir değişiklik gözlenmemektedir (sırasıyla % 10,6 ve % 21,7). 2012 yılında en yüksek gelire sahip yüzde yirmilik grubun payında sadece % 0,1’lik bir gerileme (% 46,7’den % 46,6’ya) söz konusudur. 2010 yılında 0.402 iken 2011 yılında 0.404’e çıkmış olan Gini katsayısı, 2012 yılında tekrar 0,402 seviyesine gerilemiştir. 2010 yılından bu yana en yüksek gelir grubuna sahip son yüzde yirmilik grubun toplam gelirden aldığı pay, ilk yüzde yirmilik gruba göre 8 kat fazladır.

TÜİK verilerine göre, 2009 yılında Türkiye’de bireylerin yaklaşık %0,48’i (339 bin kişi) sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, %18,08’i (12 milyon 751 bin kişi) ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. 2008 yılında bu oranlar sırasıyla %0,54 ve %17,11’dir. Yoksulluk sınırının altında yaşayanlar bir önceki yıla göre 818 bin kişi artmıştır. 2011 yılında ise eşdeğer hanehalkı kullanılabilir medyan gelirin % 50’si dikkate alınarak belirlenen yoksulluk sınırına göre nüfusun % 16,1’i yoksulluk riski altındadır. Dört yıllık panel veri kullanılarak hesaplanan “sürekli yoksulluk” oranı, 2009 yılında % 17,3 iken 2010 yılında bu oran % 18,5’tir.

Primlere İlişkin Düzenlemeler:

Türkiye’de prime esas ücretin taban ve tavanı bulunmaktadır. Taban asgari ücret, tavan ise asgari ücretin 6.5 katıdır. 1 Temmuz 2014’ten itibaren prime esas kazancın alt limiti günlük olarak 37.8 TL, aylık olarak 1.134 TL’dir. Türkiye’de 16 milyon ücretli çalışanın yarısına yakını (%44’ü) asgari ücretle çalışmaktadır. Bu durum prim gelirlerinin de düşük olmasına neden olmaktadır. Ayrıca asgari ücretin 6.5 katı tutarındaki tavan da prim gelirlerini azaltan bir uygulama olarak değerlendirilmektedir.

Öte yandan SGK da prim toplamakta zorlanmaktadır. Ocak 2011 verilerine göre 4/b kapsamındaki sigortalıların Kuruma toplam 20.738 milyon TL, Aralık 2010 verilerine göre 4/a kapsamındaki sigortalıları çalıştıran işverenlerin ise 30.960 Milyon TL borcu bulunmaktadır.

Sık sık çıkarılan prim afları primlerin düzenli ödenmesini engellemektedir. Şubat 2011 tarihli ve 6111 sayılı torba yasa borçların yeniden yapılandırılması için bir takım düzenlemelere yer vermişti. Bu kez Ağustos 2014 tarihinde prim borçlarını yeniden yapılandıran yeni bir torba yasa TBMM Genel Kurulu’nda görüşülmektedir.

SGK verilerine göre Ocak 2011 tarihinde kendi adına ve hesabına çalışanların (4/b, Bağ-Kurlular) % 53,4’ü borç nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Rakamlarla bakmak gerekirse 1.792.828 aktif 4/b sigortalısı ve yaklaşık 3 katı tutarındaki 5,4 milyon bağımlısı olmak üzere toplam 7,2 milyon kişi (nüfusun % 10’u) sosyal güvence kapsamında

görünmesine rağmen, hizmete erişememektedir. Bu rakama sisteme 2012 tarihinden sonra zorunlu olarak dahil olanlardan primini düzenli ödeyemeyenlerin de eklenmesi gereklidir. Basına yansıyan bilgileri göre primini kendisi ödemesi gereken 4,9 milyon kişinin 3 milyonu borçludur.

6.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Gider Artışını Etkileyen Etmenler

Türkiye’de sağlık finansmanında gider artışını etkileyen etmenler kapsamında Türkiye’de sağlık güvencesi kapsamı ile Türkiye’de sağlık harcamaları konuları ele alınacaktır.

Türkiye’de Sağlık Güvencesi Kapsamı:

SGK verilerine göre Aralık 2012 itibariyle nüfusun % 83’ü (62 milyon 899 bin kişi) sosyal sigorta kapsamı altındadır. Bu rakama 11 milyon 357 bin yeşil kartlı sayısı eklendiğinde toplam 74 milyon 256 bin (nüfusun % 98,2’si) kişinin yasal olarak kapsam altında, 1 milyon 371 bin kişinin ise kapsam dışında olduğu görülmektedir.

Kapsam dışında kalan yaklaşık 1,4 milyon kişi de, 2012 başından itibaren zorunlu kapsama alınmıştır. Bu kişiler gelir testi yaptırarak tespit edilecek gelirleri oranında GSS primi ödemek zorundadırlar. Ancak 1,4 milyon verisi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın gelir testine tabi olan kişi sayısı ile örtüşmemektedir. Bakanlığın verilerine göre 2013 Nisan ayı itibariyle primleri kendileri tarafından ödenmesi gereken kişi sayısı yaklaşık 4,9 milyondur.

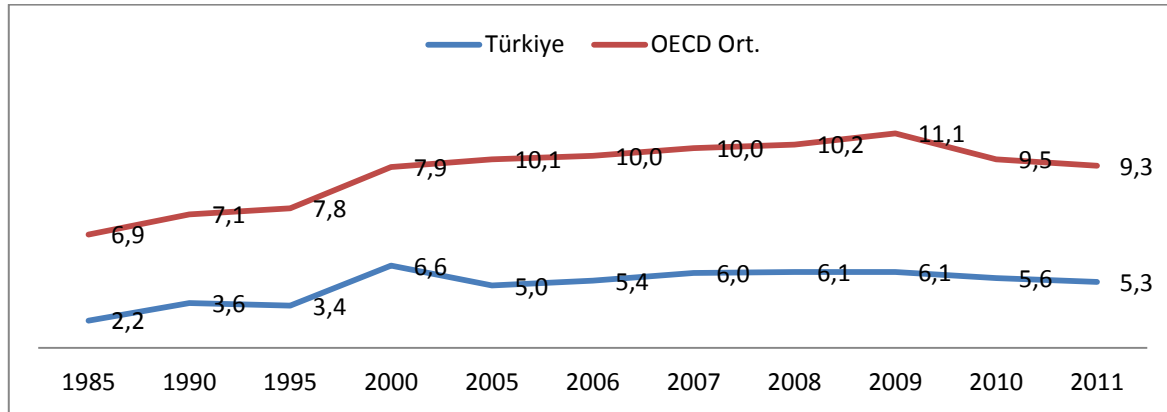
Türkiye’de Sağlık Harcamaları:

Sağlık finansmanında sürdürülebilirliği etkileyen diğer bir unsur sağlık harcamalarının düzeyi ve dağılımıdır.

Son yıllarda demografik yapıdaki dönüşüm, teknolojinin çok hızlı yenilenmesi, toplumun beklentilerinin artması gibi nedenlerle hem dünyada hem de Türkiye’de sağlık harcamaları artmaktadır.

Kaynakların ne kadarının sağlık sektörüne aktarıldığını görebilmek için toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payına bakılabilir. Şekil 4 incelendiğinde, Türkiye’nin 1985 yılında sağlığa ayırdığı payın GSYH’nın %2,2’si olduğu, bu payın zamanla artarak 2011 yılında iki katını aşarak GSYH’nın % 5,3’üne ulaştığı görülmektedir. Buna rağmen Türkiye’deki bu payın OECD ortalamasının (% 9,3) ancak %57 kadarına denk düştüğü görülmektedir. Dolayısıyla OECD ülkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye’de sağlığa yeterince kaynak ayrıldığını söyleyebilmek güçtür.

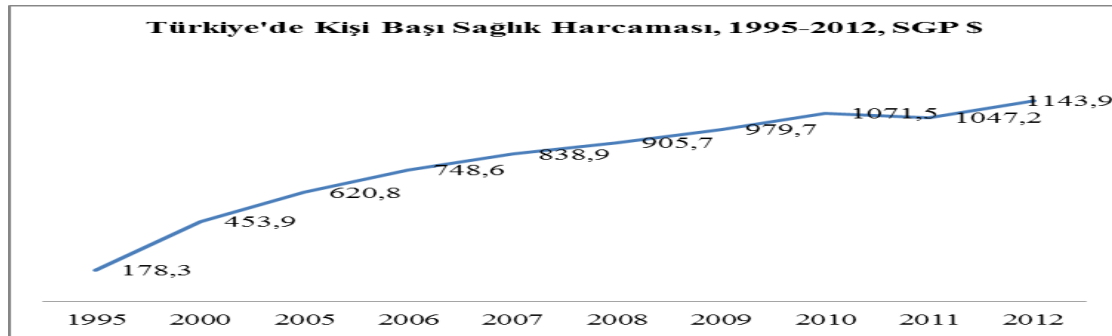
Öte yandan Türkiye’de sağlık harcaması verisi toplamada farklı zamanlarda farklı yöntemler kullanıldığı için 1980-2011 arasındaki dalgalanmaları analiz etmek çok güçtür. OECD ülkelerinde de sağlık harcamalarının 1985 yılında ülke GSYH’larının %6.9’u iken 2009 yılında %11,1’e ulaştığı, ancak ekonomik krizin etkisi ile 2011 yılında %9,3’e gerilediği görülmektedir.



Şekil 4: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (%) 1985-2011

Kaynak: OECD Health Data 2011, 2012 ve 2013. SB, Sağlık İstatistik Yıllıkları.

Türkiye’de son yıllarda kişi başına düşen sağlık harcaması da artmaktadır. Satın alım gücü paritesi Dolar cinsinden bakıldığında 1995 yılında 178,3 Dolar iken, 2012 yılında en yüksek seviye olan 1143,9 Dolar’a çıkmıştır. Bu tutar 1995’teki tutarın 6,4 katıdır (Şekil 5).



Şekil 5: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcaması, 1995-2012, (Satın Alım Gücü Paritesi – Dolar)

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2013 ve 2009-2012 verileri için Dünya Bankası

Daha önce vurgulandığı üzere Türkiye’de sağlık harcaması verisi toplamada farklı zamanlarda farklı yöntemler kullanıldığı için 1995-2012 arasındaki dalgalanmaları analiz etmek çok güçtür. Buna rağmen toplam sağlık harcamaları içerisindeki kamu sağlık harcaması oranının SSGSS Yasası’nın yürürlüğe girdiği 2008 öncesinde %70’lerin altında seyrettiği, Yasa’dan sonra ise biraz artarak %73-75 arasında seyrettiği gözlenmektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%) 1995-2012

Yıllar	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009*	2010*	2011*	2012*
%	70,3	62,9	67,8	68,3	67,8	73	75,1	75,1	72,7	73,9

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2013 ve *Dünya Bankası

Öte yandan teknik verimlilik açısından en maliyet etkili hizmetler olan koruyucu sağlık hizmetlerinin payı Türkiye’de hem çok düşüktür hem de düşüş eğilimindedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bütçe sağlık harcamaları içerisindeki payı 2004 yılında % 5,05

iken 2007 yılında % 3,32'ye düşmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu sağlık harcamaları içerisindeki payı da bu düşüşle paralellik göstermektedir. 2004 yılında % 1,16 olan pay 2007 yılında %1,09'a düşmüştür. OECD 2005 verilerine göre koruyucu sağlık hizmetlerine kişi başına yapılan harcamaların en düşük olduğu ülke Türkiye'dir. 1999 yılında 5 dolar olan bu harcama 2003 yılında 4,8 dolara düşmüştür.

TÜİK verilerine göre 2012 yılında gerçekleşen toplam 76 milyar 358 milyonluk sağlık harcamasının yalnızca 2 milyar 522 milyonu (% 3,3'ü) halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi için harcanmıştır. 2008 yılına kıyasla yaklaşık beş katlık bir artış söz konusudur.

Ayrıntısı ile değinilmeyecek olmasına rağmen, Sağlıkta Dönüşüm Programının bazı uygulamaları da sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Bu uygulamaların en önemlileri sevk sisteminin bulunmaması ve performansa dayalı ödemedir.

7. Genel Değerlendirme

Türkiye'de sağlık finansmanının mali sürdürülebilirliği sıkıntılı bir konudur. Bir yandan gelirler öte yandan giderler ile ilişkili olan mali sürdürülebilirliğin her iki ayağı da sorunludur.

Türkiye'de işgücü piyasasının yapısal sorunları, adaletsiz vergi yapısı ve vergi toplamada güçlük, gelir dağılımının adaletsiz oluşu ve yoksulluğun yaygın ve sürekli hale gelmesi, artan prim afları ve borçların yeniden yapılandırılması uygulamaları, primlere ilişkin birtakım düzenlemeler yeterli gelir toplamayı engellemektedir. Bu nedenle Türkiye'nin ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığa dayalı sağlık finansman modeli tercihini vakit kaybetmeden gözden geçirmesi gerekmektedir. Kısa dönemde ortadan kaldırılması oldukça güç olan bu yapısal sorunlar, GSS sisteminin yeterli gelir elde etmesini engellemeye devam edecektir.

GSS sisteminin giderlerine ilişkin veriler de sağlık harcamalarının hızla arttığını, bu artışta GSS sistemi tercihinin doğrudan belirleyici rol oynadığını ortaya koymaktadır. Öte yandan kapitalist sisteminin sürekli hale gelmiş krizleri sistemin mali dengesini daha da kırılgan hale getirmektedir.

Bu nedenlerle Hükümetler ya bazı sağlık hizmetlerini kapsam dışına çıkarmakta, ya da kullanıcı katkıları koyma veya kullanıcı katkılarını çeşitlendirme yoluyla kapsamın derinliğini azaltmaya çalışmaktadır. Türkiye'de kullanıcı katkıları ve diğer cepten ödemeler GSS'nin yürürlüğe girdiği 2008 yılından bu yana mutlak olarak artırmaya devam etmektedir. Gelir düzeyi daha düşük olanları orantısız bir biçimde daha çok etkileyen bu durumun, hizmete erişimi önemli oranda aksatması söz konusudur. Artan cepten harcamalar için önerilen çözüm ise Özel Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarıdır. Ancak bu çözüm önerisinin düşük gelirli aleyhine olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Sağlık hizmetleri finansmanında sürdürülebilirliğin sağlanması önemli olmakla birlikte, bu amaca ulaşmak için alınacak önlemlerin veya gerçekleştirilecek reformların herkese sağlık güvencesi sağlama ilkesi, finansmanda dayanışma, sağlık hizmetlerine erişimde adalet ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumundan feragat edilmemesi gereklidir. Oysa, kapsamın derinliğinin azaltılmasının bütün bu ilkeleri olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Bu nedenle kapsamın derinliğinin azaltılması mali sürdürülebilirlik için bir çözüm yolu olarak düşünülmemelidir.

Kaynaklar

1. BAŞBAKANLIK (2005). *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Ankara.
2. ILO (2010a). *Global Employment Trends for Youth: Special Issue on The Impact of The Global Economic Crisis on Youth*, Geneva 2010, s. 61.
3. ILO (2010b). *World Social Security Report: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond 2010-2011*, Geneva: Social Security Department.
4. ILO (2010c). *World of Work Report 2010: From One Crisis to the Next?* Geneva: International Institute of Labour Studies.
5. LEE, Kelley. and Hillary Goodman (2002). “Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s”, *Health Policy in a Globalising World* (Ed. Kelley Lee - Kent Buse - Suzanne Fustukian), Cambridge University Press, s. 97-119.
6. OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2014.
7. THOMSON, Sarah, T. Foubister and E. Mossialos (2009). *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, No: 17, World Health Organisation, 2009, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf, Erişim Tarihi 14 Ağustos 2014).
8. TOKAT, Mehmet (1998). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
9. TOKAT, Mehmet (2001). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
10. WHO (2000). *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva.
11. YENİMAHALLELİ YAŞAR, Gülbiye (2011a). “Sağlık Finansmanında Mali Sürdürülebilirlik: Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye”. *Ekonomi ve Hukuk Üzerine Yazılar: Prof.Dr.Ahmet Gökdere’ye Armağan*. Turhan Kitabevi, s.407-448, Ankara.
12. (2011b). “Health Transformation Programme in Turkey: An Assessment” *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (2): 110-133.
13. (2011c). “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü”, *Mülkiye*, XXXV (272), 2011, s. 163-193.
14. (2011d). “Ekonomik Kriz ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi: Yeterli Koruma Sağlayabildik mi?” *Eğitim Bilim Toplum*, 8(29):54-93.
15. YENİMAHALLELİ YAŞAR, Gülbiye ve Ece Uğurluoğlu (2011). “Can Turkey’s General Health Insurance System Achieve Universal Coverage?” *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (3): 282-295.
16. YILMAZ, Hakkı Hakan (2012). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Temel Risk Alanları*, Dr. Nevzat Eren Ulusal Halk Sağlığı Sempozyumu Sunum Metni, 17 Mart 2012.

BİLİNÇSİZ ANTİBİYOTİK KULLANIMI: SAKARYA İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

Mahmut AKBOLAT*

Gülcan KAHRAMAN**

Aslı AVCI***

ÖZET

Bilinçsiz antibiyotik kullanımı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artan bir sorundur. Toplumun yeterli bilgiye sahip olmaması, antibiyotiklere erişimin kolay olması ve bu ilaçların her hastalıkta çözüm olacağı inancı, antibiyotik kullanımını günden güne arttırmaktadır. Doğru kullanıldığında pek çok faydası bulunan antibiyotikler, bilinçsizce tüketildiğinde pek çok sorunu beraberinde getirmektedir. İlaç yan etkileri, uygunsuz ilaç kullanımının yol açtığı komplikasyonlar ve artan hastalık riski, bu sorunlar arasındadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı sebebiyle ilaç stokları azalmakta, ihtiyacı olan bireylerin ilaca erişiminde sıkıntılar yaşanmaktadır. Bununla birlikte, ilaç harcamaları, sosyal güvenlik kurumları için ciddi bir yük getirmektedir.

Bu çalışmada, Sakarya ilinde yaşayan bireylerin antibiyotik kullanımları ve bilinç düzeyleri araştırılmaktadır. Çalışmanın amacı, Sakarya ilinde yaşayan bireylerin antibiyotik kullanımında hassas davranıp davranmadıklarını ve hekim kontrolü dışında antibiyotik kullanım eğilimleri olup olmadığını belirlemeye çalışmaktır. Araştırma örneklemini Sakarya ilinde yaşayan 260 birey oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında, bireylere özgü tanımlayıcı özellikleri, antibiyotik kullanım ilkelerini ve reçetesiz antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgileri değerlendirmek amacıyla 25 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, frekans analizi ve ki-kare testinden yararlanılmıştır. Çalışma bulgularından hareketle, katılımcıların antibiyotik kullanımı konusunda yeterli özeni göstermedikleri söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Akılcı Antibiyotik Kullanımı

*Yrd.Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

**Arş.Gör., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gkahraman@sakarya.edu.tr

***Hemşire, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, asliavci48@hotmail.com

UNCONSCIOUS USE OF ANTIBIOTICS: A RESEARCH IN SAKARYA

ABSTRACT

Unconscious use of antibiotics is a growing problem in developed and developing countries. Antibiotic use is increasing day by day because of lack of enough information of society, convenience of access to antibiotics and the belief of antibiotics that is a drug solving each disease. With many benefits when used correctly, when antibiotics are consumed unconsciously, they bring many problems. These problems are drug side effects, complications caused by inappropriate drug use and increased risk of disease. Irrational drug use decreases due to the stock of medicines needs of individuals who are experiencing difficulties in accessing drugs. The stock of medicines decreases due to irrational drug use and individuals who need drugs have difficulties in accessing them. However, drug expenditures is a serious burden for social security institutions.

In this study, the use of antibiotics and awareness levels of individuals living in Sakarya is investigated. The purpose of the study is determine whether individuals living in Sakarya behave precisely in antibiotic use or not and tendency of them in antibiotic use beyond the control of the physician. Research sample includes 260 individuals living in Sakarya. In the collection of research data, questionnaire including 25 questions was used to evaluate individual-specific defining characteristics, information level of participants about principles of antibiotic usage and antibiotic usage without prescription. In data analysis, descriptive statistical methods, frequency analysis and chi-square test was used. Based on the study findings, it is said that participants does not show sufficient attention about the use of antibiotics.

Key Words: Rational Drug Use, Rational Use of Antibiotics.

1. Giriş

Bilinçsiz antibiyotik kullanımı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artan bir sorundur. Toplumun bilgi eksikliği, antibiyotiklerin her hastalığa çare olduğu düşüncesi ve bu tür ilaçlara erişim kolaylığı, antibiyotik kullanımını günden güne arttırmaktadır. Doğru kullanıldığında pek çok faydası bulunan ilaçlar, bilinçsizce tüketildiğinde pek çok sorunu beraberinde getirmektedir. İlaç yan etkileri, uygunsuz ilaç kullanımının yol açtığı komplikasyonlar ve artan hastalık riski, bu sorunlar arasındadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda, tedaviden zarar gören hastaların sayısında artış görülmektedir. Bununla birlikte, “ne kadar çok ilaç tüketirsem, o kadar çabuk iyileşebilirim” yanılgısı, hastaların daha çok ilaç tüketmesine neden olmaktadır. Ayrıca, bilinçsiz ilaç kullanımının yol açtığı ekonomik sorunlar, sosyal güvenlik kurumları için ciddi bir yük getirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda, dünya genelinde uygunsuz reçete yazılma oranlarının %50'den fazla olduğu ve akılcı olmayan ilaç kullanımının hastaların yarısından fazlasında görüldüğü belirtilmektedir (Gwimile ve ark., 2012: 2). Yapılan çalışmalar, Türkiye'de de akılcı olmayan ilaç kullanımı oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Tünger, Dinç ve Özbakkaloğlu, 2000: 131; Dunagan ve ark., 1989: 253). Özellikle antibiyotikler, hasta tarafından bilinçsizce kullanılan ilaç grupları arasındadır. Bu çalışmada, Sakarya ilinde yaşayan bireylerin antibiyotik kullanım alışkanlıkları ve akılcı antibiyotik kullanımı bilinç düzeyleri araştırılmaktadır. Çalışmada, hekim reçetesi olmaksızın ilaç

kullanımı ve ilaç kullanımında gerekli hassasiyetin gösterilip gösterilmediği konuları incelenmektedir. Bu anlamda çalışma Sakarya ilinde bu çalışmaya katılanların görüşleriyle sınırlıdır.

2. Kavramsal Çerçeve

2.1. Akılcı Antibiyotik Kullanımı

Bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde kullanılan antibiyotikler, mantarlardan ve sentetik yollarla elde edilen, bakterileri engelleyici özelliği bulunan ilaçlar olarak tanımlanmaktadır. Kelime anlamı ile “antibiyotik” terimi, “anti: karşı” ve “biyos: yaşam” kavramlarının bir araya gelmesiyle oluşmakta ve “hayata karşı” anlamına gelmektedir (<http://www.akilciilac.gov.tr>).

Akıllı ilaç kullanımı, hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun olarak, kişisel gereksinimlerini kapsayan dozda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 1985: 7). Tanımda, akılcı ilaç kullanımının ancak ilacın gerektiği zamanda, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde kullanılmasıyla mümkün olabileceği belirtilmektedir (Gwimile ve ark., 2012: 2; Acar ve Yeğenoğlu, 2005: 209; Grand, Hogerzeil ve Ruskamp, 1999: 89; McGowan ve Gerding, 1996: 370).

Tanımda da bahsedilen bakteri engelleyici özelliği bulunan antibiyotiklerin sıklıkla virüs tedavisinde de kullanılmaktadır (<http://www.akilciilac.gov.tr>). Oysa virüsler, en küçük ve en basit canlılardır. Bakteriler, onlara göre çok daha büyüktürler. Bakterilerin kendi üreme sistemleri bulunurken, virüslerde bu durum söz konusu değildir. Bu durumda, üst solunum yolları enfeksiyonu geçiren bireylerin de grip, nezle, soğuk algınlığı gibi virüs etkenli hastalıklarda antibiyotik kullanması uygun değildir (Mar, Glasziou ve Spinks, 2006:2; Gonzales ve ark., 2001: 757). Hastalığın süresini kısaltma amacıyla antibiyotiğe başvuran hastanın, antibiyotik direnci oluşturduğu ve antibiyotiğin zehirli etkilerine maruz kalabileceği söylenebilir (Rice, 2008:491; Khachatourians, 1998: 1129). Antibiyotik kullanımında diğer bir hata, antibiyotiklerin antipiretik olarak kullanılmasıdır. Oysaki antibiyotiklerin bakteri kaynaklı ateşlenme dışında etkisi bulunmamaktadır (<http://www.akilciilac.gov.tr>). Uygun olmayan dozda antibiyotik kullanılması (Yılmaz ve ark., 2011: 267; Ertekin, 2005: 145; Hoşoğlu ve ark., 2003: 758) ve hekimlerin tıp eğitiminden kaynaklanan eksiklikler (Aydın ve Gelal, 2012: 58; Gökalp ve Mollaoğlu, 2003: 17, Akıcı ve ark., 2002: 253) de karşılaşılan hatalardandır.

Doğru kullanıldığında pek çok fayda sağlayan antibiyotikler, bilinçsizce kullanıldığında pek çok sorunu beraberinde getirmektedir. Akılcı olmayan antibiyotik kullanımı, bakteriyel direnç gelişimini önemli oranda artırmaktadır. Antibiyotik direncinin artması, ilacın bakteriyi öldürme veya üremesini durdurma özelliğini yitirmesine sebep olarak, tedavinin başarısını etkileyebilmekte, ölümlerle sonuçlanan enfeksiyon hastalıklarının artışını tetikleyebilmektedir (<http://www.who.int>). Antibiyotiğin yanlış kullanımı sonucu oluşan zararları minimum düzeye indirmek için hastalığın etkeni biliniyorsa, en dar spektrumlu ilacın seçilmesi önerilmektedir (Özsüt, 1998: 10).

Uygun olmayan dozlarda kullanım sebebiyle veya başka ilaçlarla etkileşim sonucu ortaya çıkan ilaç yan etkileri, morbidite ve mortalite oranlarını arttırmaktadır (Bahat ve ark., 2012: 1; Medicines and Older People, 2001: 30). Çok basit bir müdahale ile önlenilecek bir hastalık, bilinçsiz antibiyotik kullanımı sebebiyle hastanede yatış süresini uzatabilmekte ve hastanın tedavi masraflarını arttırabilmektedir.

Bununla birlikte, akılcı olmayan antibiyotik kullanımı, hem bireysel hem de ulusal düzeyde ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemekte; ilaç harcamaları maliyetlerini arttırmaktadır (Aksoy ve ark., 2008: 71). Naz, Aykın ve Çevik (2006: 138), gelişmekte olan ülkelerde toplam sağlık bütçesinin %35'inin antibiyotiklere harcandığını ifade etmektedir. Birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi Türkiye'de de en çok tüketilen ilaç grubunu oluşturan antibiyotiklerin (İEİS, 2013; Akan, 2006: 65), akılcı şekilde kullanılmadığı söylenebilir (Tünger, Dinç ve Özbakkaloğlu, 2000:131; Dunagan ve ark., 1989: 253). Pek çok çalışmada, antibiyotik kullanımının ülke ekonomisi için azımsanamayacak bir boyutu oluşturduğu ve akılcı antibiyotiğe yönelmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Özkurt ve ark., 2005: 112; Arıkan ve ark., 1994: 160).

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada, Sakarya ilinde yaşayan bireylerin antibiyotik kullanımında hassas davranıp davranmadıklarını, hekim kontrolü dışında antibiyotik kullanım eğilimleri olup olmadığını belirlemek amaçlanmaktadır. Çalışmanın önemini ortaya koyan önemli bir husus, akılcı antibiyotik kullanımına yönelik bireysel farkındalık kazandırmayı amaçlamasıdır. Çalışmanın önemini ortaya koyan ikinci önemli husus ise farklı coğrafi bölgelerde bu tür kesitsel çalışmaların sayısının artırılmasının, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından faydalı olabilmesidir. Bu sebeple çalışma hem bireysel farkındalık yaratma, hem de uygulayıcılara politika oluşturma süreçlerinde fikir verme bakımından önem arz etmektedir.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Sakarya merkezinde yaşayan kişiler oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme, rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 260 kişiden oluşmaktadır. 01.10.2013 - 01.04.2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmada, bireylere araştırma konusunda bilgi verilmiş ve anketi doldurmaları konusunda talepte bulunulmuştur. Katılmak istemeyen bireyler zorlanmamış, anket, yüz yüze görüşme tekniğiyle gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 25 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun tanıtıcı özellikler bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, ikamet edilen yer ve aylık gelir ile ilgili sorular yer almaktadır. Anketin diğer bölümünde ise, antibiyotik kullanımına ilişkin sorular yer almaktadır.

4. Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların %68,1'i kadın, %54,2'si evlidir. %31,9'u 25 yaş ve altındaki bireylerden oluşan katılımcıların %25'i 1000 TL ve altında ve %21,9'u 2000 TL ve üzeri gelire sahiptir. Katılımcıların %36,2'si ilköğretim mezunu olup, %52,3'ü il merkezinde yaşamaktadır. Meslek dağılımında ise, örneklemin %32,3'ünü ev hanımları ve %26,2'sini kamu görevlileri oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=260)

ÖZELLİKLER	n	%	ÖZELLİKLER	n	%
Cinsiyet			Eğitim Durumu		
Kadın	77	68,1	İlköğretim	4	36,2
Erkek	3	31,9	Lise	0	26,9
Medeni Durum			Önlisans	2	4,6
Evli	41	54,2	Lisans	5	25,0
Bekar	19	45,8	Lisansüstü	9	7,3
Yaş			İkamet Edilen Bölge		
≤25	3	31,9	İl merkezi	36	52,3
26-35	8	26,2	İlçe	2	35,4
36-45	2	16,2	Köy	2	12,3
≥46	7	25,8	Meslek		
Gelir Durumu			İşçi	3	12,7
≤1000 TL	5	25,0	Esnaf	3	1,2
1000-1499 TL	3	16,5	Kamu görevlisi	8	26,2
1500-1999 TL	5	9,6	Ev hanımı	4	32,3
≥2000 TL	7	21,9	Emekli	2	4,6
Cevap vermeyen	0	26,9	Öğrenci	0	23,1

Çalışmada katılımcıların antibiyotiklerin kullanımına ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla sorulan soruya verdikleri cevapların frekans dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi, katılımcıların %40’ı antibiyotiklerin virüslere bağlı enfeksiyonları tedavi ettiğini düşünmektedir. Ayrıca, %18,4’ü gribal rahatsızlıklarda ve %14’ü ateş düşürücü ve ağrı giderici olarak kullanılacağını ifade etmektedir. Toplamda bu rakamlar %72,4 etmektedir ki, antibiyotik kullanımında çalışmaya katılan bireylerin bilgi düzeylerini ortaya koyma bakımından önemli bulunmaktadır. Çalışmaya katılanların yalnızca %22,1’i antibiyotiklerin bakterilere karşı etkili olduğunu bilmektedir.

Tablo 2: Antibiyotik Kullanımı İle İlgili Katılımcı Görüşleri

	Sayı	Yüzde
Antibiyotikler sadece bakteriler için etkilidir	85	22,1
Antibiyotikler virüslere bağlı enfeksiyonları tedavi eder.	154	40,0
Soğuk algınlığı, grip gibi hastalıklarda mutlaka antibiyotik kullanılmalıdır.	71	18,4
Hekim önerisi olmadan da antibiyotik kullanılabilir.	11	2,9
Her antibiyotik her türlü hastalıkta kullanılabilir.	10	2,6
Antibiyotikler ateş düşürür, ağrıyı giderir	54	14,0
Toplam cevap	385	100,0

Tablo 3’de katılımcıların tedavi sonrası yarım kalan antibiyotikleri nasıl değerlendirdiklerine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Çalışmaya katılanların %39,8’i kalan antibiyotikleri gerektiği zaman kullanmak üzere saklamaktadır. İyileştiğini hissettiğinde kullanmayı bırakıp, kalanı çöpe atacağını bildiren katılımcı oranı ise %37,3 olarak bulunmuştur.

Tablo 3: Tedavi Sonrası Kalan Antibiyotiklerin Nasıl Değerlendirildiğine İlişkin Katılımcı Görüşleri

	Sayı	Yüzde
Gerektiği zaman kullanmak üzere saklayan	111	39,8
Sağlık kuruluşuna vereceğini bildiren	40	14,3
Eczaneye vereceğini bildiren	11	3,9
İsteyen tanıdıklara vereceğini bildiren	13	4,7
Çöpe vereceğini bildiren	104	37,3
Toplam cevap	279	100,0

Katılımcıların evlerinde kullanımdan sonra yarım kalan antibiyotik miktarları ile ilgili yapılan frekans dağılımında, katılımcıların %45’i 1-2 kutu antibiyotiğin evlerinde bulunduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde, katılımcıların %43,5’i yıllık ortalama 1-2 kutu antibiyotiği de çöpe attıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Evlerinde Kullanımdan Sonra Yarım Kalan Antibiyotik Miktarları

Evde yarım kalan Antibiyotik	ayı	Yüzde	Yıllık ortalama atılan antibiyotik	ayı	Yüzde
Hiç yok	29	41,9	Hiç atılmaz	9	30,4
1-2 kutu	17	45,0	1-2 kutu	13	43,5
3-4 kutu	5	9,6	3-4 kutu	4	16,9
≥5 kutu	9	3,5	≥5 kutu	4	9,2
Toplam	60	100,0	Toplam	60	100,0

Katılımcılara antibiyotikleri saklama yerleri ile ilgili yöneltilen soruda frekans dağılımı yapılmış, %57 oranında katılımcıların oda sıcaklığında sakladıkları bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5: Antibiyotiklerin Saklanma Yerleri

	Sayı	Yüzde
Buzdolabı	116	43,0
Oda sıcaklığı	154	57,0
Toplam cevap	270	100,0

Evde yarım kalmış ya da kullanılmamış antibiyotiklerin tekrar kullanımında dikkat edilen hususlara ilişkin cevapların dağılımı Tablo 6’da görülmektedir. Bireylerin %39,1’i son kullanma tarihine dikkat etmektedir. Hastalığın uygunluğuna dikkat edenlerin oranının ise %29,2’dir.

Tablo 6: Yarım Kalmış ya da Kullanılmamış Antibiyotiklerin Kullanımında Dikkat Edilen Hususlar

	Sayı	Yüzde
Hastalığa uygunluğuna.	158	29,2
Son kullanma tarihinin dolmamış olmasına.	212	39,1
Şurup, süspansiyon gibi ilaç formlarının kullanma talimatında belirtilen süreleri aşmamış olmasına.	96	17,7
Ambalajının bozulmamış olmasına	69	12,7
Hiçbirine dikkat etmem.	7	1,3
Toplam cevap	542	100,0

Çalışmanın bulgularına göre, bireyler antibiyotikleri tekrar kullanmaları durumunda, ilk sırada %45 oranı ile hekimlere danışmaktadır. İkinci sırada ise, %17,8 oranında eczacılara danışıldığı görülmektedir. Katılımcıların %14,7’si ise hiç kimseden bilgi almadan antibiyotik kullanmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7: Antibiyotiklerin Tekrar Kullanılmak İstenmesi Durumunda Danışılan Kişilerin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hekim	144	45,0
Eczacı	57	17,8
Hemşire, sağlık görevlisi	35	10,9
Tanıdık / Komşu / Akraba	17	5,3
Daha önce kullandığım için kimseden bilgi almam.	47	14,7
Diğer	20	6,3
Toplam cevap	320	100,0

Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç alanların dağılımı incelendiğinde, bireylerin daha bilinçli oldukları ve %87,7 oranında hasta olmadan ilaç alınmadığı görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Gerekli Olabileceği Düşüncesiyle Hasta Olmadan İlaç Alanların Dağılımı

	Sayı	Yüzde
İlaç Alan	32	12,3
İlaç Almayan	228	87,7
Toplam	260	100,0

Çalışmada katılımcıların gerekli olabilir düşüncesiyle evde antibiyotik bulundurup bulundurmadıkları ve komşu ya da yakınlarının tavsiyesiyle antibiyotik kullanıp kullanmadıklarına ilişkin cevaplar arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Ki kare analizi sonuçları Tablo 9’da görülmektedir. Evde lazım olur diye antibiyotik bulunduranlar, aynı şekilde tavsiye üzerine antibiyotik kullanabilen kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 9: Evde Lazım Olur Düşüncesiyle Antibiyotik Bulunduranlar ile Tavsiye Üzerine Antibiyotik Kullanmalar Arasındaki İlişki

			Tavsiye ile antibiyotik kullanan		
			Evet	Hayır	Toplam
Hasta Olmadan Antibiyotik Bulunduran	Evet	Gözlenen	10,0	22,0	32,0
		Beklenen	2,8	29,2	32,0
	Hayır	Gözlenen	32,0	424,0	456,0
		Beklenen	39,2	416,8	456,0
	Toplam	Gözlenen	42,0	446,0	488,0
		Beklenen	42,0	446,0	488,0
Ki-Kare= 22,323; df= 1; p=0,000					

Katılımcılara hastalandıklarında antibiyotik kullanmadan önce hangi davranışları gerçekleştirdiklerine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 10'da görülmektedir. Katılımcılar antibiyotik kullanmadan önce %56,8 oranında hekime danışmaktadır. Eczacı %9 oranında bulunurken, bitkisel yöntemleri deneyen katılımcı yüzdesi %10,1 bulunmuştur.

Tablo 10: Hastalandığında Antibiyotik Kullanmadan Önce Gerçekleştirilen Davranış

	Sayı	Yüzde
Hekime danışan	378	56,8
Eczacıya danışan	60	9,0
Hemşire, sağlık memuru veya sağlık personeline danışan	42	6,3
Tanıdık / komşu / akrabaya danışan	30	4,5
Bitkisel tedavi yöntemlerini deneyen	67	10,1
Evde bulunan ilaçlarla tedavi olmaya çalışan	42	6,3
Daha önce benzer hastalığa yakalananlara soran	28	4,2
Diğer	18	2,7
Toplam Cevap	665	100,0

Hekimin önerdiği antibiyotiğin ne kadar süre kullanıldığına ilişkin yapılan frekans dağılımında, katılımcılar, %43,1 oranında hekim veya eczacının önerdiği süre kullandıklarını belirtmişlerdir. Şikâyetleri geçene kadar kullanan katılımcı oranı ise %31,5'dir (Tablo 11).

Tablo 11: Hekimin Verdiği Antibiyotığın Nasıl Kullanıldığı İle İlgili Dağılımı

	Sayı	Yüzde
İlaç bitene kadar kullanan	67	23,4
Şikâyeti geçene kadar kullanan	90	31,5
Hekim veya eczacının önerdiği süre kullanan,	123	43,1
Diğer	3	1,0
Toplam	283	100,0

Antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi edinmede bireylerin hangi kaynakları kullandıklarına yönelik yöneltilen soruda, bireylerin hekim ve eczacılardan bilgi edinmektense ilacın prospektüsünü okuyarak (%44,3) olası yan etkileri öğrendikleri gözlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Antibiyotik Kullanımı İle İlgili Bilgiler ve Olası Yan Etkilerin

Öğrenildiği Yerler

	Sayı	Yüzde
Hekim	107	28,2
Eczacı	52	13,7
Yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb.)	21	5,5
İlacın prospektüsü	168	44,3
İnternet	31	8,2
Toplam cevap	379	100,0

Olası yan etkilere yönelik bilgi edinmede çoğunlukla ilaç prospektüsü okuyan katılımcıların, ilacın yan etkileri görüldüğünde ilk başvurdukları kişi %80,6 oranında hekim olmaktadır. Bunu %9,2 ile eczacılar takip etmektedir (Tablo 13).

Tablo 13: İlacın Yan Etkileri İle Karşılaşılnca Yapılan Davranış

	Sayı	Yüzde
Hekime başvururum.	228	80,6
Eczacıya başvururum.	26	9,2
Yardımcı sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb.) başvururum.	19	6,7
Kendim çözüm ararım.	10	3,5
Toplam	283	100,0

5. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada, Sakarya ilinde yaşayan bireylerin antibiyotik kullanımları ve bilinç düzeyleri araştırılmıştır. Ayrıca, bireylerin antibiyotik kullanımında hassas davranıp davranmadıkları ve hekim kontrolü dışında antibiyotik kullanım eğilimleri olup olmadığı incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları, katılımcıların antibiyotik kullanımı konusunda yeterli özeni göstermedikleri ortaya koymaktadır.



Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların birçoğu antibiyotiklerin virüslere bağlı enfeksiyonlar için uygulandığını düşünmektedir. Oysaki antibiyotikler, bakterilere yönelik olarak uygulanmaktadır. Antibiyotiklere ilişkin yapılan başka çalışmalarda da aynı hataya düşüldüğü görülmektedir (Widayative ve ark., 2012: 4; Andre ve ark., 2010: 1293).

Katılımcılar tedavi sonrasında kalan antibiyotikleri gerektiği zaman kullanmak üzere, oda sıcaklığında saklamaktadırlar. Öyleki çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı yarım kalmış 1-2 kutu antibiyotiğin evlerinde bulunduğunu; yıllık ortalama 1-2 kutu antibiyotiği de çöpe attıklarını ifade etmektedirler. Bu sonucu doğrular şekilde başka çalışmalarda da evde kullanılmayan antibiyotiklerin bulundurulduğu ileri sürülmektedir (Baybek, Bulut ve Çakır, 2005: 62; Vançelik ve ark., 2006: 35; Mollahaliloğlu, 2000). Evde yarım kalmış ya da kullanılmamış antibiyotik varsa; tekrar kullanırken, bireylerin büyük çoğunluğunun son kullanma tarihine dikkat ettikleri; ikinci olarak hastalığın uygunluğuna göre tekrar kullandıkları gözlenmiştir. Benzer şekilde Baybek ve arkadaşları (2005: 61), Bilgili ve Karatay (2005: 43) ve Göçgeldi ve arkadaşları (2009: 117) da çalışmalarında, bireylerin ilaç kullanırken son kullanım tarihlerine özen gösterdiğini belirtmektedirler. Buna karşılık, Özkan ve arkadaşlarının (2005: 229), çalışmasında hastalık durumunda bireylerin ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etmediği bulunmuştur.

Bireylerin antibiyotikleri tekrar kullanmaları durumunda ilk sırada hekime danışıldığı; ikinci sırada eczacılara danışıldığı görülmektedir. Kimseden bilgi almadan antibiyotik kullanan katılımcılar da bulunmaktadır. Oktay (2006: 15) ve Özçelikay (2001: 13) da, bireylerin hekim ve eczacı tarafından yeterli bilgilendirme almadan ilaç kullandığını belirtmiştir. Baybek ve arkadaşlarının (2005: 63), çalışmasında da katılımcıların geçmiş hastalık tecrübelerinden yola çıkarak kimseye danışmadığı vurgulamaktadır. Bu çalışmada, evde lazım olur diye antibiyotik bulunduranların, aynı şekilde tavsiye üzerine antibiyotik kullanabilen kişilerden oluştuğu görülmüştür. Pek çok çalışmada da, antibiyotik kullanımında tanıdıklara danışma ve tavsiye konusu üzerinde durulmuştur (Yılmaz ve ark., 2011: 274; Göçgeldi ve ark., 2009: 114; Vançelik ve ark., 2006: 36; Baybek, Bulut ve Çakır, 2005: 64; Özkan, 2005: 229; Özçelikay, 2001: 16).

Antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi edinmede, bireylerin yüksek oranda ilacın prospektüsünü okuyarak olası yan etkileri öğrendikleri gözlenmiştir. Baybek ve arkadaşları (2005: 61) da, bireylerin ilaç kullanırken %96,6 oranında prospektüs okuduğunu belirtmektedir. Olası yan etkilere yönelik bilgi edinmede çoğunlukla ilaç prospektüsü okuyan katılımcıların, ilacın yan etkileri görüldüğünde ilk başvurdukları kişi %80,6 oranında hekimlerden oluşmaktadır.

Katılımcıların hemen hemen yarısı hekim veya eczacının önerdiği süre antibiyotiği kullandıklarını belirtmektedir. Bazı çalışmalarda, hekimin önerdiği süreden daha az süre kullanıldığı ileri sürülmektedir (Baybek, Bulut ve Çakır, 2005: 62; Özçelikay, 2011: 16; Özkan ve ark., 2005: 229). Gerekli olabileceği düşüncesiyle, hasta olmadan ilaç alanların dağılımı incelendiğinde, bireylerin daha bilinçli oldukları, %87,7 oranında hasta olmadan ilaç alınmadığı görülmektedir. Şikâyetleri geçene kadar kullanan katılımcı oranı ise %31,5'dir.

Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların antibiyotik kullanımı konusunda yeterli özeni göstermedikleri görülmüştür. Genelde akılcı ilaç kullanımı özeldir akılcı antibiyotik kullanımına yönelik mücadelede, pek çok paydaş söz konusudur. Sağlık politikası oluşturulurken, ilaç israflarının önüne geçecek düzenlemeler yapılması önerilmektedir. Hastanelerde reçetesiz ilaç satışının önüne geçebilmek için gerekli önlemler alınsa da, önlemlerin ve denetimlerin artırılması beklenmektedir. Bu anlamda, sağlık kuruluşları

tarafından halkı bilinçlendirme ve farkındalık yaratmaya yönelik kampanyalar ve eğitimler verilmesi önerilebilir. Medyanın desteği alınarak konuya ilişkin daha verimli bilgilendirmeler yapılabilir. Sadece hasta ile sınırlı kalmayıp, sağlık hizmet sunucularının da konuya ilişkin sürekli eğitimler ile akılcı ilaç kullanımı farkındalığı artırılabilir. Bu sayede hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin bilgi kalitesi artırılarak, sunulan hizmet kalitesinde gelişme sağlanabilir. Diğer taraftan da ülke ekonomisine önemli katkılar verilebilir.

Kaynaklar

- 1.ACAR, Aylin, Selen Yeğenoğlu (2005), Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formüllerleri, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, Ankara, 34(3), s. 207-218.
- 2.AKAN, Hamdi (2006), Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Türk Hematoloji Derneği, ANKEM Dergisi, 20(1), s. 65-67.
- 3.AKICI, Ahmet, Ümit Uğurlu, Narin Gönüllü, Şule Oktay, Sibel Kalaça (2002), Pratisyen Hekimlerin Akıllı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11(7), s. 253-257.
- 4."Akılcı İlaç Kullanımı, Antibiyotik Nedir?", http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=1009, Erişim Tarihi: 25.05.2014.
- 5.AKSOY, S.Bora., Ömer Coşkun, Hanefi Cem Gül, Levent Görenek (2008), Enfeksiyon Hastalıkları Konsültasyon Hizmetlerinin Antibiyotik Kullanımı, Direnç Ve Maliyet Üzerindeki Etkisi, Gülhane Tıp Dergisi, 50, s. 71-77.
- 6.ANDRE, Malin, Asa Vernby, Johanna Berg, Cecilia Stalsby Lundborg (2009), A Survey Of Public Knowledge and Awareness Related To Antibiotic Use and Resistance In Sweden, Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 65(6), p. 1292-1296.
- 7.ARIKAN, Duygu, Gülşen Terakye, Asuman Güraksın, Zerrin Orbak, Sevinç Yaman ve Sevin Altınkaynak (1994), Antibiyotik Önerilen 0-6 Yaş Arasındaki Çocuklarda Annelerin İlaç Kullanım İlkelerine Uyuma Durumları, Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni, 26(1-2), s. 159-165.
- 8.AYDIN, Burç, Ayşe Gelal (2012), Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26(1), s. 57-63.
- 9.BAHAT, Gülistan, Timur Selçuk Akpınar, Fatih Tufan, Sibel Akın, Aslı Tufan, Nilgün Erten, Mehmet Akif Karan (2012), Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı, J Gerontol Geriatrik Arş, 1(1), s. 1-8.
- 10.BAYBEK, Hülya, Dilek Bulut, Aydın Çakır (2005), Muğla Üniversitesi İdari Personelinde İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15, s. 53-67.
- 11.BİLGİLİ, Naile, Gülnaz Karatay (2005), Sait Yazıcı Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Bireylerin İlaç Tüketimi İle İlgili Bazı Uygulamalarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), s. 39-48.
- 12.DUNAGAN, William C., Woodward Robert S., Medoff Gerald, James L. Gray, (Ed.) Casabar, Marc D. Smith, Candace A. Lawrenz, Edward Spitznagel (1989), Antimicrobial

misuse in patients with positive blood cultures, *The American Journal of Medicine*, 87(3), p. 253–259.

13.ERTEKİN, Cemalettin (2005), *Travma Hastalarında Antibiyotik Kullanımı*, ANKEM Dergisi, 19(3), s. 144-147.

14.GÖÇGELDİ, Ercan, Muharrem Uçar, Cengiz Han Açikel, Türker Türker, Metin Hasde (2009), *Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 8, s. 113-118.

15.GÖKALP, Osman, Hakan Mollaoğlu (2003), *Uygunuz İlaç Kullanımı*, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 10(2), s. 17-20.

16.GONZALES, Ralph, Daniel C. Malone, Merle A. Sande,(2001), *Excessive Antibiotic Use for Acute Respiratory Infections in the United States*, *Clinical Infectious Diseases*, 33, p. 757–762.

17.GWIMILE, Judith John, Seif Abdallah Shekalaghe, Gibson Nsokolo Kapanda, Elton Richard Kisanga (2012), *Antibiotic Prescribing Practice In Management Of Cough And/Or Diarrhoea In Moshi Municipality, Northern Tanzania: Cross-Sectional Descriptive Study*, *Pan African Medical Journal*, p. 1-8.

18.HOŞOĞLU, Salih, Mustafa Sünbül, Serpil Erol, Mustafa Altindiş, Rahmet Caylan, Kutbettin Demirdağ, Hasan Uçmak, Havva Mendes, Mehmet Faruk Geyik, Huseyin Turgut, Sibel Gündeş, Elif Kartal Doyuk, Mustafa Aldemir, Ali ihsan Dokucu (2003), *A National Survey of Surgical Antibiotic Prophylaxis In Turkey*, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24(10), p. 758-761.

19.İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) (2013), *Sektör Değerlendirmesi 2013*, http://www.ieis.org.tr/ieis/2013_sektor_degerlendirmesi.pdf, Erişim Tarihi: 23.05.2014.

20.KHACHATOURIANS, George G. (1998), *Agricultural Use Of Antibiotics And The Evolution And Transfer Of Antibiotic-Resistant Bacteria*, *Canadian Medical Association Journal*, 159, p. 1129-1136.

21.LE GRAND, Amanda, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruskamp Flora M. (1999), *Intervention Research In Rational Use Of Drugs: A Review*, *Health Policy Plan*, 14, p. 89-102.

22.MAR, Chris Del, Paul P. Glasziou, Annelise B. Spinks, (2006), *Antibiotics For Sore Throat, (Review)*", http://epublications.bond.edu.au/hsm_pubs/16, Erişim Tarihi:21.05.2014.

23.MCGOWAN, John E., Gerding Dale N. (1996), *Does Antibiotic Restriction Prevent Resistance?*, *New Horizons*, 4, p. 370-376.

24.*Medicines for Older People: Implementing medicines-related aspects of the NSF for Older People*, National Service Framework, (2001), <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/>, Erişim Tarihi:24.05.2014.

25.MOLLAHALILOĞLU, Salih (2000), *Ankara İl Merkezi'nde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Değerlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

26.NAZ, Hasan, Nevil Aykın, Figen Çağlan Çevik (2006), *Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi'nde Yatan Hastalarda Antibiyotik Kullanımına Yönelik Kesitsel Araştırma*, ANKEM Dergisi, 20(3), p. 137-140.

- 27.OKTAY, Şule (2006), Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri, Turkish Journal of Geriatrics, Özel Sayı, s. 15-18.
- 28.ÖZÇELİKAY, Gülbin (2001), Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi; 30, s. 9-18.
- 29.ÖZKAN, Seçil, Olga D. Özbay, F. Nur Aksakal, Mustafa N. İlhan, Sefer Aycan (2005), Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4, s. 223-237.
- 30.ÖZKURT, Zülal, Ayten Kadanalı, Mustafa Ertek, Serpil Erol, Mehmet Parlak, (2005), Cerrahi Profilaksizde Antibiyotik Kullanımı, ANKEM Dergisi, 19(3), s. 111-114.
- 31.ÖZSÜT, Halit (1998), Yoğun Bakım Ünitesinde İnfeksiyon Sorunu: Dirençli Bakteriler ve Antibiyotik Kullanımı, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 2, s. 5-14.
- 32.RICE, Louis B (2008), The Maxwell Finland Lecture: For The Duration, Rational Antibiotic Administration In An Era Of Antimicrobial Resistance And Clostridium Difficile, Clinical Infectious Diseases, 46, p. 491-496.
- 33.SLAMA, Thomas G., Alpesh Amin, Stephen A. Brunton, Thomas M. File, Gary Milkovich, Keith A. Rodvold, Daniel F. Sahn, Joseph Varon, David Weiland (2005), A Clinician's guide To The Appropriate And Accurate Use Of Antibiotics: The Council For Appropriate And Rational Antibiotic Therapy (CARAT) Criteria, The American Journal of Medicine, 118(7), p. 1-6.
- 34.TÜNGER, Özlem, Gönül Dinç, Beril Özbakkaloğlu, Ümit Cihan Atman, Ümit Algün (2000), Evaluation of Rational Antibiotic Use, International Journal of Antimicrobial Agents, 15, p. 131-135.
- 35.VANÇELİK, Serhat, Kemalettin Özden, Zülal Özkurt, Ülkü Altıparlak, Esin Aktaş, Ayşe Berivan Savcı (2006), Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Hastane İnfeksiyonları: 2005 Yılı Sonuçları, TSK Koryucu Hekimlik Bülteni, 5(3), s. 159-165.
- 36.WHO (1987), The Rational Use of Drugs - Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29, World Health Organization, Geneva.
- 37.WHO, "Antimicrobial Resistance", <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>, Erişim Tarihi: 25.05.2014.
- 38.WIDAYATA, Aris, Sri Suryawati, Charlotte De Crespigny, Janet E.Hiller (2012), Knowledge And Beliefs About Antibiotics Among People In Yogyakarta City Indonesia: A Cross Sectional Population-Based Survey, Antimicrobial Resistance and Infection Control, 1(38), p. 1-7.
- 39.YILMAZ, Meryem, Nuran Güler, Güngör Güler, Semra Kocataş (2011), Bir Grup Kadının İlaç Kullanımı İle İlgili Bazı Davranışları: Akılcı Mı?, Cumhuriyet Tıp Dergisi, 33, s. 266-277.

**HASTANE İŞLETMELERİNDE YATAK ETKİNLİĞİ GÖSTERGELERİNİN
MALİYETLERE ETKİSİ
(Pamukkale Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Bir Araştırma)**

Nuri ŞAŞMAZ*

ÖZET

Sağlık sektöründe hasta maliyetlerini hesaplamak ve bu maliyetlerin yapısını ortaya koymak, sağlık bakım hizmetleri maliyetlerinin kontrol altında tutulabilmesinde önemli rol oynamaktadır.

2012 yılı verileri esas alınarak Pamukkale Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde yataklı servislerde yatak ve yatan hastaların fiili maliyetleri hesaplanmıştır. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi ve Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü'nden temin edilen harcama ve giderler üç dağıtım aşamasından oluşan kademeli dağıtım yöntemi kullanılarak esas üretim gider yerlerine dağıtılmıştır. Hasta günü birim maliyetleri, hasta günü sayısı kullanılarak üçüncü dağıtımda hesaplanmıştır. Hastanedeki servisler arasında kapasite kullanma oranına bağlı olarak maliyetler açısından oldukça büyük farklar saptanmıştır. Servislere yapılacak yatak tahsisinde bu durumun dikkate alınması hastane olanaklarının akılcı ve verimli kullanılmasının sağlanması, en az maliyet ile en etkili sağlık hizmeti sunulmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Maliyet, Yatak Etkinliği, Kapasite Kullanım Oranı, Ortalama Yatış Süresi, Hastane Gider Türleri,*

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastane Müdürlüğü, hastane müdürü, nurisasmaz@mail.com

HOSPITAL COSTS OF BUSINESS INDICATORS OF EFFECTIVENESS THE EFFECT OF BED

(Pamukkale University Research in Practice and Research Hospital)

ABSTRACT

In health care sector, calculation of patient expenses and determination of the structure of these expenditures have an important role on keeping the costs of health care services under control.

The costs of operations and treatments that the patients received in the Pamukkale University hospital were calculated based on the data of 2012. Expenses and costs of the Pamukkale University hospital, which were obtained from the Hospital Information system and revolving fund, were distributed to main production centers by using a step-down allocation method composed of three distribution stages. Unit costs were calculated in the third allocation by using the number of the days that patient stayed(the length of stay of the patient). Depending on the utilization capacity rates of hospital services, a fairly large differences were found in terms of costs. Considering this situation will help use the hospital facilities in the most productive and reasonable way and thus will help us provide a better health care service with minimum cost.

Key words: Cost, Bed Effectiveness, Capacity Utilization Rate, Average Length of Stay, Hospital Expense Types.

1. Giriş

Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kullanımını ve kullanım sonuçlarını sorgulayan yaklaşımlar, sağlık harcamalarının hızlı artışı ile birlikte önem kazanmıştır. Hem sağlıklı bir toplum yaratma hem de kaynakların daha iyi kullanımı yönünde artan baskılar, birçok ülkede sağlık sisteminin performansını geliştirmeye ve ölçmeye yönelik girişimlerin artmasına neden olmuştur (Tatar, 2007-b: 151). Sağlık sektöründe, hasta maliyetlerini hesaplamak ve bu maliyetlerin yapısını ortaya koymak, maliyetlerin denetim altında tutulabilmesinde önemli rol oynamaktadır (Büyükkayıcı ve Şaşmaz, 2001:310). Maliyet denetiminin esası; iş programları, üretilecek mal veya hizmetler, yönetim politikaları ve çevresel değişkenlere ilişkin belli koşullar altında her gider kaleminin ne olması gerektiğine dayanmaktadır. Bu nedenle, maliyet denetimi işletmenin gelecekteki faaliyet planları ve işletmenin örgütsel sorumlulukları ile de yakından ilgili bulunmaktadır.

Hastane yönetimlerinin esas amaç fonksiyonu, belirli düzeydeki sağlık hizmetlerini, en düşük maliyetle ve maksimum nicelikte üretebilmektir (Menderes 1991). Hastanelerde mevcut hasta yatağı ile daha fazla hastaya daha ekonomik ve bilimsel şartlarda hizmet verebilmek, hastane yönetiminin bilimsel yöntemleri kullanmasıyla mümkün olabilmektedir (Yiğit ve Ağırbaş; 2004, s.141–162). Hastanelerin ihtiyaç duydukları finansman miktarını hesaplayabilmek için, finansman gerektiren faaliyetlerin çeşitlerini ve özelliklerini belirleyip, belirlenen özelliklere uygun üretim miktarları ile bunlar için tüketilen kaynakların cins ve miktarlarına yönelik bilgileri derleyip, değerlendirmenin önemli bir araç olduğu belirtilmektedir. (Büyükkayıcı, 1997:2)

Hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri ve kendilerinden beklenen artı değeri yaratmaları için hiç olmazsa sahip oldukları kaynakları etkili ve verimli bir tarzda

kullanmaları gerekmektedir. Maliyet-performans analizleri, hastanelerin mevcut kaynakları ile maksimum nitelik ve nicelikteki hizmetleri, topluma sunabileceklerinin planlanmasında ve gerçekleştirilen çalışmaların kontrol edilmesinde hastane yöneticilerine yardımcı olacak bir yönetsel araçtır (Ağırbaş, 1993: 21).

Hem performansın boyutlarından biri olarak kabul edilen, hem de verimliliğin içinde yer alan etkinlik kavramı, çoğu zaman literatürde verimlilik, karlılık, kalite, performans ve etkililik ile eş anlamlarda kullanılmakta, bunun yanında, farklı disiplinler için de farklı anlamlar taşımaktadır. İktisadi anlamda etkinlik, minimum caba veya masraf ile maksimum sonuçlar elde etme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Lorcu, 2008: 36). Etkinlik ölçümleri performans geliştirme sürecinde yönetime iki büyük olanak sağlamaktadır. Bunlar, mevcut koşullar altında tüm kaynakların tam kapasitede kullanılmasına ulaşmak ve örgüt içi ve dışı kısıtlamaları yok sayarak ideal potansiyele ulaşmaktır (Akal, 2005: 37).

Hasta yataklarının etkin bir şekilde kullanımı, Hastanenin genel ekonomik performansını etkileyen en önemli faktördür. Hasta yataklarının etkinliğini ortaya koyan temel göstergeler hasta günü sayısı, ortalama kalış süresi, kapasite kullanım oranı ve yatak devir hızıdır. Hastaneleri yatak kapasitesi bir Hastanede klinik hastaların hizmetine ayrılan toplam yatak sayısıdır. Poliklinik yatakları ve yeni doğan bebek yatakları Hastane yatak kapasitesine dahil edilmez (Sümbüloğlu, 2000). Hastanelerin kullanım ölçütlerinin en önemlisi durumunda bulunan Kapasite Kullanım Oranı (KKO) ise şöyle hesaplanır:

$$KKO = \frac{\text{Toplam Hasta Günü} \times 100}{\text{Hasta Yatagi Sayisi} \times 365}$$

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, yüksek nitelikli ve kaliteli sağlık hizmetini üretmek, ihtiyaç sahiplerine sunmak ve bundan sağladığı geliri en ekonomik, verimli ve yararlı bir şekilde kullanmak olan hastane yönetimlerinin, yatak etkinliği ve diğer performans göstergelerine göre gider kontrolünü yaparak kaynakların daha etkili kullanılmasını sağlamaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni; Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Araştırma ve Uygulama Hastanesinin 2012 yılına ait tüm finansal verileri ve istatistikleri araştırma evrenini oluşturmuştur. Hastanenin finansal verilerinin sağlanmasında örneklem seçilmemiş ve tüm 12 ayın finansal ve statiksel verileri fiili rakamlar üzerinden Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden (HBYS) alınmıştır. Finansal ve istatistiksel verilerin dışında ve gerekli durumlarda uzman görüşüne başvurulmuştur.

2.3. Veri Toplama Tekniği

Araştırma için gerekli veriler, başta anayasa olmak üzere Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Yüksek Öğretim Kurumu, 5018 Sayılı Kanun, Kamu İhale Kanunu ve diğer ilgili kanunlar ve bunlara bağlı tüzük ve yönetmelikler ile poliklinik, yatış, tetkik, tedavi, ameliyat, taburcu işlemleri, laboratuvar ve görüntüleme, eczane, ambar, stok kontrol,

satın alma, vezne, faturalama ve muhasebe işlemleri, arşiv, istatistik, insan kaynakları, kalite, performans, ameliyathane, kan merkezi ve diğer birimlerin veri bankası olan Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden (HBYS) veriler alınmıştır. Aşağıda ekranı yer alan maliyet analizi modülü yardımıyla gider merkezlerinin gider ve gelirlerinin dağıtımı yapılmıştır.

Şekil Hastane Verimlilik Analiz Ekranı

The screenshot displays a software interface for hospital efficiency analysis. It features several data tables and summary sections:

- Summary Section:** Includes fields for 'Bölüm Toplamı' (Department Total) and 'Kurum Toplamı' (Institution Total) for 'Reel Gelir (Fatura)', 'İşlem Geliri (EkB)', 'İşlem Gideri (Maliyet)', 'Paket İşlem Tutarı', 'Orn Gelir', and 'Orn'. It also includes a 'Hazırla' button.
- Gelirler (Revenues) Table:** A table with columns: 'İşlem Türü', 'Reel Gelir (Fatura)', 'İşlem Geliri (EkB)', 'İşlem Gideri (Maliyet)', 'Paket İşlem Tutarı', and 'Net Gelir'.
- Giderler (Expenses) Section:**
 - Aylık Bölüm Depo Toplamları (Monthly Department Warehouse Totals):** A table with columns: 'Sed', 'Eğilim İşlem', 'Laboratuvar', 'Kırtasiye', 'Temsik', 'Atölye', 'Terzhanesi', and 'Toplam'. It has rows for 'B Top.' and 'K Top.'.
 - Aylık Bölüm Diğer Gider Toplamları (Monthly Department Other Expense Totals):** A table with columns: 'Genel Gider (Poz. Sağlık Kurumları)', 'Bakım Onarım', 'Amortisman', 'Şirket Per. Gid.', 'Dönem Sermaye', 'Diğer Giderler', and 'Toplam'. It has rows for 'B Top.' and 'K Top.'.
- Verimlilik (Efficiency) Section:** A table with columns: 'Performans Puanı', 'Net Gelir', 'Toplam Gider', 'Gelis-Gider Oranı', 'Son 3 Ay Gelir/Gider', and 'Kalite Verimlilik Katsayısı'. It has rows for 'B Top.' and 'K Top.'.

2.4.Yöntem

PAÜ Hastanesinde elde edilen veriler birinci aşamada, fonksiyonel bölümlere esasına göre gider merkezlerine dağıtılmıştır. Daha sonra ikinci aşamada, dağıtım kriterlerinden yararlanılarak kademeli dağıtım yöntemi yoluyla giderlerin ikinci dağıtımı yapılmış ve esas üretim gider merkezlerinin toplam maliyeti hesaplanmıştır. Üçüncü aşamada ise [(**Toplam Maliyet - Esas Üretim Gider Yeri Toplam Maliyeti**) / **Esas Üretim Gider Yeri Toplam Maliyeti**]*100 formülünden yararlanılarak genel yönetim gideri dağıtım yüzdesi bulunarak gider merkezlerinde oluşan toplam gider ile çarpılıp bu bölüme düşen genel yönetim gideri miktarı hesaplanarak toplam gidere ulaşılmıştır.

3. Bulgular

3.1. Hasta Yatakları İstatistik Bulguları

Hastanede 2012 yılında 687 fiili yatak ile 34.950 hastaya yataklı tedavi hizmeti sunulmuş, toplam 176.809 hasta günü hizmet vermiştir. Hastanede ortalama yatış süresi 5,06 gün olmuştur. Nüfus başına düşen yatak sayısı hastane hizmetlerinin kapasitesini gösteren bir ölçüt olarak kullanılıyor. Türkiye’de 2011’de bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı 2,5. Bu rakam 4,8 olan OECD ortalamasının neredeyse yarısı. Gelişmiş ülkelerde nüfus başına düşen yatak sayısı oldukça yüksek olmaya devam ediyor. Bin kişi başına 13,4 yatak sayısı ile Japonya başı çekerken OECD ülkeleri arasında Türkiye’den daha düşük yatak sayısına sahip tek ülke Şili dir.

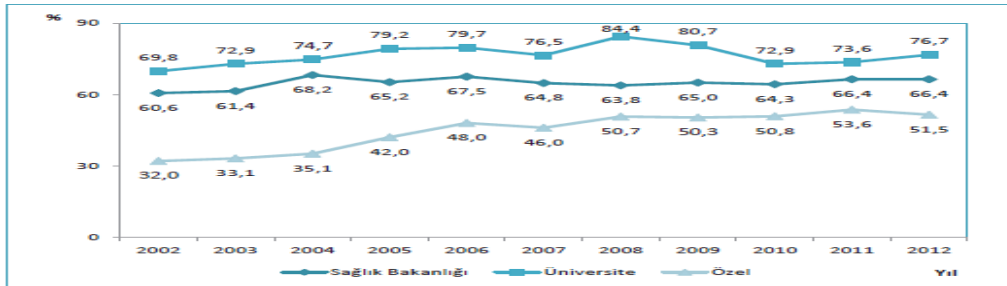
Tablo 1. 2013 Yılı Yatak Kullanımı ile İlgili Performans Göstergeleri

GİDER MERKELERİ	Personel Sayısı	Fihli Yatak Sayısı	Yatılan Gün Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Hasta Sayısı	OYS (gün)	KKO (%)	Yatak Devir Aralığı	Yatak Devir Hızı
BEYİN CERRAHI SERVİSİ	30	32	6.669	1.051	856	6,35	57,10	5,85	32,84
ÇOCUK CERRAHI SERVİSİ (PLA	19	17	2.404	893	849	2,69	38,74	4,48	52,53
ÇOCUK HASTALIKLARI SERVİS	36	33	3.825	602	553	6,35	31,76	14,86	18,24
ÇOCUK HEMATOLOJİSİ SERVİS	12	8	2.458	321	304	7,66	84,18	1,52	40,13
ÇOCUK KARDİYOLOJİSİ SERVİ	8	4	718	79	67	9,09	49,18	11,07	19,75
ÇOCUK NEFROLOJİ SERVİSİ	12	8	2.288	407	384	5,62	78,36	1,65	50,88
ÇOCUK NÖROLOJİ SERVİSİ	1	2	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
ÇOCUK PSİKİYATRİ SERVİSİ	13	3	7	1	1	7,00	0,64	1.088,00	0,33
DERMATOLOJİ SERVİSİ	18	13	3.586	197	171	18,20	75,57	6,78	15,15
ENDOKRİNOLOJİ SERVİSİ	19	14	4.165	480	434	8,68	81,51	2,18	34,29
ENFEKSİYON HAST. SERVİSİ	17	9	2.579	332	291	7,77	78,51	2,43	36,89
FİZİK TEDAVİ SERVİSİ	39	32	13.177	1.017	967	12,96	112,82	-1,55	31,78
GASTROLOJİ SERVİSİ	14	13	4.012	665	549	6,03	84,55	1,34	51,15
GENEL CERRAHI SERVİSİ	40	38	10.533	3.552	1.935	2,97	75,94	1,72	93,47
GÖĞÜS CERRAHI SERVİSİ	16	14	2.975	574	423	5,18	58,22	5,05	41,00
GÖĞÜS HASTALIKLARI SERVİS	23	18	6.048	1.869	1.760	3,24	92,05	0,30	103,83
GÖZ SERVİSİ	29	13	5.359	2.074	2.052	2,58	112,94	-0,30	159,54
HEMATOLOJİ SERVİSİ	30	23	7.418	732	614	10,13	88,36	1,59	31,83
KALP DAMAR CERRAHI SERVİ	30	30	6.876	1.309	739	5,25	62,79	5,51	43,63
KARDİYOLOJİ SERVİSİ	32	21	4.876	2.099	1.850	2,32	63,61	1,51	99,95
KEMİK İLİĞİ VE TRANSPLANTA	10	9	1.538	97	90	15,86	46,82	19,41	10,78
KULAK BURUN BOĞAZ SERVİS	21	15	4.421	1.303	1.254	3,39	80,75	0,84	86,87
NEFROLOJİ SERVİSİ	9	12	6.759	604	513	11,19	154,32	-4,64	50,33
NÖROLOJİ SERVİSİ (PLAZA 6. K	31	25	6.142	820	725	7,49	67,31	4,11	32,80
ONKOLOJİ SERVİSİ	29	24	7.052	1.205	1.058	5,85	80,50	1,61	50,21
ORGAN NAKLİ KLİNİĞİ	11	16	481	63	48	7,63	8,24	111,65	3,94
ORTOPEDİ SERVİSİ	37	32	9.594	2.361	2.245	4,06	82,14	0,93	73,78
PLASTİK CERRAHI SERVİSİ	18	14	4.483	1.042	1.019	4,30	87,73	0,62	74,43
KADIN HASTALIKLARI	42	37	11.082	3.372	3.309	3,29	82,06	0,73	91,14
PSİKİYATRİ SERVİSİ	42	27	5.384	379	360	14,21	54,63	12,42	14,04
ROMATOLOJİ SERVİSİ	18	10	1.978	200	176	9,89	54,19	9,50	20,00
ÜROLOJİ SERVİSİ	30	32	7.140	2.214	2.135	3,22	61,13	2,13	69,19
ANESTEZİ YOĞUN BAKIM SER	52	14	5.013	475	75	10,55	98,10	1,29	33,93
ANESTEZİ YOĞUN BAKIM SER-	28	7	1.093	566	21	1,93	42,78	69,62	80,86
BEYİN CERRAHI YOĞUN BAKI	18	10	2.247	278	6	8,08	61,56	233,83	27,80
ÇOCUK CER YOĞUN BAKIM 2.	9	6	919	47	25	19,55	41,96	50,84	7,83
ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTE	20	10	2.793	159	19	17,57	76,52	45,11	15,90
KALP DAMAR CERRAHI YOĞU	20	10	1.607	483	7	3,33	44,03	291,86	48,30
KARDİYOLOJİ YOĞUN BAKIM (	16	7	2.028	510	181	3,98	79,37	2,91	72,86
PLAZA 6 (NÖROLOJİ-NÖROLOJ	13	5	225	38	0	5,92	12,33	0,00	7,60
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM S	21	20	4.857	480	367	10,12	66,53	6,66	24,00
TOPLAM	933	687	176.809	34.950	28.432	5,06	70,51	2,60	50,87

Kaynak: Hastane İstatistik Birimi

Kapasite kullanım oranı, yatak kapasitesinin çok altında ya da çok üstünde çalışan bir hastanede yatak sayısının azaltılmasına ya da çoğaltılmasına karar vermek için kullanılacak önemli bir ölçüttür.

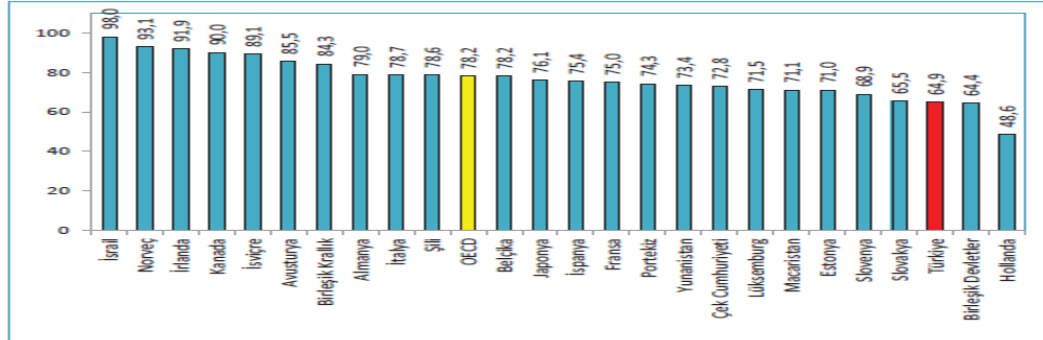
Grafik 1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bir hastanede kapasite kullanım oranının % 80 olması normal karşılanır. Hastane yataklarının etkin kullanımı, hastanenin genel ekonomik performansını etkileyen en önemli faktördür.

Grafik 2: Hastanelerde Akut Yatak Doluluk Oranlarının Uluslararası Karşılaştırması 2011



Kaynak: OECD Health at a Glance, 2013

Hastanenin kapasite kullanım oranı %70,51'dir. Bu oran 2012 yılı Türkiye ortalamasından (%65,1) yüksek ancak üniversite hastaneleri ortalamasından (%76,7) ve gelişmiş ülke ortalamalarından (%78,2) düşüktür. Hastanenin hastane yatak kapasitesinin yaklaşık % 29,49'u atıl kalmıştır.

3.2. Hastane Giderleri

3.2.1.Sabit Giderler

3.2.1.1 4-B Maaş Ödemeleri

Hastanenin 4-B maaş ödemeleri için yaptığı aylık ortalama tutar 94,142.22 TL'dir. Mayıs ayında ciddi gerilemeler yaşanan bu ödemelerde 2012 yılı toplam ödenen 4/B maaş ödemesi ise 1.129.707 TL'dir.

3.2.1.2 657 Maaş Ödemeleri

Hastanenin 2012 yılında Döner Sermayeden çalışanlarına ödediği 657 Maaş ödemesi aylık ortalama 132,577 TL'dir. 2012 yılı ödenen 657 maaş ödemesi toplam 1.590.919 TL'dir.

3.2.1.3 Performans Ek Ödemeleri

Hastanenin 2012 yılı aylık ortalama performans ek ödemesi 1,755,582 TL'dir. Son 4-5 aydır bu ödemelerde çok fazla değişkenlik yoktur.2012 yılı ödenen toplam performans ek ödemesi ise 21,066,985 TL'dir.

3.2.1.4 Nöbet-İcap Ödemeleri

Hastanenin 2012 yılı aylık ortalama nöbet-icap ödemesi 177.754 TL'dir. Aylık bazda 199,942 TL dir. 2012 yılında ödenen toplam nöbet-icap ödemesi 2,399,301TL'dir.

3.2.1.5Yakacak Gideri

Hastanemizin 2012 yılı aylık ortalama yakacak gideri 105,833 TL'dir. 2012 yılı toplam yakacak gideri ise 1,279,838TL'dir.

3.2.1.6 Elektrik Gideri

Hastane genelinde merkezi soğutma ve merkezi ısıtma sistemi bulunması ve hastane binasının akıllı bina olarak inşa edilmesi elektrik tüketimini artırmaktadır. Elektrik tüketiminin aylık ortalama maliyeti 449,446 TL'dir. 2011 yılı elektrik toplam gideri 2.257.894 TL iken 2012 yılı elektrik tüketimi 5,393,356 TL dir. Elektrik tüketiminde mevsimsel dalgalanmalar oldukça fazladır. Sıcakların artması ile beraber doğru orantılı olarak

elektrik tüketimi artmaktadır. Aşağıdaki grafikte aylar itibari ile elektrik maliyetleri yer almaktadır.

3.2.1.7 Temizlik Giderleri

Temizlik giderleri; aylık ortalama 635,020 TL'dir.. Son aylarda maliyetlerin ortalamanın üzerinde seyrettiği ve artış eğilimine girdiğini görülmektedir. 2011 yılı temizlik toplam gideri 4.386.267 TL iken 2012 yılı toplam gideri 7,620,246. TL'dir.

3.2.1.8 Yemekhane Hizmet Giderleri

Yemekhane giderleri; aylık ortalama 252,524 TL civarında yer almaktadır..2011 yılı yemekhane hizmeti toplam gideri 2.454.725,90 TL iken 2011 yılı yemekhane hizmeti toplam gideri 3,030,285TL.

3.2.2. Değişken Giderler

Faaliyet hacmine doğrudan doğruya bağlı ve aynı oranda değişken maliyetlerdir. Dolaysız işçilik, hammadde ve değişken genel imalat maliyetleri gibi üretimle ilgili maliyetler ve komisyon, parça başına yükleme vb. ödemeleri durumunda; satış maliyetleri, değişken maliyetlere tipik örnekleri oluştururlar. Değişken maliyetler, faaliyet maliyetleridir.

3.2.2.1 İlaç Alım Gideri

İlaç alım gideri 2011 yılında aylık ortalama 1.039.215 TL iken 2012 yılında 1,174,218.48 TL'dir. 2011 yılı ilaç alım toplam gideri 12.470.583, 2012 yılında ise 14,090,621.70 TL'dir.

3.2.2.2 Tıbbi Malzeme Alım Gideri

Tıbbi malzeme alım gideri 2011 yılında aylık ortalama 1.242.915 TL iken 2012 yılında 1,450,747.10 TL'dir.2011 yılı tıbbi malzeme alım toplam gideri 14.914.981,20 TL, 2012 yılında ise 17.408.965.20TL'dir.

3.2.2.3 Tıbbi Atık Gideri

Hastanenin tıbbi atık gideri 2011 yılında aylık ortalama 43.902 TL iken 2012 yılında aylık 24,738 TL 'dir.2011 yılı tıbbi atık toplam gideri 526.831 TL, 2012 yılında ise 296,858 dir.

3.2.2.4Kızılay Kan Alımı Gideri

Hastanenin 2012 yılı kan alımına ödediği tutar aylık ortalama 115,825 TL'dir. 2012 yılında ödenen toplam tutarı ise 1.389.899 TL' dir.

4. Hastane Maliyet Analizi Bulguları

4.1. Birinci Maliyet Dağıtım ile İlgili Maliyet Yapısı Bulguları

Hastanesinin 2012 yılı verilerine göre o yılki toplam gideri **153,676,081** TL olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 2. Hastane Giderlerinin Türlerine Göre Dağılımı (TL)

2012 YILI BİRİNCİ DAĞITIM SONUCU HASTANE GİDERLERİNİN DAĞILIMI		
GİDER KALEMLERİ	Tutar	%
1. Direkt İlk Madde Malzeme Giderleri	44.899.001	29,22
2. Personel Giderleri	79.160.557	51,51
3. Genel Üretim Giderleri	29.616.522	19,27
GENEL TOPLAM	153.676.081	100

Yukarıdaki tabloda gider türlerinin (ilk madde ve malzeme, direkt işçilik, genel üretim giderleri) toplam hastane içindeki gider miktarları ile yüzdeleri oranları görülmektedir. Satır yüzdeleri incelendiğinde 2012 yılında hastane toplam giderlerin %51,51’ ini personel giderleri, %29,22’sini ilk madde ve malzeme (ilaç, tıbbi sarf malzeme vb) giderleri ve % 19,27’ sini ise (elektrik, su, yakacak, yiyecek, haberleşme, tamir, bakım ve onarım, temizlik, kırtasiye, demirbaş amortismanı, bina amortismanı ve taşıt) giderleri oluşturmaktadır.

4.2.2 İkinci Maliyet Dağıtım ile İlgili Maliyet Yapısı Bulguları

Hastaneden elde edilen veriler, gider merkezi ile olan ilişkisine ve fonksiyonel bölümlere esasına göre düzenlenmiştir. Bütün gider merkezlerinin toplam maliyetleri belirlendikten sonra, kademeli dağıtım yöntemi (kademeli maliyet dağıtım yöntemi içinde kullanılan bir teknik olan basit maliyet dağıtım tekniği) ile genel üretim giderleri niteliğindeki yönetim ve yardımcı hizmet birimlerinin giderleri esas hizmet merkezi niteliğindeki klinik, poliklinik, ameliyathane ve laboratuvar servisleri hizmet merkezlerine uygun ölçütler kullanılarak dağıtılmıştır.

3.3. Üçüncü Maliyet Dağıtım Sonucu Hasta Günü Maliyeti (HGM) ile İlgili Maliyet Yapısı Bulguları

Hastanelerde en önemli maliyet kavramları, yatan hasta servislerinde, fiili yatak maliyeti ve yatan hasta maliyetleridir. Maliyet analizi çalışmasında hasta günü maliyetinin hesaplanması aşağıda belirtilen formül yardımı ile yapılmıştır.

Tablo 3. Hasta Günü Maliyeti (HGM)

GİDER MERKELERİ	Toplam Maliyeti		Fili Hasta Günü Maliyeti	
	TL	%	Fili Hasta Günü Sayısı	Fili Hasta Günü Birim Maliyeti
BEYİN CERRAHİ SERVİSİ	6.777.980	6,39	6.669	1.016
ÇOCUK CERRAHİ SERVİSİ (PLA	1.474.009	1,39	2.404	613
ÇOCUK HASTALIKLARI SERVİS	2.993.450	2,82	3.825	783
ÇOCUK HEMATOLOJİSİ SERVİS	1.257.622	1,18	2.458	512
ÇOCUK KARDİYOLOJİSİ SERVİ	493.579	0,47	718	687
ÇOCUK NEFROLOJİ SERVİSİ	931.875	0,88	2.288	407
ÇOCUK NÖROLOJİ SERVİSİ		0,00		
ÇOCUK PSİKİYATRİ SERVİSİ	991.793	0,93	7	141.685
DERMATOLOJİ SERVİSİ	1.667.750	1,57	3.586	465
ENDOKRİNOLOJİ SERVİSİ	1.520.147	1,43	4.165	365
ENFEKSİYON HAST. SERVİSİ	1.582.961	1,49	2.579	614
FİZİK TEDAVİ SERVİSİ	3.391.282	3,20	13.177	257
GASTROLOJİ SERVİSİ	2.007.105	1,89	4.012	500
GENEL CERRAHİ SERVİSİ	6.774.067	6,38	10.533	643
GÖĞÜS CERRAHİ SERVİSİ	1.806.118	1,70	2.975	607
GÖĞÜS HASTALIKLARI SERVİS	2.512.050	2,37	6.048	415
GÖZ SERVİSİ	2.694.180	2,54	5.359	503
HEMATOLOJİ SERVİSİ	5.814.140	5,48	7.418	784
KALP DAMAR CERRAHİ SERVİ	5.132.008	4,84	6.876	746
KARDİYOLOJİ SERVİSİ	5.086.746	4,79	4.876	1.043
KEMİK İLİĞİ VE TRANSPLANTA	1.045.983	0,99	1.538	680
KULAK BURUN BOĞAZ SERVİS	2.067.610	1,95	4.421	468
NEFROLOJİ SERVİSİ	2.190.089	2,06	6.759	324
NÖROLOJİ SERVİSİ (PLAZA 6. K	3.299.554	3,11	6.142	537
ONKOLOJİ SERVİSİ	3.604.607	3,40	7.052	511
ORGAN NAKLİ KLİNİĞİ	615.334	0,58	481	1.279
ORTOPEDİ SERVİSİ	8.879.988	8,37	9.594	926
PLASTİK CERRAHİ SERVİSİ	1.847.130	1,74	4.483	412
KADIN HASTALIKLARI	4.018.036	3,79	11.082	363
PSİKİYATRİ SERVİSİ	2.836.088	2,67	5.384	527
ROMATOLOJİ SERVİSİ	1.287.231	1,21	1.978	651
ÜROLOJİ SERVİSİ	3.557.027	3,35	7.140	498
ANESTEZİ YOĞUN BAKIM SER	6.481.005	6,11	5.013	1.293
ANESTEZİ YOĞUN BAKIM SER-	1.287.614	1,21	1.093	1.178
BEYİN CERRAHİ YOĞUN BAKI	1.475.275	1,39	2.247	657
ÇOCUK CER YOĞUN BAKIM 2.	435.998	0,41	919	474
ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTE	1.077.563	1,02	2.793	386
KALP DAMAR CERRAHİ YOĞU	1.856.617	1,75	1.607	1.155
KARDİYOLOJİ YOĞUN BAKM (	1.003.847	0,95	2.028	495
PLAZA 6 (NÖROLOJİ-NÖROLOJ	586.356	0,55	225	2.606
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM S	1.766.710	1,66	4.857	364
TOPLAM	106.128.522	100	176.809	

Kaynak: Hastane Döner Sermaye Tahakkuk Birimi

Tabloda da görüldüğü gibi servis maliyetleri kendi içlerinde büyük farklılıklar göstermektedir. Kapasite kullanım oranının düşük olan servislerin ortalama maliyetleri genellikle hastane boyutundaki ortalama maliyetlerin çok üzerinde gerçekleşmektedir. Ayrıca her servisin kendi özellikleri ve kabul ettiği hastaların tedavi giderlerinin farklılaşmasının sonucunda gerek servis toplam maliyetlerinin gerekse ortalama maliyetlerinin farklı olması doğaldır.

3.4. Yatak Etkinliği İle İlgili Bulgular

2012 yılı kapasite kullanım oranları hastane yataklı servisleri arasında farklılıklar göstermektedir. Hastane genelinde kapasite kullanım oranı %70.51, ortalama yatış süresi de %5.06'dır. Kapasite kullanım oranının en yüksek olduğu servisler sırası ile nefroloji

(%154.32), göz (%112.94), fizik tedavi (%112.82) servisleridir. Hastanede kapasite kullanım oranı en düşük düzeyde organ nakli (% 8.24) servisinde gerçekleşmiştir.

3.4.1. Yatan Hasta Servislerinde Kapasite Kullanım Oranlarının Maliyetlere Etkisi

3.4.1.1 Beyin Cerrahisi Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Tablo 4: Beyin Cerrahi Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Üçüncü Dağıtım Sonrası KKO'na Göre Beyin Cerrahisi Servisi Birim Maliyet Dağılımı					
KKO	Hasta Günü	Toplam Değişken Maliyet (TDM=BDM*HG)	Toplam Sabit Maliyet (SM)	Toplam Maliyet (TM=DM+SM)	Birim Maliyet (BM=TM/HG)
0.10	1,168	675,829	2,919,160	3,594,988	3,078
0.20	2,336	1,351,658	2,919,160	4,270,817	1,828
0.30	3,504	2,027,487	2,919,160	4,946,646	1,412
0.40	4,672	2,703,315	2,919,160	5,622,475	1,203
0.50	5,840	3,379,144	2,919,160	6,298,304	1,078
0.57	6,669	3,858,983	2,919,160	6,778,142	1,016
0.60	7,008	4,054,973	2,919,160	6,974,133	995
0.70	8,176	4,730,802	2,919,160	7,649,961	936
0.80	9,344	5,406,631	2,919,160	8,325,790	891
0.90	10,512	6,082,460	2,919,160	9,001,619	856
1.00	11,680	6,758,288	2,919,160	9,677,448	829

Beyin Cerrahisi servisi kapasite kullanım oranı % olarak gerçekleşmiş ve birim hasta günü maliyeti 1,016 TL olmuştur. Kadın doğum servisinin %100 kapasite ile çalışması durumunda birim maliyetler 829 TL, % 50 kapasite ile çalışması durumunda 1,078 TL olmaktadır. Tablo 31'de görüldüğü gibi beyin cerrahi servisinde kapasite kullanım oranı %10 olduğunda birim hasta günü maliyeti 3,078 TL, %20 olduğunda önemli oranda düşerek 1828 TL olmaktadır. Özellikle değişken giderlerin düşük olduğu Hastanelerde, düşük kapasite kullanım oranının sabit maliyetlerin etkisiyle birim maliyetler yüksek olurken, kapasite kullanım oranı arttıkça ortalama sabit maliyetler düşmekte ve tam kapasite durumunda en düşük düzeye inmektedir.

3.4.1.2 Çocuk Hastalıkları Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Tablo 5:Çocuk Hastalıkları Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Üçüncü Dağıtım Sonrası KKO'na Göre Çocuk Hastalıkları Servisi Birim Maliyet Dağılımı					
KKO	Hasta Günü	Toplam Değişken Maliyet (TDM=BDM*HG)	Toplam Sabit Maliyet (SM)	Toplam Maliyet (TM=DM+SM)	Birim Maliyet (BM=TM/HG)
0.10	1,205	48,679	2,723,929	2,772,608	2,302
0.20	2,409	97,357	2,723,929	2,821,286	1,171
0.30	3,614	146,036	2,723,929	2,869,965	794
0.3176	3,825	154,603	2,723,929	2,878,532	752
0.40	4,818	194,715	2,723,929	2,918,644	606
0.50	6,023	243,393	2,723,929	2,967,322	493
0.60	7,227	292,072	2,723,929	3,016,001	417
0.70	8,432	340,750	2,723,929	3,064,680	363
0.80	9,636	389,429	2,723,929	3,113,358	323
0.90	10,841	438,108	2,723,929	3,162,037	292
1.00	12,045	486,786	2,723,929	3,210,715	267

Çocuk hastalıkları servisi kapasite kullanım oranı % **31.76** olarak gerçekleşmiş ve birim hasta günü maliyeti 752 TL olmuştur. Çocuk servisinin %100 kapasite ile çalışması durumunda birim maliyetler, 267 TL, % 50 kapasite ile çalışması durumunda 752 TL olmaktadır. Tablo 'de görüldüğü gibi çocuk hastalıkları servisi servisinde kapasite kullanım oranı %10 olduğunda birim hasta günü maliyeti 2.302 TL, %20 olduğunda önemli oranda düşerek 1.171 TL olmaktadır.

3.4.1.3 .Kalp Damar Cerrahisi Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Tablo 6:Kalp Damar Cerrahisi Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Üçüncü Dağıtım Sonrası KKO'na Kalp Damar Cerrahisi Servisi Birim Maliyet Dağılımı					
KKO	Hasta Günü	Toplam Değişken Maliyet (TDM=BDM*HG)	Toplam Sabit Maliyet (SM)	Toplam Maliyet (TM=DM+SM)	Birim Maliyet (BM=TM/HG)
0.10	1,095	379,791	2,818,925	3,198,716	2,921
0.20	2,190	759,582	2,818,925	3,578,507	1,634
0.30	3,285	1,139,373	2,818,925	3,958,298	1,205
0.40	4,380	1,519,164	2,818,925	4,338,089	990
0.50	5,475	1,898,955	2,818,925	4,717,880	862
0.60	6,570	2,278,746	2,818,925	5,097,671	776
0.6279	6,876	2,384,708	2,818,925	5,203,632	757
0.70	7,665	2,658,537	2,818,925	5,477,462	715
0.80	8,760	3,038,328	2,818,925	5,857,253	669
0.90	9,855	3,418,119	2,818,925	6,237,044	633
1.00	10,950	3,797,910	2,818,925	6,616,835	604

Kalp damar Cerrahisi servisi kapasite kullanım oranı % **62.79** olarak gerçekleşmiş ve birim hasta günü maliyeti 757 TL olmuştur. Kalp damar Cerrahisi servisinin %100 kapasite ile çalışması durumunda birim maliyetler, 604 TL, % 50 kapasite ile çalışması durumunda 862 TL olmaktadır. Tablo 33'de görüldüğü gibi çocuk hastalıkları servisi servisinde kapasite

kullanım oranı %10 olduğunda birim hasta günü maliyeti **2.921 TL**, %20 olduğunda önemli oranda düşerek **1.634 TL** olmaktadır.

3.4.1.4 Organ Nakli Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Tablo 7: Organ Nakli Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Üçüncü Dağıtım Sonrası KKO'na Organ Nakli Servisi Birim Maliyet Dağılımı					
KKO	Hasta Günü	Toplam Değişken Maliyet (TDM=BDM*HG)	Toplam Sabit Maliyet (SM)	Toplam Maliyet (TM=DM+SM)	Birim Maliyet (BM=TM/HG)
0.08	481	7,941	505,286	513,227	1,067
0.10	584	9,637	505,286	514,923	882
0.20	1,168	19,274	505,286	524,560	449
0.30	1,752	28,910	505,286	534,196	305
0.40	2,336	38,547	505,286	543,833	233
0.50	2,920	48,184	505,286	553,470	190
0.60	3,504	57,821	505,286	563,107	161
0.70	4,088	67,458	505,286	572,744	140
0.80	4,672	77,094	505,286	582,380	125
0.90	5,256	86,731	505,286	592,017	113
1.00	5,840	96,368	505,286	601,654	103

Organ nakli servisi kapasite kullanım oranı % **8.24** olarak gerçekleşmiş ve birim hasta günü maliyeti **1.067 TL** olmuştur. Organ nakli servisinin %100 kapasite ile çalışması durumunda birim maliyetler, **103 TL**, % 50 kapasite ile çalışması durumunda **190 TL** olmaktadır. Tablo 34'de görüldüğü gibi Organ nakli servisinde kapasite kullanım oranı %10 olduğunda birim hasta günü maliyeti **1.067 TL** %20 olduğunda önemli oranda düşerek **882 TL** olmaktadır.

3.4.1.5 Psikiyatri Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Tablo 8: Psikiyatri Servisi KKO'na Göre Birim Maliyet Dağılımı

Üçüncü Dağıtım Sonrası KKO'na Psikiyatri Servisi Birim Maliyet Dağılımı					
KKO	Hasta Günü	Toplam Değişken Maliyet (TDM=BDM*HG)	Toplam Sabit Maliyet (SM)	Toplam Maliyet (TM=DM+SM)	Birim Maliyet (BM=TM/HG)
0.10	986	12,303	2,752,835	2,765,138	2,806
0.20	1,971	24,605	2,752,835	2,777,440	1,409
0.30	2,957	36,908	2,752,835	2,789,743	944
0.40	3,942	49,210	2,752,835	2,802,045	711
0.50	4,928	61,513	2,752,835	2,814,348	571
0.5463	5,384	67,209	2,752,835	2,820,044	524
0.60	5,913	73,815	2,752,835	2,826,650	478
0.70	6,899	86,118	2,752,835	2,838,953	412
0.80	7,884	98,420	2,752,835	2,851,255	362
0.90	8,870	110,723	2,752,835	2,863,558	323
1.00	9,855	123,025	2,752,835	2,875,861	292

Psikiyatri Servisi kapasite kullanım oranı % 54.63 olarak gerçekleşmiş ve birim hasta günü maliyeti **524 TL** olmuştur. Organ nakli servisinin %100 kapasite ile çalışması durumunda birim maliyetler, **292 TL**, % 50 kapasite ile çalışması durumunda **571 TL** olmaktadır. Tablo 35'de görüldüğü gibi Psikiyatri servisinde kapasite kullanım oranı %10 olduğunda birim hasta günü maliyeti **2.806 TL** %20 olduğunda önemli oranda düşerek **1.409 TL** olmaktadır.

4. Tartışma ve Sonuç

Hastane işletmelerinin asıl amacı, hasta olan bireyin sağlığına kavuşturulması ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktır. Toplumun bütününe ilgilendiren sağlık hizmetlerinde yatış sürelerinin değişiklik göstermesi, tedavi hizmeti almak için bekleyen hastalar açısından birçok önemli maliyet doğurmaktadır. Hastaların tedavi için beklemleri, hastalıkların ilerlemesine neden olmakta, hastalığın sosyal ve ekonomik yükünü artırmaktadır. Bu sorunların ortadan kaldırılabilmesi ancak hastaların yatış süresini uzatan faktörlerin belirlenmesi ve tedavi için bekleyen hastaların bekleme sürelerinin azaltılması ile mümkün olacaktır. Böylece hasta yatış süreleri kısaltılarak hasta devir hızının artırılması ve dolayısıyla mevcut yatak sayısı ile daha fazla sayıda hastaya hizmet verilmesi mümkün olacaktır.

Türkiye sağlık sektöründe optimal yatak sayısının tespiti yönünde Yıldırım'ın 1994 yılında yapmış olduğu araştırma Türkiye'deki Hastaneler için optimal büyüklüğün tespiti yönünden bir ilki teşkil etmektedir. Buna göre yatan hasta ortalama birim maliyetinin en düşük olduğu optimum hastane yatak kapasitesi 317 olarak bulunmuştur. Ayrıca hasta günü maliyetini etkilemede yatak sayısı ve fiili yatak kullanım oranının etkili olduğunu tespit etmiştir. Çalışkan'ın yapmış olduğu çalışmada Hastane yatak kapasitesi ile ilgili bulgulara göre; Hastaneler yatak sayısı bakımından aşırı kapasiteyle çalışmaktadır. Yani Hastanelerde gereğinden fazla yatak söz konusudur. Bu nedenle yatak sayısındaki azaltmalar ile sabit ve değişken maliyetlerde düşüş sağlanabileceğini önermektedir. Kısalan hasta kalış süreleri, taburcu edilen hasta başına yapılan sağlık harcamalarının düşmesini sağlamakla birlikte post-akut bakım gibi daha düşük maliyetli hizmetlere odaklanılmasına da imkân vermektedir. Ancak, kısa hasta kalış süreleri yüksek günlük servis ihtiyacını da doğurmakta, bu da beraberinde yüksek günlük sağlık hizmet maliyetlerini getirmektedir. Kısa hasta kalış sürelerinin, hasta sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Kısa kalış süreleri, hastaların rahatlık ve memnuniyetinden ödün verebilmekte, buna ek olarak iyileşme süreçlerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Taburcu edilen hastalar, ihtiyaçları olan tedavi hizmetlerini etkin bir biçimde alamamaları nedeniyle, benzer semptom veya komplikasyonlarla Hastanelere yeniden kabul edilebilmekte, bu da hastalıkların tedavi maliyetlerini yükseltebilmektedir. Bir Hastanenin birim maliyetlerinin en düşük olduğu (optimum kapasite) seviyede yüksek yatak doluluk oranıyla faaliyette bulunması, o Hastanenin verimli çalıştığının göstergesidir.

Hastanedeki servisler arasında kapasite kullanma oranına bağlı olmak üzere maliyetler açısından oldukça büyük farklar saptandığından, servislere yapılacak yatak tahsisinde bu durumun dikkate alınması hastane olanaklarının akılcı ve verimli kullanılmasının sağlanması, en az maliyet ile en etkili sağlık hizmeti sunulmasına katkıda bulunacaktır.

Hastane örneğinde olduğu gibi kapasite kullanım oranının düşük, ortalama yatış süresi ve yatak devir hızının yüksek olması maliyetleri arttırıcı birer unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastane yönetimi bu bulgular dâhilinde kapasite kullanım oranını arttırıcı, ortalama yatış süresi ve yatak devir hızını azaltıcı stratejiler geliştirme yoluna gitmelidir.

Kaynaklar

- 1.AĞIRBAŞ İ. (1993) Hastanelerde Maliyet Performans Analizi ve TCDD Ankara Hastanesinde Bir Uygulama. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 2.AKAL, Zuhale, "İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi: Çok Yönlü Performans Göstergeleri" MPM Yayınları. No:473, Ankara: 2005
- 3.BÜYÜKKAYIKCI ,(1997) Hastanelerde İş Akımına Bağlı Olarak Fiyatlandırmaya Yönelik Maliyet Hesaplama Modeli Geliştirme Örnek Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara
- 4.BÜYÜKKAYIKCI, H. ŞAŞMAZ N.,(2001) 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu kitabı içinde "SB İhtisas Hastanesi'nde Hemodiyaliz Seans Maliyeti: Fiili ve Standart Maliyet Karşılaştırılması
- 5.ÇALIŞKAN Z., Hastane Maliyet Fonksiyonu Tahmini:Teori ve Türkiye Üzerine Bir Uygulama, İktisat Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2004.
- 6.Li, L.X., Benton, W.C., Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions, European Journal of Operations Research, 93, 449-468, 1996.
- 7.LORCU, Fatma, "Veri Zarflama Analizi ile Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Alanındaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi", Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul: 2008
- 8.Menderes M., (1991) "Hastanelerde Maliyet Muhasebesi Modeli Geliştirme ve Hemodiyaliz Seans Maliyeti Örnek Uygulaması" Ankara, ss. 2
- 9.Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri yılı 2012 sağlık istatistikleri yılı 2012
"http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf"
- 10.TATAR, M., "Tıbbi etkililik, etkililik ve verimlilik-1", Makro Bakış Sağlık Politikası Gündemi Dergisi, Sayı:5, s.19, Ankara: 2007-a
- 11.YILDIRIM S., Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994.
- 12.YİĞİT, V. ve AĞIRBAŞ, İ. 2004. Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde Bir Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(2): 141-162.

OECD ÜLKELERİNDE İNSANİ GELİŞME ENDEKSİ İLE SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLİŞKİSİNİN ANALİZİ

Nurdan ORAL KARA*

Yasemin HANCIOĞLU**

Dilek ŞAHİN***

ÖZET

Bir ülkede milli gelirden yaşanan artış, o ülkenin gelişmiş bir ülke olarak anılması için yeterli değildir. Sadece ekonomik olarak gelişmenin bir ülke için tek amaç olmayacağı, birçok ülkede yaşanan sosyal sorunlardan da anlaşılabilir. Araştırmada kullanılacak endeks gelirin ötesindedir. İnsani Gelişme Endeksi (İGE), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından 1993 yılından bu yana sunulan bir gelişme raporudur. İnsani Gelişme Endeksi üç temel boyuttaki (uzun ve sağlıklı yaşam, bilgiye erişim, yaşam koşulları) uzun vadeli gelişmeyi değerlendirir. Uzun ve sağlıklı yaşam boyutu, ortalama yaşam beklentisi; bilgiye erişim, yetişkin nüfus arasında okula gitme süresi, okula başlangıç yaşındaki çocukları için beklenen okula devam etme süresi; yaşam koşulları ise gayrisafi yurtiçi hasıla ile ölçülmektedir. 2013 İnsani Gelişme Endeksi'ne göre Türkiye 187 ülke içerisinde 90. sıradadır. Bu çalışmanın amacı, OECD ülkelerinde insani gelişme endeksi ve temel sağlık göstergelerinin ilişkisini araştırmaktır. Temel sağlık göstergelerinden kişi başına toplam sağlık harcaması; 1.000 kişiye düşen hastane sayısı, 1.000 kişiye düşen hastane yatağı, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve eczacı sayısı ile yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı oranları kullanılacaktır. Ampirik araştırmada korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılacaktır. Analiz sonucuna göre, İGE'nin hesaplanmasında kullanılan sağlık standardı faktörü (DOYB) İGE değerini %29,4 oranında etkilemektedir. İGE ile sağlık göstergelerinden toplam kişi başına sağlık harcaması ve doğumda ortalama yaşam beklentisi arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde, hemşire sayısı ile pozitif yönlü orta düzeyde, bebek ölüm oranı ile negatif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnsani Gelişim Endeksi, OECD ülkeleri, Sağlık Göstergeleri

* Arş. Grv., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nurdankarasdu@gmail.com

** Arş. Grv., Ankara Üniversitesi, SBF, İşletme Bölümü, yaseminhan@hotmail.com

***Öğr. Grv., Düzce Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü, dileksahin@duzce.edu.tr

THE ANALYSIS OF HEALTH INDICATORS WITH HUMAN DEVELOPMENT INDEX IN OECD COUNTRIES

ABSTRACT

The increase in national income in a country that country is not enough to be mentioned as a developed country. Its obvious that Economic development will not be the sole purpose of a countries, it can be understood from the social problems experienced in many countries. The indices used in the study represents more than income. Human Development Index (HDI) is a progress report submitted by The United Nations Development Programme since 1993. Human Development Index evaluates the long-term development in three basic dimensions (long and healthy life, access to knowledge, living conditions). Long and healthy life dimation, average life expectancy; access to information, time to go to school among the adult population, expected of attending school time for the beginning of school aged children ; living conditions are measured by the gross domestic product. According to the 2013 Human Development Index of 187 countries, Turkey is ranked at the 90th. The purpose of this study, will be to investigate the relationship between health indicators and the basic human development index in OECD countries. In this study, total health expenditure per capita; The number of hospitals per 1 million people, of hospital beds per 1,000 people, doctors, nurses, midwives, health officers and the number of pharmacists with life expectancy and infant mortality rates will be used. the correlation and regression analyzes will be used in emprical research. According to analysis results, the health standards used in the calculation of the HDI factor (DOYB) affect the HDI value is 29.4%. the total health expenditure per capita and the average life expectancy at birth which are HDI and health indicators is high positive correlated and the number of nurses with moderately positive correlated, the infant mortality rate is associated with a moderately negative correlated.

Key Words: Human Development Index, OECD countries, Health Indicators

1. Giriş

Son yirmi yılda kalkınmayı iktisadi büyüme ile bütünleştiren geleneksel yaklaşımın toplumsal sorunlara, eşitsizliğe ve yoksulluğa çözüm getirmediği görülmüş ve bu noktalar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu durum gelirden daha farklı olarak sosyal göstergelere yönelmesi gerektiğini ileri süren düşüncelerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Geleneksel yaklaşımdan farklı olan yeni yaklaşımda kalkınma olgusunun merkezine insan yerleştirilmiştir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) 1990 yılında ilk kez insani gelişme endeksini yayınlamıştır.

İnsani gelişme endeksi üç standart dikkate alınarak hesaplanmaktadır. Bunlar sağlık, bilgi ve yaşam düzeyi standartlarıdır (Hicks, 1997: 1283). Bu unsurlar daha iyi bir yaşam refahına, gelire ve birçok sosyal ve siyasi amaca ulaşabilmede kilit bir rol oynamaktadır (Tüylüoğlu ve Karalı, 2006: 53). Bu raporlar yayınlandıkları yıldan beri gelişmekte olan

toplumlara yol göstermektedir. Bununla birlikte insani gelişme alanındaki ilerleme ve eksiklikleri tespit etmelerine de yardımcı olmaktadır (Ünal, 2008: 89).

İktisadi kalkınmadaki rolü yıllar içinde sürekli artan beşeri sermayenin günümüzde toplumların refah seviyelerindeki artışta büyük rol oynadığı yadsınamaz. Kişinin sahip olduğu tecrübe, bilgi ve beceriyi üretime yansıtması olarak tanımlanan beşeri sermaye (Şerefoğlu, 2007: 6) asıl olarak eğitimden etkilenmektedir. Ama gelişmesine katkıda bulunan diğer bir unsurda sağlık düzeyidir. Toplumların sağlık düzeylerinin saptanması, sağlık hizmetlerinin niteliğinin değerlendirilmesi için sağlık ölçüleri geliştirilmiştir. Bu sağlık ölçüleri sağlık göstergeleri olarak adlandırılmaktadır. Çalışmada sağlık altyapı girdisi olarak kişi başına toplam sağlık harcaması, 1000000 kişiye düşen hastane sayısı, 1000 kişiye düşen hastane yatak, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, eczacı sayıları; sağlık altyapı çıktısı olarak yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı oranları kullanılmıştır.

1.1. İnsani Gelişme Endeksi ve Kalkınma Göstergesi Olarak Sağlık Altyapı Girdi - Çıktıları

Gelişme, yaşam kalitesindeki iyileşme sürecinin tüm insanlara yayılmasıdır. Gelişme eşit öneme sahip üç durumdan oluşmaktadır (Günsoy, 2005: 36-37).

- İnsanların gelirlerinin artmasıyla birlikte yiyecek tüketiminin artması, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları, tek başlık altında toplarsak yaşam düzeylerinin iyileşmesidir.
- İnsanların kendilerine güvenlerinin artmasını sağlayacak ekonomik, politik ve sosyal sistemlerin oluşturulmasıyla insana verilen değer artmasıdır.
- Seçeneklerin artmasıyla (örneğin tüketilen mal ve hizmet çeşitliliği) özgürlüklerin sınırlarının genişletilmesidir.

Gelişmeyi oluşturan üç durum incelendiğinde sadece kantitatif değerler değil aynı zamanda yapısal gelişmeleri de içerdiği görülmektedir.

Gelişme iki açıdan ele alınabilmektedir. Bunlar ekonomik gelişme ve insani gelişmedir. Ekonomik gelişme ve insani gelişmenin tanımları ve odak noktaları farklılık göstermektedir. Tüketimi ve geliri temel alarak kalkınmayı kişi başına düşen milli gelir artışı üzerinden tanımlayan ve ölçen ekonomik gelişmeye karşın, insani gelişme gelir odaklı bir gelişmeyi yeterli görmemekte kalkınmanın merkezine insanı koymaktadır (Gürses, 2009: 340). İnsani Gelişme, insanların seçeneklerini artırma süreci olarak tanımlanmakla birlikte, uzun ve sağlıklı bir yaşamı, yüksek bir yaşam standardını ve bilgi edinmeyi ifade etmektedir (Tuna ve Yumuşak, 2002: 9; UNDP, 1990: 10).

1990 yılından beri Birleşmiş Milletler İnsani Gelişme Raporu Ofisi tarafından her yıl yayınlanan İnsani Gelişme Endeksi (İGE), farklı ülkelerin ‘beşeri refahını’ ölçmek için tasarlanmıştır. Yaygın hale gelen endeks farklı ülkelerin yaşam kalitesinin sıralanmasında kullanılır (Engineer, King ve Roy, 2008: 172). Bu endeks gelişimin ölçülmesinde kullanılan tek boyutlu geleneksel ölçüme bir alternatif haline gelmiştir (Sagar ve Najam, 1998: 249). İnsani gelişme raporları, küresel ve ulusal kalkınma politikalarında insanın merkezde yer alması gerektiğinin önemini ve gelişmenin nasıl gerçekleşeceğiyle ilgili kilit noktaları vurgulamaktadır. Gelişmenin GSYİH’nın artırılmasından daha fazlası olduğu ilk raporda belirtilmiştir (UNDP, 1990). Bu belirtilirken de tabii ki kişi başına düşen milli gelirin,

ülkelerin insani gelişim seviyesinin ana belirleyicilerinden biri olduğu inkar edilmemiştir (Neumayer, 2001: 101).

1990 yılından itibaren her yıl yayınlanan İnsani Gelişme Raporları farklı konular üzerine odaklanmaktadır (UNDP, 2013).

- **1990:** İnsani gelişmenin ölçülmesi ve kapsamı
- **1991:** İnsani gelişmenin finansmanı
- **1992:** İnsani gelişmenin küresel boyutu
- **1993:** Katılımcı kalkınma
- **1994:** İnsan güvenliğinin yeni boyutları
- **1995:** Cinsiyet ve insani gelişme
- **1996:** Ekonomik büyüme ve insani gelişme
- **1997:** Yoksulluğun ortadan kaldırılması için insani gelişme
- **1998:** İnsani gelişme için tüketim
- **1999:** Küreselleşme
- **2000:** İnsan hakları ve insani gelişme
- **2001:** İnsani gelişme için yeni teknoloji çalışmalarının yapılması
- **2002:** Parçalanmış dünyada derinleşen demokrasi
- **2003:** Binyıl kalkınma hedefleri: yoksulluğu sona erdirmeye uluslar arasındaki sözleşme
- **2004:** Günümüz dünyasında kültürel özgürlük
- **2005:** Uluslararası işbirliği: eşitsizliğin var olduğu dünyada yardım, ticaret ve güvenlik
- **2006:** Kıtlığın ötesinde: güç, yoksulluk ve küresel su krizi
- **2007-2008:** İklim değişikliğiyle mücadele: bölünmüş dünyada insan dayanışması
- **2009:** Engelleri aşmak: güç ve insani kalkınma
- **2010:** Ulusların gerçek zenginliği: insani gelişmenin yolları
- **2011:** Sürdürülebilirlik ve eşitlik: herkes için daha iyi bir gelecek
- **2013:** Güney'in yükselişi: çeşitliliğin bulunduğu dünyada insani ilerleme

İnsani gelişme kavramını sayısal olarak ifade eden İnsani Gelişme Endeksi, başlıca üç gelişimi göz önünde bulundurur: (a) Uzun ve sağlıklı bir yaşam, (b) Bilgi, (c) Ölçünlü yaşam düzeyi. Uzun ve sağlıklı bir yaşam, ortalama yaşam süresi ile ölçülür. Bilgi, okuryazar oranı (2/3'ü) ve ilkokul, lise ve üniversite kayıtları yüzdesi (1/3'ü) ile ölçülür. Ölçünlü yaşam düzeyi, kişi başına düşen gelir ve alım gücünün (\$) hesaplanmasıyla ölçülür. İGE bir ülkenin üç farklı boyuttaki insani gelişmenin ortalama başarısını yansıtır (UNDP, 1990: 10).

Toplumda var olan sağlık sorunlarının tespit edilmesini sağlayan ve sağlık hizmetlerinde planlamaların yapılmasına yardımcı olan birçok ölçüt kullanılmaktadır. Bu ölçütler temel sağlık göstergeleri adı altında toplanmaktadır. Bir toplumun sağlık düzeyi ve sorunları hakkında bilgi veren bu göstergeler, ülkeleri kıyaslama olanağını da araştırmacılara sunmaktadır (Şahinöz ve Şahinöz, 2012: 3).

Bir toplumun sağlık hakkından ne kadar faydalandığını ortaya koyan, sektörün büyüklüğünü ortaya çıkaran ve kaynakların ne kadarının bu sektöre ayrıldığını açıklayan sağlık harcamaları, toplumların sağlık politikalarını da şekillendirmektedir. OECD ülkeleri içinde 2012 verilerine göre Türkiye 665\$ kişi başına toplam sağlık harcamasıyla sondan ikinci sıradadır. İGE'sinde yüksek sıralarda olan ülkelerde (Norveç 9055\$, Avustralya 6140\$,

Amerika 8895\$, Hollanda 5737\$, Almanya 4683\$) bu rakamın oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Farklı birçok faktörden etkilenen yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızı, sağlık sistemlerinin performanslarını ölçmek için kullanılan temel göstergelerdendir (Arslanhan, 2010: 3) OECD ülkeleri içinde Türkiye'nin temel bir gösterge olan yaşam beklentisinde 74,2 yıla son sıralarda yer aldığı görülmektedir. Her 1000 doğumda bebek ölüm sayısı 7.40'dır. Bebek ölüm oranında da Türkiye'nin OECD ülkeleri içindeki sıralaması benzerdir.

Anderson ve Hussey (2001) çalışmalarında 29 endüstrileşmiş ülkenin sağlık sistemi performanslarını Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) verileriyle ortaya koymuşlardır. 1960, 1980 ve 1998 yılları için seçilen göstergelerle Amerika ve diğer endüstrileşen ülkelerin performansları karşılaştırılmıştır. 1960 yılından bu yana birçok göstergede Amerika'nın performansında düşüşün gözlemlendiği ve istenilen gelişmenin sağlanamadığı tespit edilmiştir.

Kelley (2007) yaptığı çalışmada, OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin performanslarını, özellikle sağlık harcamaları, risk faktörleri ve hizmet kalitesini özetlemiştir. Sağlıkla ilgili değerlendirmeler ele alındığında OECD ülkelerinde 1970 yılından bu yana önemli gelişmelerin meydana geldiği görülmektedir. Aynı şekilde, OECD ülkelerinin tamamında 1970'den beri sağlık harcamalarının birkaç katına çıktığı görülmektedir. Makaledeki bulgular sağlık ve harcamalarla ilgili önceki bulguları güçlendirmektedir. Kullanılan OECD verileri, uzun dönemde sağlıkla ilgili göstergelerin ve harcamaların artan eğilimde olduğunu göstermektedir.

Ersöz (2008) yaptığı çalışmada OECD üye ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarını dikkate alarak, belirlenen sağlık göstergelerine göre ülkelerin benzerlik ve farklılıklarını ortaya koymuştur. Benzerlik ve farklılıklar temel alınarak farklı gruplar oluşturulmuştur. Türkiye'nin Kore Cumhuriyeti, Meksika, Polonya, Slovak Cumhuriyeti ile on dört sağlık değişkeni açısından benzer algılandığı sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye'nin Avusturya, Almanya ve Norveç ile farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki literatürde birçok çalışmada incelenmiştir. Ancak sağlık, göstergeleri ile İnsani Gelişme Endeksi arasındaki ilişkiyi inceleyen benzer bir çalışmaya literatürde rastlanmamaktadır. Çalışmanın çıkış noktasını bu boşluk oluşturmaktadır.

Macinko, Starfield ve Shi (2003) yaptıkları çalışmada 18 gelişmiş OECD ülkesinin 1970-1998 yıllarına ait verilerini kullanarak çeşitli sağlık göstergelerinde birinci basamak (primary care) sistemlerin katkısını değerlendirmişlerdir. Çalışmada ikincil veriler OECD sağlık istatistiklerinden elde edilmiştir. Analiz sonucunda, ülkelerin birincil basamak sistemlerinin gücü, tüm nedenlere bağlı ölüm, tüm nedenlere bağlı erken ölüm, özel bir nedene bağlı erken ölüm (astım, bronşit, amfizem, pnömoni, kardiyovasküler hastalıklar, kalp hastalıkları) ile negatif yönde ilişkilidir. Bu ilişki, hem toplum sağlığının mikro seviyedeki (ayakta tedavi olan ortalama hasta sayısı, kişi başına gelir, alkol ve tütün tüketimi) ve makro seviyedeki (kişi başına GSYİH, 1000 kişiye düşen toplam doktor sayısı, yaşlıların yüzdesi) belirleyicilerini kontrol etmek için hem de artan oranları azaltmak için önemlidir.

Taban (2006) çalışmasında Türkiye'de seçilmiş sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi nedensellik bağlamında incelemiş ve ampirik sonuçlara göre sağlık kurumlarının sayısı ile reel GSYİH arasında bir nedensellik ilişkisi görülmemesine karşın, sağlık göstergeleri ile reel GSYİH arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi bulunmuştur.

Çelik (2006)'in çalışmasında sürdürülebilir kalkınma kavramını tanımlanmış ve kalkınmış toplumun oluşturulmasında sağlık hizmetlerinin oynadığı önemli rol tartışılmıştır. Sonuç olarak, ülkelerin izledikleri stratejileri uygulamaya koymak için izledikleri eylem alanlarının sağlıklı yaşam, ölüm oranları, sigara kullanımının azaltılması veya çocuk yaşta ortaya çıkan beslenme bozukluklarının önlenmesi gibi halk sağlığı çalışmaları ile yakın ilişkili olduğu görülmüştür.

Lorcu ve Acar Bolat (2009) yaptıkları çalışmada nüfus artışının temel belirleyicisi olarak da kabul edilen sağlık ölçülerinden yaşa göre ölüm oranları ile soyo-ekonomik göstergeler arasındaki ilişki kanonik korelasyon analizi ile incelemiştir. Analiz sonucunda, yaşlara göre ölüm oranları ile sosyo-ekonomik değişkenler arasında güçlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Tüylüoğlu ve Tekin (2009) yaptıkları çalışmada uluslararası düzeyde gelir düzeyinin ve sağlığa yapılan harcamaların doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranı üzerinde nasıl bir etkide bulunabileceğini araştırmışlardır. 176 ülkenin 2003 yılına ait iktisadi göstergelerinin sağlık göstergelerini açıklayıcılığı çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerinde sağlık harcamalarının gelir düzeyine göre daha fazla etkili olduğu görülmüştür.

Çetin ve Ecevit (2010)'in çalışmasında sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi panel veri analiziyle test edilmiştir. Analizde 15 OECD ülkesine ilişkin 1990-2006 dönemi yıllık verileri kullanılmış ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, OECD ülkeleri verilerini kullanarak insani gelişme endeksi ile temel sağlık göstergelerinin ilişkisini araştırmaktır. Bu ilişkinin kurulmasının temel nedeni, bir ülkedeki gelişmişlik göstergesinin sadece milli gelir artışı ile değil gelirin ötesinde toplumsal kalkınma göstergelerinden biri olduğu düşünülen sağlık girdi-çıktılarını da analize dahil etmektir.

2.2. Veri Seti ve Yöntem

Çalışmada ikincil veri kaynaklarından yararlanılmıştır. Analizde OECD ülkelerine ait 2012 yılı verileri kullanılmasının nedeni sağlık göstergeleri verilerinde ulaşılabilen en güncel veriler olmasıdır. Kişi başına toplam sağlık harcaması, 1.000.000 kişiye düşen hastane sayısı, 1.000 kişiye düşen hastane yatak, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, eczacı sayıları, yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranını gösteren istatistikler Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü istatistikleri ve OECD sağlık istatistiklerinden derlenmiştir. Sağlık memuru gösterge verisine birçok ülke için ulaşılamadığından analizden çıkarılmıştır. İnsani Gelişim Endeksi değeri, doğumda ortalama yaşam beklentisi, eğitim görme süresi beklentisi, ortalama eğitim görme süresi, kişi başına GSYİH(Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) 2012 veriyle hesaplanan 2013 İnsani Gelişim Raporu'ndan derlenmiştir.

Tablo 1. Değişkenler ve Tanımları

THE	Kişi başına toplam sağlık harcaması
HSPTL	Hastane sayısı
HBED	Hastane yatak sayısı
PHY	Hekim sayısı
PHMCT	Eczacı sayısı
NURS	Hemşire sayısı
MIDWVS	Ebe sayısı
LEXP*	Yaşam beklentisi
INFMOR	Bebek ölüm oranı
IGE	İnsani Gelişme Endeksi değeri
DOYB*	Doğumda ortalama yaşam beklentisi
EGSB	Eğitim görme süresi beklentisi
OEGS	Ortalama eğitim görme süresi
GSYİH	Kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla

*İki değişkende aynı oranı temsil etmektedir. Analizde sadece biri kullanılmıştır.

İnsani Gelişme Endeksi ve sağlık göstergeleri değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için pearson korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. İnsani gelişme endeksinin alt göstergelerinden sağlık ile ilgili olan göstergenin açıklama gücünü incelemek için regresyon analizi uygulanmıştır. Analizde SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı, iki sürekli değişkenin doğrusal ilişkisinin ölçümünde kullanılır. Başka bir deyişle, bu katsayıyla iki değişken arasında anlamlı bir ilişki var mıdır sorusunun cevabı alınır (İşler ve Sungur, 2006: 116).

Regresyon analizi, bir bağımlı değişken ile bir veya daha fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Analizde tek bir bağımsız değişken kullanıldığında “Tek Değişkenli Regresyon Analizi” olarak adlandırılır ve aşağıdaki şekilde formüle edilir.

$$y = \alpha + \beta x + \epsilon$$

α ve β regresyon katsayıları olup, x bağımsız değişkeni, y ise bağımlı değişkeni temsil ederken, ϵ de hata terimini göstermektedir. Bağımsız değişken sayısının birden fazla olması durumunda ise “Çok Değişkenli Regresyon Analizi” kullanılmaktadır. Çok değişkenli regresyon analizi de;

$$y = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n + \epsilon \text{ şeklinde formüle edilebilir (Altunışık vd., 2012: 233-239).}$$

Bu çalışmada çok değişkenli regresyon analizi kullanılacak olup, formülasyonu aşağıdaki gibi olacaktır.

$$\text{İnsani Gelişme Endeksi} = \alpha + \beta_1 \text{DYOB} + \beta_2 \text{EGSB} + \beta_3 \text{OEGS} + \beta_4 \text{GSYİH}$$

3. Bulgular

Korelasyon analizi sonucunda elde edilen değerleri tablo haline getirdiğimizde aşağıdaki korelasyon matrisine ulaşılmaktadır.

Tablo 2. Korelasyon Matrisi

	IGE	GSYİH	THE	HSPIL	HBED	PHY	PHMCT	NURS	MIDWVS	DOYB	INFMOR
IGE	1	,766**	,724**	,323	,161	,293	,370*	,664**	,005	,733**	-,606**
GSYİH		1	,938**	,204	,041	,254	,158	,700**	,129	,588**	-,432*
THE			1	,309	-,030	,223	,173	,734**	,220	,553**	-,313
HSPIL				1	,494**	-,111	,319	,172	,109	,202	-,021
HBED					1	,042	-,005	-,438*	,080	-,357*	,286
PHY						1	,154	,255	-,185	,257	-,456**
PHMCT							1	,221	,119	,463**	,481**
NURS								1	,275	,390*	-,467**
MIDWVS									1	-,083	,230
DOYB										1	-,496**
INFMOR											1

**0,01 Anlamlılık Düzeyi

*0,05 Anlamlılık Düzeyi

İnsani Gelişme Endeksi ile kişi başına yurtiçi hasıla ($r=0,766$), kişi başına toplam sağlık harcaması ($r=0,724$), doğumda ortalama yaşam beklentisi ($r=0,733$) arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. İnsani Gelişme Endeksi ile hemşire sayısı ($r=0,664$) arasında ise pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bebek ölüm oranı ($r=-0,606$) ile ise negatif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Kişi başına GSYİH ile kişi başına toplam sağlık harcaması ($r=0,938$) arasında pozitif yönlü çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. GSYİH ile doğumda ortalama yaşam beklentisi ($r=0,588$) ve bebek ölüm oranı ($r=-0,432$) arasında da orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir. Kişi başına toplam sağlık harcaması ile hemşire sayısı ($r=0,734$) arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Doktor sayısı ile bebek ölüm oranı ($r=-0,456$) arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 3. Regresyon Modeline Ait Varyans Analizi

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Regresyon	,077	4	,019	386,189	,000
Hata	,001	29	,000		
Toplam	,079	33			

Tablo 3'te $F=386,189$ değerine ait $p=0.000 < 0.01$ bulunduğu için regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Regresyon Katsayıları

Model	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	P
	B	Standart hata	Beta		
Sabit (α)	,059	,055		1,080	,289
DOYB	,006	,001	,294	7,657	,000
OEGS	,015	,001	,435	12,904	,000
EGSB	,008	,001	,243	6,717	,000
GSYİH	1,692	,001	,326	9,065	,000
R	,991				
R ²	,982				
Düzeltilmiş R ²	,979				

Tablo 4'ten yararlanılarak İGE için regresyon denklemi aşağıdaki gibi bulunmuştur:

$$\text{İGE} = 0,059 + 0,006 \text{ DOYB} + 0,008 \text{ EGSB} + 0,015 \text{ OEGS} + 1,692 \text{ GSYİH}$$

Doğumda ortalama yaşam beklentisinde 1 birimlik bir artış İGE değerinde ortalama 0,006 birimlik bir artışa neden olmaktadır. Bu oran eğitim görme süresi beklentisinde 0,008 birim iken, ortalama eğitim görme süresinde ise 0,015 birimdir. GSYİH meydana gelen 1 birimlik artışın İGE değerini 1,692 birim artırması beklenmektedir. Analiz sonucunda, DOYB'sinin %29,4, OEGS'nin %43,5, EGSB'nin %24,3 ve GSYİH'nin %32,6 oranında İGE değerini etkilediği görülmektedir. İnsani Gelişme Endeksi alt göstergeleri (DOYB, OEGS, EGSB, GSYİH) İGE değerini %98,2 oranında açıklamaktadır.

4. Sonuç

İnsanın gelişmenin en önemli faktörü olduğu son yıllarda benimsenmiştir. İnsanın önemli bir faktör haline gelmesiyle insan yaşamına etki eden eğitim, sağlık ve gelir gibi unsurlar birlikte ele alınmaktadır. İnsani Gelişme Endeksi bu üç unsuru birlikte değerlendirerek ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerini karşılaştırma olanağı sunmaktadır. İGE raporunda ülkelerin gelişmişlik düzeyleri belirlenirken sadece kişi başına milli gelirin ölçü olarak kullanılmasının doğru olmadığı ileri sürülmektedir. İGE'nin bir boyutunu sağlık standardı oluşturmaktadır. Buradan yola çıkılarak İGE'nin sağlık göstergeleri ile ilişkisi araştırılmış ve çalışmada belirlenen sağlık göstergelerinin (THE, DOYB, NURS, INFMOR) ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık göstergelerinden hastane, hastane yatak, doktor, eczacı, ebe sayıları ve İGE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Gelişme, toplumun sadece kişi başına düşen gelirini artırma değil, toplumun kültürel, sosyal ve politik yapılarında iyileşmenin meydana gelmesidir. Gelişmenin bu özelliği değerlendirildiğinde, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmesinin temel bir hak olduğu görülmektedir. Ülkeler için sağlık düzeyi önemli bir gelişmişlik göstergesidir. Türkiye'nin İnsani gelişme Endeksi'nde daha üst sıralarda yer alabilmesi için, kalkınmanın temel göstergelerinden biri olarak gösterilmeye başlanan sağlık boyutuna daha fazla önem verilmesi, uzun vadeli, stratejik ve sürdürülebilir sağlık politikalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. ALTUNIŞIK, Remzi vd. (2012), Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
2. ANDERSON, Gerard ve HUSSEY, Peter S. (2001), Comparing Health System Performance in OECD Countries, Health Affairs, 20(3), 219-232.
3. ARSLANHAN, Selin (2010), Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Değerlendirme Notu, 1-6.
4. ÇELİK, Yusuf (2006), Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1), 19-37.
5. ÇETİN, Murat ve ECEVİT, Eyyup (2010), Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi, Doğu Üniversitesi Dergisi, 11(2), 166-182.
6. Dünya Bankası İstatistik Göstergeler (2012), <http://data.worldbank.org/topic/health>, Erişim Tarihi: 20.07.2014.
7. Dünya Sağlık Örgütü İstatistik Göstergeler (2012), http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/, Erişim Tarihi: 20.07.2014.
8. ENGINEER, Merwan, KING, Ian ve Roy, Nilanjana (2008), The Human Development Index as a Criterion for Optimal Planning, Indian Growth and Development Review, 1(2), 172-192.
9. ERSÖZ, Filiz (2008), Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi, İstatistikçiler Dergisi, 2, 95-104.
10. GÜNŞOY, Güler (2005), İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 1(2), 35-52.
11. GÜRSES, Didem (2009), ‘İnsani Gelişme’ ve Türkiye, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12(21), 339-350.
12. HICKS, Douglas A. (1997), The Inequality-Adjusted Human Development Index: A Constructive Proposal, World Development, 25(8), 1283-1298.
13. İŞLER, Didar B. ve SUNGUR, Onur (2006), SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri, Ed: Ş. Kalaycı, Korelasyon analizi, 116-125, Isparta: Asil Yayın Dağıtım.
14. KELLEY, Ed (2007), Health, Spending and the Effort to Improve Quality in OECD Countries: A Review of the Data, The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health (JRSH), 127(2), 64-71.
15. LORCU, Fatma ve ACAR BOLAT, Bilge (2009), Yaşlara Göre Ölüm Oranları ile Sosyo-Ekonomik Göstergeler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 38(2), 124-133.
16. MACINKO, James, STARFIELD, Barbara ve SHI, Leiyu (2003), The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, HSR: Health Services Research, 38(3), 831-865.

17. NEUMAYER, Eric (2001), The Human Development Index and Sustainability – a Constructive Proposal, *Ecological Economics*, 39, 101-114.
18. OECD İstatistik Göstergeler, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, Erişim Tarihi: 20.07.2014.
19. SAGAR, Ambuj D. ve NAJAM, Adil (1998), The Human Development Index: A Critical Review, *Ecological Economics*, 25, 249-264.
20. ŞAHİNÖZ, Turgut ve ŞAHİNÖZ, Saime (2012), Demografik ve Bazı Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye'nin Dünyadaki Durumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-11.
21. ŞEREFÖĞLU, Ökkeş A. (2007), Kahramanmaraş'ın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye ile Karşılaştırılması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Projesi.
22. TABAN, Sami (2006), Türkiye'de, Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi, *Sosyo Ekonomi*, 2, 31-46.
23. TUNA, Yusuf ve YUMUŞAK, İbrahim G. (2002), Kalkınmışlık Göstergesi Olarak Beşeri Kalkınma İndeksi ve Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme, *İktisat Fakültesi Mecmuası*, 52(1), 1-26.
24. TÜYLÜOĞLU, Şevket ve KARALI, Burak (2006), İnsani Kalkınma Endeksi ve Türkiye için Değerlendirilmesi, *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12, 53-88.
25. TÜYLÜOĞLU, Şevket ve TEKİN, Mustafa (2009), Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13(1), 1-31.
26. UNDP (1990), *Human Development Report*, Oxford University Press, NY. <http://hdr.undp.org>, Erişim Tarihi: 22.07.2014.
27. UNDP (2013), *Human Development Report*, Oxford University Press, NY. <http://hdr.undp.org>, Erişim Tarihi: 22.07.2014.
28. ÜNAL, Çiğdem (2008), İnsani Gelişmişlik Endeksine Göre Türkiye'nin Bölgesel Farklılıkları, *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 6(2), 89-113.

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE AİLE SAĞLIĞI ELEMANNIN ÇALIŞMA ORTAMI VE İŞ KOŞULLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ

Gülnur HARMANCI*

Bayram ŞAHİN**

ÖZET

Dünyada 1950'lerden bu yana aile hekimliğine verilen önem giderek artmaktadır. Ülkemizde de aile hekimliği sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir uygulaması olarak, 2005 yılında pilot uygulama ile Düzce ilinde başlamıştır. 2009 Ocak ayı itibariyle 33 il pilot uygulama kapsamına alınmış ve 2010 yılı sonunda tüm Türkiye'de aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu çalışmanın amacı; aile hekimliği sisteminde çalışan hekim ve hemşirelerin aile hekimliği uygulamasındaki çalışma ortamı ve iş koşullarına ilişkin görüş ve önerilerini ortaya koymak ve hekim ve hemşirelerin değerlendirmeleri arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemektir. Çalışmanın evreni olarak, Ankara anakent belediye sınırları içinde hizmet veren aile hekimliği merkezlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanı belirlenmiş ve tabakalı rastgele örnekleme yöntemine göre örneklem seçilmiştir. Verilerin elde edilmesinde kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Bu amaçla ilk önce 25 derinlemesine görüşmeye dayalı kalitatif çalışma yapılmış daha sonra bu aşamadan elde edilen bilgiler doğrultusunda kantitatif araştırma aşamasında kullanılacak soru kağıdı formu geliştirilerek 56 adet aile hekimliği merkezinde 175 hekim, 175 aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 350 anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler, analize tabi tutulmadan önce verilerin kalitesi kontrol edilip veri temizliği yapıldıktan sonra, SPSS 18.0 programında uygun istatistiksel testler kullanılarak analiz edilmiştir.

Bu çalışmada; aile hekimliği uygulamasındaki çalışma ortamı ve iş koşullarının hekim ve aile sağlığı elemanı bakış açısıyla olumlu ve olumsuz yönleri belirlenmiş ve bu doğrultuda aile hekimliğinin olumsuz yönleri ile ilgili öneriler ortaya koyulmuştur. Çalışmadan elde edilen bulguların, sağlık planlayıcıları ve politika belirleyicileri için önemli ipuçları sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği sistemi, aile hekimi, aile sağlığı elemanı

*Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü,
gulnurharmanci@gmail.com

**Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü,
baysahin@hacettepe.edu.tr

THE REMARKS AND RECOMMENDATIONS OF PHYSICIAN AND FAMILY HEALTH MEMBER WHO WORK FOR FAMILY MEDICINE SYSTEM ON WORKING ENVIRONMENT AND BUSINESS CONDITIONS

ABSTRACT

The family practice providing the first step health services in the world since 1950s has become more important. The family practice system in our country has launched in the province of Düzce as a pilot scheme under the Health Transformation Program in 2005. By January 2009, 33 provinces are covered under pilot scheme and family practice has come into effect in whole Turkey by the end of 2010. The aim of this study is to express the remarks and recommendations of doctors and family health members working in the family practice system regarding the working environment and working conditions and to identify whether there is any reasonable difference between the assessments of doctors and family health members. The doctors and family health members working in the family practice centres that give service within the metropolis of Ankara have chosen as the population of study and stratified random sampling has used. Qualitative and quantitative research methods are used to generate data. Therefore; 25 qualitative study based on in-depth interview have been carried out, then questionnaire document has been developed in accordance with the information gathered from the previous stage, and total 350 questionnaire have been conducted in 56 family practice centre among 175 doctors and 175 family health members. The data gathered at the end of research have been analysed by using the statistical tests in compliance with SPSS 18.0 program after the data quality is checked and data cleaning is performed.

The positive and negative aspects of working environment and working conditions in family practice system have been identified from the perspective of doctors and family health members in this study and recommendations regarding the negative aspects of family practice have been presented accordingly. The findings of study are foreseen to provide significant tips for health planners and policy makers.

Key Words: family medicine system, family physician, family health members

1. Giriş

Aile hekimliğinin gelişmesini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; hastalık ve ölümlerdeki değişimler, uzmanlaşmanın artması, davranış bilimlerindeki yeni gelişmeler, hastanelerin değişen rolü, teknolojinin ilerlemesi ve toplum beklentilerinin artmasıdır (McWhinney, Freeman, 2009: 3-10; Rakel, 2011: 4).

Aile hekimliği, endüstrileşmiş ülkelerin öncülüğünde şekillenen, modern tipte yeni bir hekimliğin ortaya çıkışı olarak ifade edilmektedir ve genel pratisyenlikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Aile hekimliği ile genel pratisyenliğin en büyük farkı ise, genel pratisyenlik sağlık bakımını sadece toplumsal olması özelliğine yoğunlaşırken; aile hekimliği sağlık

bakımın hem toplumsal hem bireysel ve sürekliliğine dikkat çekmektedir (Stephens, 1987: 5; Sorinola, Thistlethwaite, 2013: 1309; Rakel, 2011: 5).

Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (WONCA, 2002: 5). Bu uzmanlık dalı; hasta merkezli yaklaşım, aile ve toplum bağlamına yönelim, sağlık bakımında süreklilik, karmaşık sağlık sorunları, bakım koordinasyonunu sağlama, hastaların erken evrelerde görülmesi ve verimlilik gibi pek çok ilkeyi de içinde barındırmaktadır (Sloane ve diğ., 2012:6-8; McWhinney, Freeman, 2009: 13-16; Lee, 2005: 43; Gonzales, 2007: 45)

Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, ailelere ve belirli bir topluluğa kişisel, birinci basamak, sürekli ve bakım sağlayan lisanslı tıp doktorudur. Kendisine kayıtlı kişilere; hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunmaktadır. Aile hekiminin amacı; hastalığı erken teşhis etmek, hastaların sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenlerini göz önüne alarak karar vermektir (Leewenhorst, 1977: 117).

WONCA'nın (2002) tanımına göre, aile hekimi ise; aile hekimliği disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimdir. Aile hekimleri mesleki görevlerini sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek ve rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bunları, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun mevcut kaynaklarına göre yaparlar. Aile hekimleri hastalarının kişisel yaşamlarında denge ve değer geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar (WONCA, 2002: 5). Diğer bir ifadeyle aile hekimleri, hastalarının her aşamasında ve ömürleri boyunca sağlık bakımını sağlayan kişidir (Toy ve diğ., 2010: 2).

1.1. Aile Hekimliği Hizmetlerinin Temel Bileşenleri

Aile hekimlerinin etkili, verimli, kaliteli sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirilmesi için uygulamada önem arz eden bir takım temel bileşenlere sahip olması gerekmektedir. Bu temel bileşenler aşağıdaki gibidir:

Ekip yaklaşımı: hekimlerin kişilere sağlık bakımını etkili disiplinlerarası takımlarla sunması hastalar açısından zaman kaybının önlenmesini ve sağlık bakımının daha kaliteli olmasını sağlarken; aile hekimleri için de sağlık bakım riskinin paylaşılmasına olanak tanımaktadır (Sloane, 2012: 7; Brody ve diğ., 2004: 201).

Elektronik tıbbi kayıt: hekimler tarafından tutulan tıbbi kayıtlar; tedavi sürelerinin kısaltılması, yanlış ilaç yazma oranlarının azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından önemlidir (Bennett, Steen, 2010: 338; Martin ve diğ., 2004: 3; Crosson ve diğ., 2005: 311).

Sevk ve konsültasyon: hastaların tanı ve tedavilerinin değerlendirilmesinde, acil sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve kaliteli sağlık bakımının sunulabilmesi için sevk ve konsültasyon önemli bir olgudur (Wachter ve Goldman, 2002: 493; Kripalani ve diğ., 2007: 831-832).

Evde bakım: aile hekimlerinin sunmuş oldukları evde bakım hizmetleri sağlık bakımına ulaşımın kolaylaşmasını ve sağlık bakım koordinasyonunun düzenlenmesini sağlamaktadır (McAllister ve diğ., 2014: 728).

Aile sağlığı biriminin yönetimi: aile hekimliği biriminin kötü yönetilmesi, hasta bakım kalitesinin azalması, hasta memnuniyetinin düşmesine, çalışanların morallerinin bozulmasına sebebiyet vermektedir. Bu nedenle aile hekimliği birimi yönetimi üzerinde durulması gereken bir olgudur (McWhinney, Freeman, 2009: 413).

1.2. Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta dönüşüm programının önemli bir ayağını oluşturan ve sağlık ocağı uygulamasına yeni bir yapılanma getiren aile hekimliği uygulamasına 5258 nolu “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kapsamında 2005 yılında pilot il olarak seçilen düzce ilinde geçilmiş ve 2010 yılı sonlarında aile hekimliği tüm illerde uygulamaya girmiştir (Hazine Müsteşarlığı, 2011: 4; Sülkü, 2011: 98).

Türkiye’de bireylerin herhangi bir aile hekimine kayıtlı olma zorunluluğu vardır ve kişiler istedikleri aile hekimini seçmede özgürdürler. Aile hekimleri tek başlarına çalışabilecekleri gibi birden fazla hekimin bir araya gelerek oluşturduğu gruplar halinde de çalışabilirler (OECD, 2008: 50-51)

Ülkemizde aile hekimlerinin; koruyucu sağlık hizmeti sunmak, aile sağlığı merkezini yönetmek, hizmet içi eğitimlere katılmak, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini sunmak, hastalarına danışmanlık yapmak, özür, yaşlı, yatalak hastalarına gezici sağlık hizmeti sunmak, hastaları ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk etmek ve sevk ettiği hastalarının geri bildirimlerini değerlendirmek gibi pek çok görevi bulunmaktadır (TBMM, 2013: 73; Akdağ, 2011: 80 – 81; OECD, 2008: 51).

Türkiye’de aile hekimliği sisteminin başarı ve başarısızlıklarına ilişkin çalışmalar hasta – hekim memnuniyet analizleriyle ve bazı hastalıkların önlenmesi, takibi ve tedavisinde aile hekimlerinin katkılarının araştırılmasıyla sınırlı kalmıştır. Bunların dışında aile hekimliği sisteminde çalışan hekim ve hemşirelerin aile hekimliği sistemi hakkındaki görüş ve önerileriyle ilgili yeterince çalışma yapılmamıştır. Söz konusu nedenle yapılan araştırmanın amacı; Ankara ili içinde seçilecek olan aile hekimliği merkezlerinde çalışan hekim ve hemşirelerin aile hekimliğindeki çalışma ortamı ve iş koşullarına yönelik görüş ve önerilerini değerlendirmektir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile, aile hekimliği sisteminde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliğindeki çalışma ortamı ve iş koşullarına ilişkin görüş ve önerilerinin belirlenmesi ve hekim ve aile sağlığı elemanlarının değerlendirmeleri arasında fark olup olmadığının ortaya konulması amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara anakent belediye sınırları içerisinde hizmet veren aile hekimliği merkezleri oluşturmaktadır. Söz konusu belediye sınırları içinde toplam 272 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır. Bu aile sağlığı merkezlerinde 1126 aile hekimi, 1126 aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 2252 çalışan hizmet sunmaktadır. Örneklem büyüklüğü evreni bilinen gruplar için 2252 kişilik evrenden alınacak örneklem sayısının %95’lik güven düzeyi için, 348 kişinin yeterli olacağı hesaplanmış ve bu sayı yuvarlanarak örneklem

sayısının 350'ye tamamlanmasına karar verilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplandıktan sonra rastgele tabakalı örnekleme yöntemine dayalı olarak örneklem seçimi yapılmıştır.

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinin alınmasının ardından belirlenen örnekleme soru formu, 01 Nisan – 02 Haziran 2014 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya istekli çalışanlara uygulanmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırma; ilk aşama kalitatif, ikinci aşama kantitatif olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada, aile hekimleri ve *aile sağlığı elemanları* ile yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen veriler ışığında bir soru formu oluşturulmuştur. Kantitatif araştırma için hazırlanmış olan bu soru formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 10 soru bulunmaktadır. *Veri toplama aracının ikinci bölümünde, aile hekimliğindeki çalışma ortamı ve iş koşullarını ortaya koymak için 19 maddeye yer verilmiştir ve söz konusu maddeler 4 boyuta ayrılmıştır. İlk boyut çalışma koşuludur ve sekiz maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerde aile sağlığı merkezinin fiziki koşulları, aile sağlığı merkezi için verilen ödenek miktarı ile aile sağlığı merkezlerindeki sınıflandırma kriterleri hakkında ifadeler bulunmaktadır. Söz konusu boyutun altında yer alan “aile sağlığı merkezlerindeki sınıflandırma kriterleri ve bölgesel farklılıklar aile hekimleri arasında adaletsiz iş dağılımına neden olmaktadır” ifadesi olumsuz bir anlam içerdiği için analizlerde bu madde yeniden kodlanmıştır. İkinci değişken olan “iş yükü” boyutunda ise, üç madde bulunmaktadır ve aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının haftalık çalışma süresi ve nöbet ile ilgili düşüncelerini ortaya koyacak ifadeler yer almaktadır. Bu boyutta uygulamaya yönelik ifadelerin hepsi olumsuz olduğu için analizlerde yeniden kodlama yapılmayıp sadece yorumlamada dikkat edilmiştir. Üçüncü değişken olan “ücret” boyutu üç madde içermektedir. Bu sorular; aile hekimliği uygulamasında çalışanlara verilen ücret, çalışanların emekli olma durumları ve performansına göre ödeme yöntemine ilişkin ifadeleri barındırır. Bu boyuttaki “uygulamada verilen ücretler emekliliğe yansıtılmadığından çalışanlar arasında emekli olma isteği azalmaktadır” ifadesi de olumsuz olduğu için yeniden kodlanmıştır. Dördüncü değişken “işe bağlılık ve memnuniyet” boyutudur. Bu boyutta beş soru yer almaktadır ve aile hekimliği uygulamasının çalışanları nasıl etkilediği, çalışanların özlük hakları konusunda ve mesleki doyum ile ilgili ne düşündüğünü belirlemeye yönelik değerlendirmeler bulunmaktadır. İlgili boyutun altındaki “aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler yeterince motive edilmemektedir” ve “aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanları yeterince motive edilmemektedir” maddeleri de olumsuz anlam taşıdığı için analiz esnasında yeniden kodlanmıştır.*

Veri toplama aracının üçüncü bölümünde ise, aile hekimliği uygulamasındaki olası sorunların giderilmesine yönelik 20 çözüm önerisi mevcuttur ve bu çözüm önerileri yasal düzenleme, mesleki gelişim, klinik rehber geliştirme, personel eksikliğini giderme çalışma koşullarını iyileştirme ve bilgi sistemi gelişiminden oluşan 6 boyuta ayrılmıştır. Yasal düzenleme boyutunda yedi çözüm önerisi yer almaktadır. Mesleki gelişim boyutu dört madde içermektedir. Klinik rehber geliştirme boyutunun altında iki madde bulunmaktadır. Personel eksikliğini giderme boyutu aile hekimliği uygulamasında çalışan personel sayısının arttırılmasına yönelik olup; üç tane çözüm önerisinden oluşmaktadır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile ilgili olan çalışma koşulları boyutu da iki öneri barındırmaktadır. Bilgi sistemi gelişimi olan son boyutta ise, iki tane ifade yer almaktadır.

Tüm bu sorular beşli Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Ölçeğe göre; 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılıyorum, 3= kararsızım, 4=katılıyorum ve 5= kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir.

2.4. Verilerin Analizi

Çalışmanın amacına uygun olarak derlenen veriler SPSS programı (18.0) ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki aile hekimliği sistemi çalışanlarının özellikleri; ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Bağımsız iki grup arasında fark olup olmadığını sınamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student's-t test) kullanılırken, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığını test etmek için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. İki den çok grup arasında fark olup olmadığını karşılaştırırken parametrik test varsayımlarının yerine gelmemesi durumunda ise Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis varyans analizisonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunması durumunda ise, farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı post-hoc testleri ile belirlenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada tek yönlü varyans analizi için post-hoc testlerinden LSD testi kullanılmıştır. Çalışmada güven düzeyi olarak %95 ($\alpha=0,05$) seçilmiştir.

Araştırmalarda kullanılan ölçme araçlarının kullanılabilirliğinin kalitesini ortaya koymak için güvenilirlik analizleri de yapılmıştır (Stenbacka, 2001: 551; Morse ve diğ., 2002: 1;Healy, Perry, 2000: 119).

3. Bulgular

Ankara anakent belediye sınırları içinde hizmet sunan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları üzerinde yapılan bu çalışmaya toplam 350 kişi katılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırma Kapsamındaki Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Dağılımı (n= 350)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	96	27,4
Kadın	254	72,6
Yaş		
18-35	95	27,1
36-40	98	28
41-45	79	22,6
46-62	78	22,3
Medeni durum		
Evli	290	82,9
Evli Değil	60	17,1
Meslek		
Pratisyen aile hekimi	157	44,9
Uzman hekim	18	5,1
Hemşire	91	26
Ebe	73	20,9

Tablo 1'e göre; araştırma katılan aile hekimleri ve *aile sağlığı elemanlarının* cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında, kadınların oranının örneklemin 2/3'ünü oluşturduğu, yaşa göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun 18-35 (%27,1) ve 36-40 (%28) yaş gruplarında olduğu, medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların 4/5'nin evlilerden (%82,9) olduğu, mesleklerine göre değerlendirildiğinde, %44,9'unun pratisyen aile hekimi, %5,1'inin uzman hekim ve %50'sinin hemşire, ebe ve diğer meslek (ATT gibi) grubunda olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Tablo 2. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına İlişkin Görüşlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırması

Değişkenler	Erkek		Kadın		t testi	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Çalışma Koşulu	2,90	0,92	2,87	0,61	0,392	0,695
İş Yüğü	4,06	0,86	3,86	0,92	1,796	0,073
Ücret	3,36	0,71	3,22	0,77	0,491	0,623
İşe Bağlılık ve Memnuniyet	3,31	0,65	3,25	0,66	0,864	0,388

Tablo 2 aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulamasındaki çalışma ortamı ve iş koşuluna yönelik görüşlerinin cinsiyete göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Buna göre aile hekimliği çalışanlarının görüşleri çalışma koşulu, iş yüğü, ücret ve işe bağlılık ve memnuniyet açısından değerlendirildiğinde bu boyutlara ilişkin değerlendirmelerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p \geq 0,05$). Fakat, erkeklerin söz konusu boyutlarla ilgili değerlendirmeleri kadınlara göre daha olumludur.

Tablo 3. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına İlişkin Sorunların Çözümüne Yönelik Önerilerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırması

Değişkenler	Erkek		Kadın		t testi	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yasal düzenleme	4,25	0,54	4,34	0,56	-1,322	0,187
Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi	4,18	0,68	4,24	0,73	-0,697	0,487
Klinik Rehber Geliştirme	4,17	0,81	4,16	0,78	0,056	0,956
Personel Eksikliğini Giderme	4,11	0,70	4,38	1,03	-2,366	0,019
Bilgi Sistemi Geliştirme	4,33	0,70	4,40	0,66	-0,774	0,440

Tablo 3'de göre aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulamasının sorunlarına yönelik çözüm önerileri cinsiyete göre karşılaştırıldığında, sadece personel eksikliğini giderme boyutuna verilen cevapların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı bulunmuştur ($p = 0,019$). Buna göre personel eksikliğini giderme boyutuna ilişkin ilişkiler kadınlara erkeklerden daha fazla katıldığı sonucuna varılmıştır. Personel eksikliğini giderme boyutunun dışında kalan yasal düzenleme, mesleki gelişim çalışma koşullarının iyileştirilmesi, klinik rehber geliştirme ve bilgi sistemi geliştirme boyutlarına ilişkin görüşlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p \geq 0,05$).

Tablo 4. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına İlişkin Görüşlerinin Yaşa Göre Karşılaştırması

Değişkenler	18-35		36-40		41-45		46-62		F	p	Farklılığı Yaratan Grup / Gruplar
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.			
											1-4 p= 0,014
Çalışma Koşulu	2,99	0,64	2,95	0,87	2,79	0,61	2,72	0,63	2,752	0,043	2-4 p=0,038
İş Yükü	3,69	0,99	4,04	0,82	4,10	0,88	3,84	0,89	3,933	0,009	1-2 p=0,003
Ücret	2,46	0,73	2,26	0,83	2,31	0,78	2,40	0,80	1,170	0,321	
İşe Bağlılık ve Memnuniyet	2,77	0,97	2,77	0,90	2,60	0,77	2,57	0,90	1,281	0,281	

Tablo 4’de aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulamasına yönelik görüşleri yaşa göre incelenmiş ve iki (çalışma koşulu, iş yükü) boyuta ilişkin değerlendirmelerinin anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma koşulu boyutu ile ilgili düşünceler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p= 0,043$) ve aile hekimliği uygulamasındaki çalışma koşullarına yönelik görüşlerin yaşa göre anlamlı olduğunu gösteren Anova testi sonuçlarına göre; anlamlılığın 18-35 ve 46-62 ($p= 0,014$) grupları ile 36-40 ve 42-62 ($p= 0,038$) yaş gruplarından kaynaklandığı görülmüştür. Buna göre, yaşı daha az olan grupların ilgili boyuta ilişkin değerlendirmeleri daha olumludur. Aile hekimliği uygulaması, iş yükü boyutu açısından yaşa göre karşılaştırıldığında bu boyuta ilişkin değerlendirmelerin yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği ($p= 0,009$) ve farklılığın da 18-35 ve 36-40 ($p= 0,003$) gruplarından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, yaş arttıkça iş yüküne yönelik görüşlerin olumsuzlaştığı saptanmıştır.

Tablo 5. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına İlişkin Sorunların Çözümüne Yönelik Önerilerinin Yaşa Göre Karşılaştırması

Değişkenler	18-35		36-40		41-45		46-62		F	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Yasal düzenleme	4,36	0,51	4,34	0,67	4,32	0,51	4,22	0,52	0,974	0,405
Mesleki Gelişim	4,01	0,8	3,99	0,71	3,95	0,7	3,82	0,67	1,183	0,316
Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi	4,25	0,73	4,32	0,8	4,23	0,62	4,07	0,66	1,861	0,136
Personel Eksikliğini Giderme	4,29	0,68	4,48	1,47	4,24	0,64	4,17	0,59	1,794	0,148
Bilgi Sistemi Geliştirme	4,46	0,61	4,36	0,7	4,46	0,56	4,22	0,78	2,275	0,08

Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulamasındaki sorunların çözümüne ilişkin önerileri yaşa göre karşılaştırıldığında; yasal düzenleme, mesleki gelişim, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, personel eksikliğini giderme, klinik rehber geliştirme ve bilgi

sistemi boyutlarına verilen cevapların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p \geq 0,05$) ve yaş arttıkça ilgili boyutlara yönelik görüşlerin olumsuzlaştığı bulgulanmıştır.

Tablo 6. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına İlişkin Görüşlerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırması

Değişkenler	Evli		Evli Değil		t testi	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss		
Çalışma Koşulu	2,92	0,71	2,66	0,65	2,591	0,010
İş Yüğü	3,94	0,89	3,81	0,99	1,020	0,309
Ücret	2,38	0,78	2,24	0,81	1,199	0,231
İşe Bağlılık ve Memnuniyet	2,73	0,88	2,47	0,94	2,068	0,039

Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulamasına ilişkin görüşleri medeni duruma göre karşılaştırıldığında, evliler ile evli olmayanların çalışma koşulu ve işe bağlılık ve memnuniyet boyutlarına ilişkin düşüncelerinin istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$) ve evli olanların ilgili boyutlara yönelik görüşleri evli olmayanlara göre daha olumludur. Çalışanların uygulama ile ilgili düşünceleri iş yükü ve ücret açısından medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p \geq 0,05$).

Tablo 7. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına Sorunlarının Çözümüne Yönelik Önerilerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırması

Değişkenler	Evli		Evli Değil		t testi	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss		
Yasal düzenleme	4,33	0,55	4,22	0,58	1,428	0,154
Mesleki Gelişim	4,00	0,70	3,71	0,79	2,849	0,005
Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi	4,27	0,68	4,02	0,85	2,501	0,013
Klinik Rehber Geliştirme	4,19	0,77	4,01	0,87	1,675	0,095
Personel Eksikliğini Giderme	4,35	0,99	4,07	0,73	2,064	0,040
Bilgi Sistemi Geliştirme	4,42	0,62	4,16	0,86	2,284	0,025

Tablo 7'e göre aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulamasının sorunlarına yönelik çözüm önerileri medeni duruma göre karşılaştırıldığında mesleki gelişim, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, personel eksikliğini giderme ve bilgi sistemi geliştirme boyutlarına ilişkin önerilere verilen cevapların evli olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak farklı olduğu ve evlilerin evli olmayanlara göre bu önerilere daha fazla katıldığı bulunmuştur ($p = 0,005$). Klinik rehber geliştirme boyutu ile ilgili görüşler medeni durum açısından değerlendirildiğinde evliler ile evli olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 8. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına İlişkin Görüşlerinin Mesleğe Göre Karşılaştırması

Değişkenler	Pratisyen Aile Hekimi	Uzman Hekim	Hemşire	Ebe	Diğer	Ki Kare χ^2	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Çalışma Koşulu	165,35	222,03	184,65	169,78	206,50	7,426	0,115
İş Yükü	189,14	207,50	160,77	161,58	142,77	9,277	0,055
Ücret	182,49	172,44	167,44	174,49	156,36	1,814	0,770
İşe Bağlılık ve Memnuniyet	173,54	189,33	184,33	163,28	191,32	2,390	0,664

Aile hekimliğinde çalışan hekim ve *aile sağlığı elemanlarının* aile hekimliği uygulamasına yönelik çözüm önerileri medeni duruma göre değerlendirildiğinde, çalışma koşulu, iş yükü, ücret ve işe bağlılık ve memnuniyet, boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farka rastlanamamıştır ($p \geq 0,05$). Fakat uzman hekimlerin çalışma koşulu, ücret ve işe bağlılık ve memnuniyet boyutlarına ilişkin görüşleri pratisyen aile hekimi, hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha olumluyken; iş yükü boyutuna ilişkin değerlendirmeleri daha olumsuzdur.

Tablo 9. Aile Hekimliği Çalışanlarının Çalışma Ortamı ve İş Koşullarına Sorunlarının Çözümüne Yönelik Önerilerinin Mesleğe Göre Karşılaştırması

Değişkenler	Pratisyen Aile Hekimi	Uzman Hekim	Hemşire	Ebe	Diğer	Ki Kare χ^2	p
	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.		
Yasal Düzenleme	175,76	186,72	181,98	174,38	107,23	5,667	0,225
Mesleki Gelişim	171,38	246,39	174,21	166,78	186,91	9,949	0,041
Çalışma Koşullarının İyileştirilmesi	171,60	162,31	188,10	168,54	194,68	2,848	0,583
Klinik Rehber Geliştirme	182,46	201,08	171,92	164,62	136,18	4,850	0,303
Personel Eksikliğini Giderme	168,04	160,19	192,40	173,88	178,00	3,989	0,408
Bilgi Sistemi Geliştirme	166,68	198,94	184,88	178,10	168,05	3,326	0,505

Tablo 9’da yer alan aile hekimliği çalışanlarının uygulamadaki sorunların çözümüne ilişkin önerilerinin mesleğe göre karşılaştırmasında mesleki gelişim boyutuna verilen cevapların gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulgulanmıştır ($p = 0,041$). Buna göre, ilgili boyuttaki ifadeler uzman hekimler diğer meslek gruplarından daha fazla katılmışlardır.

Mesleki gelişim boyutunun dışındaki yasal düzenleme, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, klinik rehber geliştirme, personel eksikliğini giderme ve bilgi sistemi geliştirme boyutlarında örneklemdeki meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanamamıştır ($p \geq 0,05$). Fakat, genel olarak uzman hekimlerin görüşlerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır.

4. Sonuç

Bu çalışmada, aile hekimliği sisteminde çalışan hekim ve *aile sağlığı elemanlarının* aile hekimliği uygulamasındaki çalışma ortamı ve iş yüküne ilişkin görüş ve önerilerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda; kadın çalışanların aile hekimliği ile ilgili görüş ve önerilere erkek çalışanlara göre daha fazla katıldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışanların görüş ve önerileri yaş değişkeni açısından değerlendirildiğinde, yaş arttıkça uygulamaya ilişkin görüşlerin olumsuzlaştığı bulgulanmıştır. Medeni durum açısından görüş ve öneriler incelendiğinde evlilerin uygulamaya ilişkin ifadeler daha olumlu yaklaştığı görülmüştür. Meslekler açısından çalışanların uygulamaya yönelik görüş ve önerileri karşılaştırıldığında uzman hekimlerin fikirlerinin daha olumlu olduğu görülmüştür.

Bütün bu bulgulardan yola çıkarak; aile hekimliği çalışanlarının motivasyonlarını arttırmak için fiziki koşulların iyileştirilmesi, personel eksikliğinin giderilmesi, çalışanlara yapılan ödemelerin sadece pozitif performansa göre yapılması, uygulamadaki farklılıkları en aza indirmek için klinik ve saha rehberlerinin yayınlanması, çalışanların meskeki gelişimlerini sağlayacak eğitimler ve sempozyumların düzenlenmesi, aile hekimliği birimine düşen kişi sayısı azaltılarak hekimlerin daha çok koruyucu sağlık hizmeti vermesinin sağlanması, gebe ve bebek takibinde sorumluluğun hastaya verilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1.AKDAĞ, Recep (2011), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu
- 2.BENNETT, Kevin J. ve Christian Steen (2010), Electronic Medical Record Customization and The Impact Upon Chart Completion Rates, *Fam Med*, 42 (5), s. 338-42
- 3.BRODY, H., J. L. Cardinal ve J. P. Foglio (2004), Addressing Spiritual Concerns in Family Medicine: A Team Approach, *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17 (3), s. 201-206
- 4.CROSSON, Jesse C., C. Stroebel, J. G. Scott, B. Stello ve B. F. Crabtree (2005), Implementing an Electronic Medical Record in a Family Medicine Practice: Communication, Decision Making and Conflict, *The Annals of Family Medicine*, 3 (4), s. 307-311
- 5.EUROPE, WONCA (World Organization of Family Doctors) (2002), *The European Definition Of General Practice/Family Medicine*, Barcelona: WONCA Europe
- 6.GONZALES, O. B.A., A. W. Chessman ve K. J. Sheets (2007), Family Medicine Clerkship Curriculum: Competencies And Resources, *Family Medicine-Kansas City*, 39 (1), s. 43-46
- 7.HAZİNE MÜSTEŞARLIĞI (2011), Politika Analizi Raporu Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması, Ankara
- 8.KRIPALANI, Sunil, F. LeFevre, C. O. Phillips, M. V. Williams, P. Basaviah ve D. W. Baker (2007), Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care, *Jama*, 297 (8), s. 831-841

- 9.LEE, Albert. (2005), What Are Core Competencies The Family Physicians Should Possess In Delivering Quality Primary Health Care?, Journal of Primary Care and Health Promotion, 2 (1), s. 42-48
- 10.LEEUWENHORST Working Party (1974), The Work of The General Practitioner, Statement By A Working Party Of The Second European Conference on The Teaching Of General Practice, J R Coll Gen Pract 1977(27), s. 117
- 11.MARTIN, James C. ve Robert F. Avant (2004), The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community, Annals Of Family Medicine, 2 (1), s. 3-32
- 12.MCALLISTER, Jeanne W., Elizabeth Presler, W. Carl Cooley (2014), Practice-based care coordination: a medical home essential. Pediatrics, 120 (3), s. 723-733
- 13.MCWHINNEY, Ian R. ve Thomas Freeman (2009), *Textbook of Family Medicine*, Oxford University Press, USA
- 14.OCED (2008), OECD Reviews of Health Systems Turkey, World Bank
- 15.RAKEL, David (2011), *Textbook of Family Medicine*. Elsevier Health Sciences
- 16.SLOANE, P. D., L. M. Slatt, M. H. Ebell, M. A. Smith, D. V. Power ve A. J. Viera (2012), *Essentials of Family Medicine*, Lippincott Williams & Wilkins
- 17.SORINOLA, Olanrewaju O. ve Jill Thistlethwaite (2013), A Systematic Review of Faculty Development Activities in Family Medicine, Medical Teacher, 35(7), s. 1309-1318
- 18.STEPHENS, G. Gayle (1987), “*Developmental Assessment of Family Practice: an Insider’s View*” Ed. William J. Doherty, Charles E. Christanson ve Marvin B. Sussman, Family Medicine: The Maturing of a Discipline, Marriage & Family Review, 10 (3/4), s. 1-23
- 19.SÜLKÜ, Seher Nur (2011), Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara
- 20.TBMM (Türkiye Büyük Millet Meclisi) (2013), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu
- 21.TOY, E. C., D. Briscoe, B. Britton ve B. Reddy (2010), *Case Files Family Medicine*, McGraw-Hill Companies
- 22.WACHTER, Robert M. ve Lee Goldman (2002), The Hospitalist Movement 5 Years Later, Jama, 287 (4), s. 487-494

DEVLETİN İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ SORUMLULUĞUNUN HEMŞİRELER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yunus Emre ÖZTÜRK*

Ramazan KIRAÇ**

ÖZET

Amaç: Bu çalışma; sağlık kurumlarındaki yardımcı sağlık personelinin, iş sağlığı güvenliği (İSG) konusunda devletin sorumluluklarını ne ölçüde yerine getirdiğinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarındaki söz konusu personelin maruz kaldıkları mesleki risk ve tehlikelerin saptanarak İSG açısından değerlendirilmesi de amaçlanmıştır.

Önemi: Bu amaçla; sağlık kurumlarında hergün binlerce risk ve tehlikeye maruz kalan, yardımcı sağlık personelinin, devletin İSG hakkındaki sorumlulukları konusundaki farkındalıklarının değerlendirilmesi İSG literatürü açısından önemli bir veri olacaktır. Ayrıca bu konudaki mevzuatın uygulanması, takibi ve tedbirlerin alınması sürecinde sağlık personelinin alınan geri bildirim, politika belirleyiciler açısından da önemli olacaktır.

Gereç Ve Yöntem: Araştırma Konya ilinde merkez ilçe sınırları dışındaki 5 ilçe hastanesinde çalışan 228 hemşire üzerine uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anketin güvenilirliğinin test edilmesi için SPSS 20.0 paket programında %95 güvenilirlik düzeyinde güvenilirlik analizi yapılmıştır. Diğer taraftan ölçeğin genel güvenilirliği için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0,94 ($p=0,000<0,05$) olarak bulunmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılanlardan %95'i üniversite ve lise mezunu, katılımcıların yarısına yakını 1 ile 5 yıl arasında çalışmış, çalışanlardan birim olarak %64'ü cerrahi, dahili, acil servis hemşiresi dışındaki diğer görevlerde çalışmış, çalışmaya katılanların %40'ı 19-24 yaş aralığında, katılımcıların %66'sı bayandır.

Sonuç: Katılımcıların birçok ve farklı risklerle ve tehlikelere maruz kaldığı tespit edilmiş. Buna karşın katılımcıların devletin iş sağlığı ve güvenliği yükümlülüğünü yerine getirme konusundaki düşüncelerinde kararsız bir tutum sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: iş sağlığı, iş güvenliği, sağlık, hemşirelik, hastane, çalışan güvenliği

*Yrd. Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü,
yunuseozturk@gmail.com

**Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü, ramazan46k@gmail.com

STATE RESPONSIBILITY FOR OCCUPATIONAL HEALTH SAFETY EVALUATION FROM THE STANDPOINT NURSES of

ABSTRACT

Aim of this study; auxiliary health personnel in health facilities, occupational health and safety (OHS) in the state to fulfill that responsibility is to evaluate to what extent. In addition, staff in health care institutions concerned are exposed to occupational risks and hazards identified and assessed in terms of OHS is aimed at.

Importance: For this purpose, in health institutions are exposed to the risks and hazards of thousands of everyday, allied health personnel, the state's OHS awareness about the responsibilities of the evaluation data will be important in terms of OHS literature. In addition, the implementation of legislation on this issue, the adoption of measures in the process of monitoring and feedback received from health professionals, policy makers will be important in terms.

Material and Method: This study outside the borders of the province of Konya in the central district nurse was applied over 228 employees in five district hospitals. The questionnaire used in the study to test the reliability of the SPSS 20.0 package program reliability analysis was conducted on the 95% confidence level. On the other hand, calculated for the overall reliability of the scale Cronbah Alpha coefficient 0.94 ($p = 0.000 < 0.05$), respectively.

Results: Participants in research 95% of college and high school graduates, half of the participants close to 1 and 5 years has worked its employees as one of the 64% surgical, internal, emergency room nurse, other than the task he had worked in, the study participants, 40% of 19-24 age range, 66% of respondents are female.

Conclusion: Many of the participants are exposed to different risks have been identified and peril. However, the state's occupational health and safety of participants to fulfill the obligation they thought it was concluded in an unstable stance.

Keywords: occupational health, occupational safety, health, nursing, hospital, employee safety

1.Giriş

Çağdaş bir devlet, sosyal ve hukuk devleti olmak zorunda olduğuna göre öncelikle halkının en kutsal hakkı olan yaşama hakkını güvence altına almalıdır. Bunun devamında, vücut bütünlüğünün güvence altına alınması zorunluluğu ortaya çıkar (Özel, 2009:4). İş sağlığı genel olarak çalışma hayatı ve sağlık arasındaki ilişkileri inceleyen bir bilimdir (6331 sayılı kanun). Çeşitli meslek dallarında ve çalışan kişilerin fiziki, düşünsel ve sosyal açıdan tam iyi olma durumlarının sağlanması ile sürdürülmesini ve çalışma koşulları veya kullanılan maddeler nedeniyle çalışanların sağlığına gelebilecek zararların önlenmesini amaçlamaktadır (Demircioğlu, 2005; akt: Özel, 2009:6).

Çalışanları is kazalarına ve meslek hastalıklarına karşı önlemek, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamını oluşturmak için alınması gereken önlemler dizisine “İş Sağlığı ve Güvenliği” denir (Yelekçi, 2005; akt: Yavuz, 2009:15). Toplumsal bir sorumluluk olarak algılanması gereken çalışan sağlığı ve güvenliği konusu; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların sağlığına duyarlılık gösterilmesi ve güvenlik önlemlerinin bütünüdür (Gürüz ve Yaylacı, 2004; akt: Akkaya, 2007:3). İş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının amacı insan hayatını tehdit eden, genel olarak kaza ve hastalık şeklinde ortaya çıkan tehlikelerden insanları korumak, zarar verici etkileri en alt düzeye indirgeyerek insanların daha güvenli ve sağlıklı bir ortamda çalışmalarını, hayatlarını sürdürmelerini ve işgücü verimliliğini artırmayı sağlamaya yönelik önlemlerin tümünü kapsar (Bıyıkçı, 2010:4).

Sağlık çalışanları hastanelerde enfeksiyonlar, ilaçlar, malzemelerin yarattığı tehlikeler, atıklar, ergonomik tasarım eksikliği, çalışma koşulları ve malzeme yetersizliği, iş yükü fazlalığı, çalışanların dikkatsiz davranışları vb. nedenlerle birçok tehlike, kaza ve hastalık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Öztürk ve arkadaşları, 2012:254). Amerika Birleşik Devletleri Mesleki Güvenlik ve Sağlık Kurumu’na (OSHA Occupational Safety And Health Administration) göre sağlık kurumlarında çalışma ortamında karşılaşılan temel riskler; biyolojik, kimyasal, psikolojik, fiziksel veya çevresel/mekanik/biyomekanik olmak üzere 5 sınıfta incelenmektedir (Yavuz,2009:24).

Sağlık İşletmelerinde Risk Faktörleri

Risk Sınıfı	Risk Tanımı	Sağlık İşletmeleri İçin Risk Örnekleri
Biyolojik	Enfeksiyonlar, biyolojik Ajanlar; Bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler, bulaşıcı vücut sıvıları	HIV, Hepatit B, Hepatit C virüsleri ve tüberküloz gibi etmenler
Kimyasal	Vücut sistemini zehirleyen veya tahriş eden çeşitli kimyasallar, solüsyonlar ve ilaçlar.	Formaldehit, gluteraldehit, tehlikeli ilaçlar (sitotoksik ajanlar), etilen oksit, kullanılmış anestetik gazlar, pendamidine ribavirin.
Psikolojik	Bir işi veya çalışma ortamı ile ilgili konularda, stres duygusal zorlanma veya diğer kişiler arasında problemler yaratan durum veya etkenlerle karşı karşıya kalması	İş stresi. İşyerinde şiddet, vardiyalı çalışma, yetersiz personel, ağır iş yükü ve hastaların ortalama iyileşme sürelerinin uzaması.
fiziksel	Çalışma ortamında doku incinmelerine neden olan ajanlar.	Radyasyon, lazer, gürültü, elektrik; çok soğuk veya çok sıcak hava, iş yerinde şiddet.
Çevresel Mekanik ve Biyomekanik	Çalışma ortamında muhtemel kazalara veya yaralanmalara veya sıkıntıya neden olan faktörler	Tökezleme riskleri, güvensiz/tehbirsiz donanımlar, hava kalitesi, kaygan zeminler, güvensiz alanlar, düzensiz veya çalışmaya engel çalışma alanları, geçit yerleri, uygunsuz vücut duruşları, titreşim, çok soğuk veya çok sıcak hava.

Kaynak: <http://hospitaldangers.blogspot.com.tr/2011/03/potential-hazards-in-hospitals.html>

ORJI ve arkadaşları tarafından Nijerya’da bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının iş sağlığı problemleri sırayla; stres (%83,3), enjektör batması (%75,6), deride kan lekesi (73,1), ilaç alışkanlığı (%47,4), uyku problemi (%42,3), deri problemi (%37,2), hastalar tarafından saldırıya uğrama (%24,3) ve hepatit (%8,9) olarak saptanmıştır. İlgili çalışmada iş sağlığı problemlerinin çeşitli sağlık çalışanları arasındaki dağılımı ise aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Orji ve arkadaşları, 2002: 76).

Bu çalışmada İSG’ni sağlamadaki devletin yükümlülükleri üzerine durulmuştur. Bu araştırmanın ana amacı; Sağlık İşletmelerinde İSG ile ilgili devlet yükümlülüklerini ne ölçüde yerine getirdiğinin, çalışanlar tarafından ayrı ayrı değerlendirilmesine olanak sağlanması ve böylece hangi alanlarda geliştirilmeye açık alanların bulunduğu tespit edilmesidir.

2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada alan araştırması yöntemi kullanılmış, daha sonra literatür araştırması yapılmış ve en son da ikincil veriler analiz edilmiştir. Bu alan araştırmasında, literatürden elde edilen bilgiler ışığında yapılandırılmış anket tekniği kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir.

2.1 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; genel olarak Devletin İSG’ni sağlama konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmesi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri katılımcıların eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı, sağlık işletmesinde çalışma yılı, çalıştıkları birim, birimdeki görevleri ve yaş gibi demografik özellikleri.

2.2 Araştırmanın Örnekleme

Araştırma Konya ilinde merkez ilçe sınırları dışındaki 5 ilçe hastanesinde çalışan 228 yardımcı sağlık personeli üzerine uygulanmıştır. Sağlık işletmelerinde yapılan işlerin çoğunun insan yaşamı ile ilgilendirdiğinden dolayı sağlık çalışanlarının sözü edilen hizmetleri sunma konusundaki yoğunluğu, araştırma için kullanılacak ekonomik kaynaklarının yetersizliği nedenleriyle örneklem olarak sağlık çalışanlarından sadece hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma 228 hemşire üzerine uygulanmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında “Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği” ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, konu ile ilgili literatür ışığında ISG ile ilgili ulusal mevzuatımız, uymakla yükümlü olduğumuz ISG ile ilgili uluslararası mevzuat ve alanda çalışan hemşirelerle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilerden yararlanılarak devletin ISG’ni sağlama konusundaki sorumluluğu temeline dayandırılarak oluşturulmuştur. Ölçeğin ilk kısmı katılımcıların, genel olarak devletin İSG’ni sağlama konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmesine yönelik değerlendirmelerini ölçmeye yönelik sorular beş noktalı Likert tipi soru olarak sorulmuştur(Devebakan, 2007).

Ölçeğin ikinci kısmında hemşirelerin çalışma ortamında karşılaştıkları risk ve tehlikeleri belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Ölçeğin sonunda ise, eğitim düzeyi, kaç yıldır hemşirelik mesleğinde çalışıldığı, kaç yıldır ilgili hastanede çalışıldığı, çalışılan birim, çalışılan birimdeki görev ve yaş değişkeni ile ilgili sorular sorulmuştur. Araştırmada kullanılan anketin güvenilirliğinin test edilmesi için SPSS 20.0 paket programında %95 güvenilirlik düzeyinde güvenilirlik analizi yapılmıştır. Diğer taraftan ölçeğin genel güvenilirliği için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0,94 ($p=0,000<0,05$) olarak bulunmuştur. Faktör analizi tablosuna göre birinci faktörün tanımladığı fark yüzdesi 38,637’dir. Birinci faktörün öz değeri 14,682’dir (Alpha= 0,934’dir; $p=0,003$). Elde edilen ilk faktör İSG sağlanmasında devletin yükümlülüğünü belirlemek üzere katılımcılara yöneltilmiş 7 sorudan oluşmuştur. Dolayısı ile bu faktör “İSG’nin Sağlanmasında Devlet Yükümlülüğü” olarak adlandırılmıştır(Devebakan, 2007).

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 20.0 (Statistical Program for Social Science) paket programı, %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için frekans analizi, ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için güvenilirlik analizi, ölçeğinin boyutlarının belirlenmesi ve boyut indirgemeye yönelik faktör analizi, ikili karşılaştırmalar için t-testi, çoklu karşılaştırmalar için varyans analizi ve kategorik değişkenler arasındaki bağımsızlık analizleri yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Bulguları

Araştırma bulguları kapsamında öncelikle katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler, özet tablo ve grafikler olarak sunulmuştur. Daha sonra İSG sağlanmasına yönelik devletin yükümlülüklerinin değerlendirilmesi ile ilgili temel istatistikler elde edilerek, özet tablo ve grafik olarak sunulmuştur. Ayrıca İSG eğitimleri, katılımcıların son 6 ayda karşılaştıkları risk ve tehlikeler ve genel İSG önlemlerine yönelik tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 2: Demografik Değişkenlere Ait Bulgular

	Sayı	%
Eğitim Durumu		
Lise	108	47,4
Üniversite	110	48,2
Lisansüstü	10	4,4
Meslekte Çalışma Yılı		
1 yıldan az	20	8,8
1-5 yıl	92	40,4
6-11 yıl	44	19,3
12-17 Yıl	43	18,9
18-23 Yıl	10	4,4
24 Yıl ve üstü	19	8,3
Hastanede Çalışma Yılı		
1 Yıldan az	44	19,3
1-5 Yıl	98	43,0
6-11 Yıl	44	19,3
12-17 Yıl	26	11,4
18-23 Yıl	4	1,8
24 Yıl ve üstü	12	5,3
Çalışılan Birim		
Cerrahi Birim	18	7,9
Dahili Birim	12	5,2
Acil Servis	51	22,4
Diğer	147	64,5
Birimdeki Görev		
Başhemşire	5	2,2
Klinik Sorumlu Hemşiresi	16	7,0
Klinik Hemşiresi	33	14,5
Diğer	174	76,3
Yaş Grubu		
19-24	92	40,4
25-29	36	15,8
30-35	52	22,8
36-41	33	14,3
42 ve üstü	15	6,7
Toplam	228	100

2.3.1. İSG'nin Sağlanmasında Devletin Yükümlülüklerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular

Katılımcıların İSG'ni sağlamada Devletin yükümlülüklerini değerlendirmesi ile ilgili sonuçlar; Tablo 4-7'de gösterilmiştir. Buna göre; Devletin İSG'ni sağlayacak tedbirleri alması; katılımcıların % 29,8'i tarafından Çok Kötü/Kötü, % 28,9'u tarafından Çok İyi/İyi olarak değerlendirilmiştir. Devletin iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi konularında inceleme/araştırma çalışmalarını planlaması ve uygulaması; katılımcıların % 28,9'u tarafından Çok Kötü/Kötü, % 37,3'ü tarafından Çok İyi/İyi olarak değerlendirilmiştir. Devletin çalışanları iş kazası ve meslek hastalıklarından koruma konusundaki çalışmaları ve tedbirleri; katılımcıların % 29,8'i tarafından Çok Kötü/Kötü, % 35,5'i tarafından Çok İyi/İyi olarak değerlendirilmiştir. Devletin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal düzenlemeleri; katılımcıların % 27,2'si tarafından Çok Kötü/Kötü, % 35,1'i tarafından Çok İyi/İyi olarak değerlendirilmiştir. Devletin iş sağlığı ve güvenliği konularında mevzuatın uygulanmasını sağlaması; katılımcıların %24,5'i tarafından Çok Kötü/Kötü, %34,2'si tarafından Çok İyi/İyi olarak değerlendirilmiştir. Devletin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuatın uygulanmasını izlemesi ve denetlemesi; katılımcıların % 23,3'ü tarafından Çok Kötü/Kötü, % 30,3'ü tarafından Çok İyi/İyi olarak değerlendirilmiştir. Devletin İSG ile ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapması; katılımcıların % 23,3'ü tarafından Çok Kötü/Kötü, % 34,6'sı tarafından Çok İyi/iyi olarak değerlendirilmiştir.

İSG'nin sağlanmasında devletin yükümlülüklerini yerine getirmesi ile ilgili katılımcıların yukarıdaki değerlendirmeleri göz önüne alındığında; katılımcıların devletin İSG ile ilgili yükümlülüklerin yerine getirilmesini önemli oranlarda Ne Kötü/Ne İyi şeklinde değerlendirdikleri saptanmıştır. Buna göre çalışanların devletin konu ile ilgili yükümlülükleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları anlaşılıyor.

Tablo3: İSG'nin Sağlanması İçin Devletin Yükümlülüklerinin Değerlendirilmesi

	Çok		Kötüdür		Ne		İyidir		Çok İyidir	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
n:228										
Devletin iş sağlığı ve güvenliği sağlayacak tedbirleri alması.	39	17,1	29	12,7	94	41,2	37	16,2	29	12,7
Devletin iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi konularında inceleme/araştırma çalışmalarını planlaması ve uygulaması.	23	10,1	45	19,7	79	34,6	62	27,2	19	8,3
Devletin çalışanları iş kazası ve meslek hastalıklarından koruma konusundaki çalışmaları ve tedbirleri.	13	5,7	53	23,2	77	33,8	61	26,8	24	10,5
Devletin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal düzenlemeleri	17	7,5	45	19,7	85	37,2	52	22,8	29	12,3
Devletin iş sağlığı ve güvenliği konularında mevzuatın uygulanmasını sağlaması.	16	7,0	40	17,5	94	41,2	59	25,9	19	8,3
Devletin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuatın uygulanmasını izlemesi ve denetlemesi,	18	7,9	35	15,4	106	46,5	49	21,5	20	8,8
Devletin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapması.	25	11,0	28	12,3	96	42,1	65	28,5	14	6

2.3.2 Katılımcıların Son 6 Ayda Karşılaştıkları Risk ve Tehlikelere İlişkin Bulgular

Katılımcıların son 6 ay içerisinde karşılaştıkları risk ve tehlikeler ile ilgili Tablo 4'deki bulgular incelendiğinde; katılımcıların %65,8'inin uyku bozukluğu problemi yaşadığı, yine % 84,6'ünün boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çektiği, % 37,3'ünün ise enjektör batması vakasına maruz kaldıkları görülmektedir. Katılımcıların % 32,5'i enfekte kesici-delici-batıcı cisim ile yaralandığını belirtirken, % 33,3 'ü varis problemi, % 38,2 oranında tansiyon problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların yaklaşık % 36,8'i kullandıkları eldivenlerden (lateks) dolayı deri problemi, % 48,7'si yeme bozukluğu yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcılardan hasta yakınları tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı % 55,3 iken hastalar tarafından sözel veya fiziksel şiddete maruz kalanların oranı %30,8 olarak tespit edilmiştir. Katılımcılardan son 6 ay içerisinde psikolojik rahatsızlık yaşadığını belirtenlerin oranı %31,1 iken ergonomik nedenlerden dolayı yaralandığını ifade edenlerin oranı %6,1 olarak tespit edilmiştir. Radyoaktif maddeye maruz kalan katılımcıların oranı %11 iken ekip çalışması problemi yaşayan katılımcılar %37,7 oranında tespit edilmiştir. Yüksek etkili dezenfektanlar nedeniyle solunum problemi yaşayan katılımcıların oranı %16,7 iken meslektaşları tarafından şiddete maruz kalanların oranı 27,2 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %11'i Hepatit B iken Hepatit-C ve HIV enfeksiyonuna maruz kalmadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan katılımcıların tıbbi (%6,6), kemoterapik ilaçların (%3,6) olumsuz etkilerine maruz kaldıkları, ayrıca %2,2 oranında da kimyasal yanık vakası yaşadıkları tespit edilmiştir. Katılımcılar anestezi gazlarına maruz kalmamışlardır. Katılımcıların %3,5'i kendisine meslek hastalığı teşhisi konduğunu ve katılımcıların hepsi işe bağlı tüberküloz geçirmediğini ifade etmektedir. Son olarak katılımcıların %6,6'sı; iş kazasından dolayı üç günden fazla işe ara verdiğini ifade etmiştir.

3.Araştırmanın Analizi

Araştırmada devletin İSG skorlarının bağımsız değişkenler açısından analiz edilmesine yönelik hipotezler oluşturulmuştur. Oluşturulan hipotezler, uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edilip sonuçları değerlendirilmiştir. Tablo 5'de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların eğitim düzeylerinde, meslekte çalışma sürelerinde ve katılımcıların birimdeki görevinde iş sağlığı ve güvenliği skorları ortalamaları varyans analizi uygulanmış ve ortalamalar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$). Katılımcıların hastanede çalışma süreleri arasında iş sağlığı ve güvenliği skorları analiz edilmiş ve aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). 24 yıl ve üstü hastanede çalışanlar devletin iş sağlığı ve güvenliği yükümlülüklerini kötü olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların çalışılan birim açısından iş sağlığı ve güvenliği skorları değerlendirilmiş ve ortalamaları aralarında anlamlı bir fark bulunmuş($p<0.05$). Dâhili birim ve acil serviste çalışanlar devletin iş sağlığı ve güvenliği yükümlülüklerini kötü olarak değerlendirmişlerdir. Katılımcıların yaş açısından iş sağlığı ve güvenliği skorları değerlendirilmiş ve ortalamalar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). 36-41 ve 41 üstü yaş devletin iş sağlığı ve güvenliği yükümlülüklerini kötü olarak değerlendirmişlerdir. Katılımcıların cinsiyet açısından iş sağlığı ve güvenliği skorları değerlendirilmiş ve aralarında anlamlı bir fark çıkmıştır($p<0.05$). Erkek çalışanlar devletin iş sağlığı ve güvenliği yükümlülüklerini kötü olarak değerlendirmişlerdir

Tablo: 5 Katılımcıların Demografik verilerle İlgili İSG Skorlarının Farklılığı İçin Yapılan Varyans Analizi ve t testi.

Eğitim Düzeyleri	N	Ortalama	F değeri	Anlamlılık Düzeyi
Lise	108	3,0198	1,609	0,202
Üniversite	110	3,1182		
Lisansüstü	10	3,5714		
Toplam	228	3,0915		
Meslekte Çalışma Süreleri	N	Ortalama	F değeri	P
1 yıldan az	20	3,1071	2,048	0,073
1-5 yıl	92	2,9643		
6-11 yıl	44	3,3052		
12-17 yıl	43	3,3355		
18-23 yı	10	3,0000		
24 yıl ve üstü	19	2,6917		
Toplam	228	3,0915		
Hastanede Çalışma Süreleri	N	Ortalama	F değeri	P
1 yıldan az	44	3,2468	4,565	0,001
1-5 yıl	98	2,9883		
6-11 yıl	44	2,9708		
12-17 yıl	26	3,7363		
18-23 yı	4	3,1429		
24 yıl ve üstü	12	2,3929		
toplam	228	3,0915		
Çalışılan Birim Açısından	N	Ortalama	F değeri	P
Cerrahi birim	18	3,1429	12,695	0,000
Dahili birim	12	2,0714		
Acil servi	51	2,6499		
Diğer	147	3,3217		
Toplam	228	3,0915		
Birimdeki Görevi	N	Ortalama	F değeri	P
Başhemşire	5	3,7143	1,174	0,222
Klinik Sorumlu he	16	2,8393		
Klinik Hemşiresi	33	2,9307		
Diğer	174	3,1273		
Toplam	228	3,0915		
Yaş	N	Ortalama	F değeri	P
19-24	92	3,1724	1,174	0,000
25-29	36	2,7381		
35-35	52	3,4835		
36-41	33	2,8701		
42 ve üstü	15	2,5714		
Toplam	228	3,0915		
Cinsiyet	N	Ortalama	t değeri	P
BAYAN	142	2,9899	-2,072	0,39
ERKEK	86	3,2591		

4.Sonuç Ve Tartışma

Çalışmamızın tartışma ve sonuç bölümünde, öncelikle araştırmada elde edilen bulguların analizi ve tartışılması, söz konusu bulguların benzer çalışmalarla karşılaştırılması, araştırma hipotezlerinin değerlendirilmesi, İSG ile ilgili mevcut durumun

tespiti, gelecekte yapılacak çalışmalara ilişkin öneriler, genel öneriler/yeni düzenleme önerileri konularına sırasıyla değinilecektir.

Çalışmamızda kullandığımız Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Ölçeğinin, İSG’ni değerlendirmede güvenilir olduğu tespit edilmiştir. İSG’ni sağlama açısından devletin, işverenin ve çalışanların bizzat kendilerinin temel boyutlar olduğu, yapılan faktör analizi sonucunda da ortaya çıkmıştır. Bu çalışma kapsamında yapılan alan araştırması, Konya ilindeki özel sağlık işletmelerinde İSG’ni sağlamada devletin yükümlülüklerinin hemşireler tarafından değerlendirilmesine yönelik sonuçları içermektedir.

Hemşireler devletin İSG’ni sağlama konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmesini benzer şekilde değerlendirmektedirler. Katılımcıların devletin İSG’ni sağlama konusunda yükümlülüklerini yerine getirmesini “Ne Kötü/Ne İyi” şeklinde değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuç aynı zamanda katılımcıların, devletin İSG konusundaki yükümlülükleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı şeklinde de yorumlanabilir. Bu anlamda, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı başta olmak üzere, İSG ile ilgili kurum ve kuruluşların bilgilendirme ve eğitim etkinliklerine daha fazla önem vermesi, devletin İSG konusundaki yükümlülüklerinin çalışanlar tarafından daha fazla bilinmesine imkân sağlayacaktır.

Araştırmada katılımcıların farklı eğitim düzeylerinde olmasının, devletin İSG’ne yönelik yükümlülüklerini değerlendirmede bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile İSG’ne yönelik tarafların yükümlülüklerinin değerlendirilmesinde eğitim değişkeni değerlendirmeler üzerinde anlamlı bir sonuç yaratmamaktadır.

Araştırmada katılımcıların işteki kıdem sürelerinin, devletin İSG’ne yönelik yükümlülüklerini değerlendirmede bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile İSG’ne yönelik tarafların yükümlülüklerinin değerlendirilmesinde çalışanların kıdemi de değerlendirmeler üzerinde anlamlı bir sonuç oluşturmamaktadır.

Araştırmada farklı birimlerde çalışan katılımcıların, devletin İSG’ne yönelik yükümlülüklerini değerlendirmede farklılık tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile İSG’ne yönelik tarafların yükümlülüklerinin değerlendirilmesinde çalışanların farklı birimlerde çalışması katılımcı değerlendirmelerini farklılaştırmaktadır.

Araştırmada katılımcıların farklı görevlerde olmasının, devletin İSG’ne yönelik yükümlülüklerini değerlendirmede farklılık yaratmadığı, katılımcıların farklı yaş gruplarında olmasının ise farklılığı yarattığı görülmektedir.

Araştırmada katılımcıları son 6 ay içinde maruz kaldıkları risk ve tehlikelere baktığımızda; Katılımcıların yarısından fazlasının uyku bozukluğu yaşadığı, boyun, bel, omuz veya kol ağrısı çektiği, Hasta yakınları tarafından sözel şiddete maruz kaldıkları gözükmemektedir. Katılımcıların yarısına yakını ise yeme bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların % 40’ a yakını ise enjektör batması vakası yaşadığını, enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmasına maruz kaldığını, varis problemi yaşadığını, yüksek veya düşük tansiyon problemi yaşadığını, latex eldivenlerden dolayı deri ile ilgili sağlık problemi yaşadığını, ekip çalışması problemi yaşadığını belirtmişlerdir. Cürcani ve Tan’ın hemşireler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; hemşirelerin mesleklerini uygularken karşılaştıkları risk faktörleri enfeksiyon riski (%97,9), stres (%83), sözel şiddet (%80,9), psikolojik travma (%66), alerjik maddeler (%63,8), gürültü (%36,2) ve fiziksel şiddet (%23,4) olarak sıralanmıştır. Hemşirelerde görülen sağlık sorunlarında ilk sırada bel ağrısının yer aldığı görülmüştür (Cürcani ve Tan, 2009:342). Çalışkan ve Akdur’un çalışmasına göre;

hemşirelerin çalışma ortamında bulunan risklerin başında enfeksiyonlar, stres ve aşırı uzun çalışma ilk sırada yer almaktadır (Çalışkan ve Akdur, 2001:137). Kılıç ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hemşirelerin mesleklerini uygularken çalışma ortamından kaynaklanan risk faktörleri içerisinde en yüksek oranda kesici ve delici alet yaralanmalarına dikkat çekmiştir (Kılıç ve arkadaşlar, 2008: 32-39). Yılmaz ve Özkan'nın çalışmasına göre hemşirelerin %49,1'i şiddete maruz kalmaktadır. Yine aynı çalışmada hemşirelerin %46'6 sı sözel, %1,2'si fiziksel şiddete uğradıklarını ve bu şiddetin %40'ının hasta yakınları tarafından uygulandığını bildirmişlerdir (Yılmaz ve Özkan, 2006:13).

Araştırmada katılımcıların bu kadar çok ve farklı risklerle olması katılımcıları iş kazası ve meslek hastalığına meydan oluşturmaktadır. Katılımcıların bu noktada düşüncelerine başvurulmuş ve devletin iş sağlığı ve güvenliği noktasında yükümlülükleri hakkında bilgi sahibi olup olmadığını ve devlet ne derece yükümlülüğünü yerine getiriyor onun üzerine durulmuştur.

Benzer çalışmaların daha büyük örneklerde ve Konya dışındaki sağlık işletmelerinde de yapılması, gelecekte konu ile ilgili çalışmalarda bulunacak araştırmacılara tavsiye edilmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, çalışanların İSG konusundaki düzenlemelere yönelik bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik detaylı analizlerin yapılması fayda sağlayacaktır.

Bildiği üzere, iş kazaları ve meslek hastalıkları alınacak önlemlerle büyük ölçüde engellenebilmektedir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek hastalıkları iş günü kayıplarına ve yapılan işin kısıtlanmasına neden olduğundan, verimliliği düşüren bir etmen olmaktadır. Sağlık işletmeleri yöneticileri, verimliliği sağlamak için, iş kazası ve meslek hastalıklarının olası olumsuz etkilerini öngörmeli ve bu konuda düzeltici faaliyetlerden çok, önleyici faaliyetlere öncelik verip sorunları daha ortaya çıkmadan önlemelidir.

Sağlık çalışanlarının mesailerinde şiddete maruz kalması fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Diğer taraftan hasta başına düşen sağlık çalışanı sayısının yeteriz olduğu ülkemizde sağlık çalışanlarının herhangi bir şiddet yöntemi ile şiddete maruz kalması, hizmet süreçlerini doğrudan etkileyeceğinden, sağlık çalışanları ve hizmet bekleyen hastalar için zaman kaybına neden olacaktır. Söz konusu zaman kayıpları doğal olarak hizmet için sırada bekleyen hasta ve yaralılara zamanında hizmet verilmemesine neden olacağından bu durum sağlık çalışanlarında ayrıca bir strese neden olacaktır ki söz konusu ortamda sözü edilen ortamdan kaynaklanan nedenden dolayı başka şiddet vakalarının yaşanması ihtimal dahilinde olacaktır.

Ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıklarının bildiriminin, bir veri tabanı yardımıyla gerçekleştirildiği bir sistem bulunmadığından konu ile ilgili sağlıklı verilere ulaşmak mümkün olmamaktadır. Başka bir ifade ile ülkemizde sağlık iş kolundaki sağlık çalışanlarının hangi sıklıkla, hangi iş kazaları ve meslek hastalıklarına, riskli davranış ve uygulamalara maruz kaldığı, kaç kişinin iş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle iş göremez hale geldiği ya da sakatlık geçirdiğini tam olarak tespit etme şansı bulunmadığından araştırmada elde edilen bulgular sağlıklı bir şekilde önce verilerle kıyaslanamamıştır. Anılan konu ile ilgili bir veri tabanının oluşturulması İSG alanına önemli katkı sağlayacaktır.

Bilindiği üzere araştırmada kullanılan ölçeğin maddeleri, İSG ile ilgili ulusal mevzuatımız ve uymakla yükümlü olduğumuz uluslararası mevzuat hükümlerinden oluşturulmuştur. Ülkemizde çalışma bakanlığına bağlı İş Müfettişlerinin veya Sosyal

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 680 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2011

Güvenlik Kurumu müfettişlerinin sayıca yetersizliği göz önüne alındığında, İSG ile ilgili tarafların yükümlülüklerini yerine getirmeden kaçınması doğal bir sonuç olmaktadır. Bu nedenle sağlık işletmelerinde de İSG ile ilgili mevzuatın denetlenmesine önem verilmelidir

Kaynakça

- 1.Akkaya, G. (2007) Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma
- 2.Bıyıkçı, E.T. (2010) İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Sağlanmasında İş Güvenliği Uzmanlığı
- 3.Çalışkan, D., Akdur, R. (2001) Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaştıkları Mesleki Riskler
- 4.Cürcani, M., Tan, M. (2009) Diyaliz Üniteleri ve Nefroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Sağlık Sorunları
- 5.Devebakan, N. (2007) Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı,2007.
- 6.Kılıç D., Karabulut N., Köse S. (2008) Hemşirelerin Mesleki Risklerinin Sağlık Sorunlarının Ve Koruyucu Davranışlarının İncelenmesi
- 6.ORJI, E.O, Fasuba, O.B; Onwudiegwu, Uche; Dare, F.O; Ogunniyi, S.O. (2002) "Occupational Hazards among health care workers in an obstetrics gynaecology unit of a Nigerian teaching Hospital", Journal of Obstetrics and Gynaecology, 22(1), s.76.
- 7.Öztürk, H., Babacan, E., Özdaş Anahar, E., (2012) Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği
- 8.Özel, S. (2009) İşverenin İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Cezai Sorumluluğu
- 9.Yavuz, E. (2009) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı Ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi
- 10.Yılmaz, E, Özkan, S (2006) Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi
- 11.<http://hospitaldangers.blogspot.com.tr/2011/03/potential-hazards-in-hospitals.html>
- 12.<http://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/>

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI VE BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRMESİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ UYGULAMASI

Hamdi ÖZTÜRK*
Taşkın KILIÇ**
Fatma ÇİFTÇİ***

ÖZET

İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) günümüz iş hayatında, üretimin etkililiği ve verimliliği açısından vazgeçilmez bir unsur hâline gelmiştir. Bu nedenle üretim faktörlerinin en önemli unsurlardan birisi olan işgücüne gereken önemin verilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda birçok sektörde çalışanların daha sağlıklı ve güven içinde çalışması için birtakım kurallar geliştirilmiş olup, bu kurallar birçok ülkede standart hale getirilmiş ve devamlılığı sağlanmıştır.

Bu çalışma İSG hakkında bilgi vermek ve aynı zamanda Gümüşhane Devlet Hastanesindeki sağlık personellerinin iş sağlığı ve güvenliği konusunda bilgi seviyesini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde sosyo-demografik özelliklerine yönelik bilgiler, ikinci bölümünde personelin iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi düzeylerini ve tutumlarını ölçmeye yönelik, iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma ile ilgili sorular, son bölümde ise İSG Kanunu ile ilgili sorular yer almaktadır. Personellerin eğitim seviyesi ile iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi seviyesi arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır. Personellerin eğitim seviyesi ile İSG hakkında bilgi seviyesi, görevinin risklerini bilme düzeyi, İSG kurallarına uyanın zaman kaybı olması, personellerin kurumundaki İSG çalışmalarından memnuniyet düzeyi, koruyucu kullanma sıklığı, yoğun iş temposu ve uzun çalışma saatlerinin iş kazalarına neden olması arasında anlamlı bir fark vardır. Anketin skorunda etkili olan değişkenler yaş, cinsiyet, mesleki deneyim, eğitim seviyesi ve çalışma türleridir.

Anahtar Sözcükler: İş Sağlığı, İş Güvenliği, İş Sağlığı ve Güvenliği

*Sağlık Yönetimi Öğrencisi, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: hamdioztrk@hotmail.com

**Yrd. Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: taskinkilic@gumushane.edu.tr

***Arş. Gör., Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, e-posta: fatma_CIFTCI@hotmail.com

THE EVALUATION OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY AWARENESS: FIELD RESEARCH AIMED AT GÜMÜŞHANE STATE HOSPITAL STAFF

ABSTRACT

Recently Occupational Health and Safety from the point of the effectivity and productivity of the production in business life have become a component that cannot be abandoned so labour which is one of the best important production factors should be given enough importance. Some rules are applied in order to supply that employee in different segments can work in good health and safety and the rules are standardized so that they become long-lasting.

This study is prepared in order to give information about Occupational Health and Safety and to measure the level of knowledge of health official in Gümüşhane State Hospital at the subject of Occupational Health and Safety. Survey is used as data collector tool in this study. In the first part of the survey ; information about staff's socio-demographic features, in the second part; the staffs' level of knowledge about Occupational Health and Safety and the approach of staffs towards OCS and also the questions about exposing to labor accidents and capturing to occupational diseases, in the last part; questions about Occupational Health and Safety Law are taking place. It is searched whether there is a meaningful difference between the staffs' educational level and the level of staffs' knowledge about Occupational Health and Safety. There is a meaningful difference among the staffs' educational level and the level of staffs' knowledge about Occupational Health and Safety, and the knowledge level about their mission's risks, and obeying the Occupational Health and Safety rules wastes time, and staffs' satisfaction level about OHS works, and the frequency of preservative usage, and intense working and long working hours cause to labor accidents. The variables affecting the survey's score are age, gender, work experience, educational level and exercise types.

Key Words: *Occupational Health, Occupational Safety, Occupational Health and Safety*

1. Giriş

Son yıllarda, hem AB normları hem de Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO, 2004) iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili standartlar ve kurallar oluşturup; bunları bütün işyerlerinde uygulanması için çalışmalar yürütmektedir. Ayrıca birçok ülkede bu konuyla ilgili yasa ve yönetmenlikler çıkmaktadır. Örneğin; Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Yönetmeliği'nin 5. Maddesine göre “işveren; çalışma ortamı ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapar ve yaptırır” şeklinde ifadeler vardır. (İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği Taslağı, RG 28512).

İş sağlığına verilen önemin artmasının en önemli nedeni, çevresel faktörlerin iş kazası nedenlerinin %20'sini oluşturmasıdır. Yetersiz olan ve uygun olmayan aydınlatma (parıltı ve pırlıltı), ışık, ısı, radyasyon; mikroorganizmalar; tahriş edici ve boğucu gazlar, anestezi ve narkotik maddeler, sistemik zehirlenmeler gibi nedenler iş kazalarına neden olabilmektedir

(Sabuncuoğlu, 2000: 267). Bununla birlikte çalışma saatleri, işten çıkarma, vardiya sistemleri, ücret sistemleri de iş kazalarına yol açabilmektedir (Gürüz ve Yaylacı, 2004: 202).

Diğer taraftan, iş kazaları ve meslek hastalıkları çok miktarda zaman, malzeme ve işgücü kaybına neden olmakta ve ülke ekonomisine büyük zarar vermektedir. İş kazaları sonucu ölen veya sakatların çalışma hayatından çekilmesiyle, onların çalışabilecekleri sürede sağlayabilecekleri üretim ve gayri safi milli hasılaya katkılarından ve çalışırken ödedikleri sosyal sigorta priminden yoksun kalınmaktadır (Akkaya, 2007: 18).

İş sağlığı ve güvenliği kavramı işyerinde işten, iş ortamından, çalışma çevresinden ve çalışmaktan doğan bütün risklere karşı çalışanların korunması amacıyla alınması gereken önlemleri içermektedir (Arıcı, 1999:51). İş sağlığı sadece çalışma yaşamına girmiş ekonomik açıdan aktif nüfusun, meslek hastalıkları, iş kazaları ve bunların tedavileri ile ilgili sınırlı bir sorumluluk alanı değildir. Bu günkü geniş kapsamlı iş sağlığı anlayışı, çalışanların iyilik haline, iş doyumuna ve yaşam kalitesine kadar uzanan geniş bir disiplindir (Çingil, 2004:8).

Bu kapsamda bu çalışmada iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ele alınıp bilimsel yöntemlerle irdelenecektir.

2.Gereç ve Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, sağlık personellerinin maruz kaldıkları iş kazası ve meslek hastalıkları hakkında bilgi edinmek, iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilinç düzeylerini ölçmek ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu hakkında bilgi seviyelerini ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 27/03/2014 – 11/04/2014 tarihleri arasındaki 15 günlük zaman diliminde Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde çalışan 119 sağlık personeli oluşturmuştur.

2.3.Veri Toplama Aracı

“İş Sağlığı ve Güvenliği Farkındalık Değerlendirmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Personeline Yönelik Alan Çalışması” adlı bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket uygulamasından yararlanılmıştır. Uygulanan ankette birinci kısım demografik bilgileri ölçmeye yönelik yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sorulardan oluşmaktadır. İkinci kısımda personelin iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi düzeylerini ve tutumlarını ölçmeye yönelik, iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalıklarına yakalanma ile ilgili soruları içermektedir. Son bölümde ise İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Anket soruları 5’li Likert Ölçeği ve dikototom (çift seçenekli, Evet/Hayır) soru tiplerinden oluşmaktadır. Anket sonuçlarının değerlendirilmesi SPSS,21 programı kullanılarak yapılmıştır.

2.4.Araştırma Etiği

Araştırma etik ilkeler çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırma sürecinde Gümüşhane Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı, Gümüşhane Devlet Hastanesi Başhekimliğinden sözel izin alınmıştır. Anketi doldurmak isteyen personeller çalışmaya dâhil edilmiştir.

Tablo 1: Güvenilirlik İstatistiği

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,718	,698	21

Sağlık personellerine uygulanan anketin güvenilirlik analizi yapılmış ve $\alpha=0,718$ gibi iyi bir oran çıkmıştır.

3.Bulgular

3.1.Demografik Veriler

Tablo 2: Personellerin Sosyo-demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Yaş Aralığı	18-25 yaş arası	43	36,1
	26-35 yaş arası	43	36,1
	36 yaş ve üzeri	33	27,7
Cinsiyet	Kadın	69	58,0
	Erkek	50	42,0
	Lise	51	42,9
	Önlisans	24	20,2
	Lisans	29	24,4
	Diğer	15	12,6
Çalışma Türü	Gündüz	78	65,5
	Gece	16	13,4
	Gündüz ve Gece (Nöbet)	25	21,0
Mesleki Deneyim	1 Yıldan Az	13	10,9
	1-5 Yıl Arası	48	40,3
	6-10 Yıl Arası	29	24,4
	11 Yıl ve Üzeri	29	24,4

Tablo 3: Personellerin İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkındaki Bilgi Seviyeleri

	Frekans	Yüzde(%)
Çok Az	11	9,2
Az	29	24,4
Orta	52	43,7
İyi	20	16,8
Çok İyi	7	5,9
Toplam	119	100,0

Tablo 3’de görüldüğü gibi ankete katılanların çoğunluğunun iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi düzeyinin %43,7 ile orta seviye olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer çalışmalarda da personellerin cinsiyeti ve iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi seviyelerinin oranları benzerdir.

Bayılmış (2013)’ın çalışmasında bayanların erkeklere oranla fazla olduğu ve personellerin iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi seviyelerinin de orta düzeyde olduğu görülmektedir. Akkaya (2007)’nın çalışmasında ise %72,2’lik oranla kadınların erkeklerden fazla olduğu ve çalışma sisteminde ise %36,9’unun gündüz çalışıyor olması bakımından oransal olarak benzerlik görülmektedir. Araştırmaya Katılanların %18,5’i daha önce iş kazası geçirmiş olduğu, %6,7’sinin de meslek hastalığına maruz kaldığı saptanmıştır.

Personellerin eğitim düzeyi iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi seviyesi arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($0,006 < 0,05$).

Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgi seviyesi durumu ile mesleki deneyimi ($0,020 < 0,05$) arasında da anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık personellerinin görevleri ile kazaya neden olabilecek faktörlerin bazıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada iş kazalarında koruyucu kullanmama ($0,012 < 0,05$) ve uzun çalışma saatleri ($0,028 < 0,05$) arasında anlamlı bir fark olduğu, buna karşın; dikkatsizlik ($0,911 > 0,05$), tecrübesizlik ($0,311 > 0,05$) ve yoğun iş temposu ($0,099 > 0,05$) arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Çalışanın görevine göre koruyucu kullanma sıklığı arasında anlamlı bir fark görülmektedir ($p=0,000 < 0,05$). Literatürde personellerin görev dağılımlarına göre iş kazalarına neden olabilecek faktörler arasındaki anlamlı farklılığı inceleyen yeterli çalışma yoktur.

Sağlık personellerinin çalışma sistemleri (Gündüz, Gece, Gündüz-Gece) ile kazaya neden olabilecek faktörlerin bazıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada iş kazalarında uzun çalışma saatleri ($p=0,003 < 0,05$) ve yoğun iş temposu ($p=0,024 < 0,05$) arasında anlamlı bir fark olduğu, buna karşın; dikkatsizlik ($p=0,776 > 0,05$), tecrübesizlik ($p=0,087 > 0,05$) ve koruyucu kullanmama ($p=0,102 > 0,05$) arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Gece çalışan personellerin görevlerinin risklerini bilme düzeyleri diğer çalışma türlerine oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Ort.= 3,88).

4. Tartışma ve Sonuç

Hastane çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki farkındalığının değerlendirildiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- ❖ Personellerin eğitim seviyesinin artmasına paralel olarak görevinin risklerini bilme durumu ve iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi düzeyi de artmaktadır.
- ❖ Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi seviyesi genel olarak orta düzeydedir (%43,7).
- ❖ Mesleki deneyim ile iş sağlığı ve güvenliği hakkındaki bilgi seviyesi arasında anlamlı bir fark vardır.

Eğitim seviyesinin yükselmesi iş sağlığı ve güvenliği konusundaki bilgi seviyesini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Eğitim düzeyinin artması ile işin risklerini bilme ve iş kazalarına maruz kalma durumları da azalmaktadır. Aynı zamanda mesleki deneyimle iş sağlığı ve güvenliği hakkında bilgi seviyesi arasında da anlamlı bir fark vardır. Uzun çalışma yılları yapılan işe hâkim olmayı sağlamaktadır diyebiliriz. Bu nedenle mesleki olarak çalışma

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2011

süresinin uzunluğu İSG hakkındaki bilgi seviyesini artırmaktadır. Kurum içi eğitimler verilmesi, bireylerin mesleklerinin risklerini daha iyi bilmelerini ve meydana gelebilecek olumsuzluklara karşı önlemler almalarını sağlayabilir.

Öneri: Çalışan personeller iş kazalarını, büyük hasarlı zarar veren olaylar olarak algılayabilmekte buna karşın küçük çaplı yaralanmalar da iş kazası sayılabilmektedir. Bu nedenle araştırma öncesinde iş kazası hakkında kısa bir açıklama yapılması daha yararlı olacaktır. Araştırma yapmış olduğunuz işletmede daha önce bu konuya benzer çalışmalar yapılmış ise önceki araştırmalarla karşılaştırarak kıyaslama yapılabilir. Bu sayede işletmede iş sağlığı ve güvenliği konusunda yapılması gereken işlemler daha da belirginleşebilir.



Kaynakça

1. Gürüz, D. ve Özdemir Yaylacı, G. (2004). “İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi”, Kapital Media, İstanbul, s.202.
2. Dayanır Çingil, D. (2004). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, **İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi**, Mart-Nisan, Sayı:18, Yıl:4, s.8.
3. Akkaya, G. (2007). “AB ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma”, Yayınlanmış Doktora Tezi, SBE, İstanbul, s.18.
4. ILO; “155 Sayılı Sözleşme”, <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm>, 10.07.2014.
5. İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği Taslağı, RG 28512.
6. Arıcı, K. (1999). “İş Sağlığı ve İş Güvenliği Dersleri”, Sargın Ofset Ltd. Şti. Ankara, s. 51.
7. Ütük Bayılmış, O. (2013). “İş Sağlığı ve Güvenliği Farkındalık Değerlendirmesi: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Alan Araştırması”, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova.
8. Sabuncuoğlu, Z. (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi, Bursa: Ezgi Kitabevi, s. 267.

ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN FİNE-KINNEY METODU İLE AMELİYATHANE ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR RİSK ANALİZİ ÇALIŞMASI

Emrullah İNCESU*

ÖZET

İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının amacı, iş kazası ve meslek hastalıklarından çalışanları korumak, güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamında çalışmalarını sağlamaktır. Bugün geldiğimiz noktada risk yönetimi ve değerlendirmesi iş sağlığı ve güvenliğine yeni yaklaşım felsefesinin en önemli unsurunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada, G.F. Kinney and A.D Wiruth tarafından 1976 yılında geliştirilen, kullanımı kolay ve işyeri istatistiklerinin kullanımına olanak sağlayan Fine-Kinney Metodu ile Konya Seydişehir Devlet Hastanesi ameliyathanesi çalışanlarını kapsayan bir risk analizi yapılarak, çalışanların maruz kaldıkları mesleki risk ve tehlikeleri saptamak, saptanan risk ve tehlikelerin iş sağlığı ve güvenliği açısından değerlendirmesini yapmak amaçlandı. Çalışma 03-31 Mart 2014 tarihleri arasında, Kalite Yönetim Biriminin koordinasyonu ile risk belirleme ekibi tarafından gerçekleştirildi.

Çalışmada 9 ana tehlike ve bu tehlikelere bağlı olarak 26 adet risk tespit edildi. Bu risklerin risk değerlerine göre 2'si Önemli Risk, 8'i Olası Risk ve 16'sı ise Kabul Edilebilir Risk olarak değerlendirildi.

Bu çalışma ile proaktif bir yaklaşım aracı olan Fine-Kinney metodunun, her aşamada ameliyathanenin tüm süreçlerinde başarı ile uygulanabilecek bir risk değerlendirme mekanizması olarak kullanılacağı gösterilmiştir. Bu çalışma sadece ameliyathane için değil hastanenin diğer birimlerinde ve farklı çalışma sektörlerinde de risk analizi yapmak isteyen analizcilere örnek model olarak sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Fine-Kinney, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği, Ameliyathane, Risk Analizi

*A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

HEALTH AND SAFETY TERMS OF EMPLOYEES FINE-KINNEY RISK ANALYSIS METHOD STUDY ON OPERATING STAFF

Abstract

The aim of occupational health and safety practices, to protect employees from occupational accidents and occupational diseases, work in a safe and healthy working environment to provide. Today at the point of risk management and evaluation of new approaches to occupational health and safety constitute the most important element of the philosophy. In this study, G. F. Kinney and AD Wiruth in 1976 by developed, easy to use and workplace statistics which allow the use Fine-Kinney Method Konya Seydişehir State Hospital operating theaters, involving employees in a risk analysis performed, the employees are exposed to occupational risks and hazards can be identified and determined the risks and dangers of occupational health and we aimed to evaluate in terms of security. March 3 to 31, 2014 Date of Work, Quality Management Department with the coordination of risk identification was carried out by the team.

In this study, the main danger 9 and 26 pieces, depending on the risk of these hazards were identified. According to the values of the risk of these risks Significant Risk 2, 8 and 16 Possible Risk Acceptable Risk is evaluated.

This means working with a proactive approach to the F-Kinney method, at each step in the whole process of operating a risk assessment mechanism that can be applied with success can be used as shown. This study not only for operating in other units of the hospital and want to do different work sectors as well as risk analysis model is presented as an example to the analyst.

Key Words: Fine-Kinney, Employee Health and Safety, Operation, Risk Analysis

1.Giriş

Son yıllarda hasta güvenliğini ön plana çıkaran olumlu gelişmeler ve uygulamalar, çalışan sağlığı ve güvenliğini geride bırakmış görünse de gerek hasta gerekse çalışan sağlığı ve güvenliği eşdeğer öneme sahip konulardır.

Sağlık işletmeleri birçok sürecin bir arada koordinasyon içinde çalışması gereken yerlerdir. Bu sektör bünyesinde meslek grubu çeşitliği bakımından da önde gelen organizasyonlardır. Çalışma hayatındaki ortam şartlarının yetersizliği, personel sayısı ve niteliği açısından yaşanan olumsuzluklar birçok istenmeyen olayların yaşanmasına neden olmaktadır.

Gerekli düzenlemeler yapılmadan ciddi ve dönüş olmayan hatalar, istenmeyen olaylar, eksiklikler, güvensizlikler oluşmakta, çalışanlar ve hastalar zarar görmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000; Akalın 2004).

Çalışanların hem kendilerini hem de hasta ve yakınlarını tehlikeye atmayacak şekilde uygun ortamlarda çalışmalarını gerekmektedir. Güvenli sağlık hizmetini sağlamada önde gelen

unsurlardan biride, çalışan sağlığını ve güvenliğini optimum şartlarda sağlanmak ve bu durumun sürekliliğini devam ettirmektir. Bu nedenle, günümüzde çalışan güvenliği giderek artan ve önemsenen bir ilgi odağı haline gelmiştir.

Bir sağlık kurumunda yukarıda değinilen risklerin kontrolü bağlamında, başta yüksek riskli alanlar olmak üzere tüm süreçlerdeki risklerin analiz ve değerlendirilmesine yönelik proaktif yöntemlere gereksinim vardır. Bu yöntemler düzeltici faaliyetlerden ziyade önleyici faaliyetler üzerine kurgulanmalıdır (Aydınlı, 2010: 15). Proaktif yaklaşımı destekleyen en önemli risk analiz yöntemlerinden biride Fine –Kinley metodudur. Bu metot ile olası risklerin sonuçları derecelendirilir. Tehlikenin gerçekleşmesi halinde insan, işyeri ve çevre üzerinde oluşturacağı zarar ya da hasarın şiddeti değerlendirilir. Kullanımı kolay olan ve yaygın olarak kullanılan metottur. İşyeri istatistiklerinin kullanımına imkân sağlar. Risk değeri yüksekliğine göre alınacak önlemlerin aciliyeti belirlenir ve risk düzeyine göre önem sıralaması yapılır (Seber, 2012: 32).

Bu çalışmada, Fine–Kinley metodunun tanımlanması ve bu yöntem kullanılarak ameliyathane sürecine yönelik bir risk analizi yapılmıştır.

1.1. Hastane İşletmeciliğinde Risk Yönetiminin Amacı ve Önemi

ABD'de yılda 262.700 iş kazası olmakta ve 16.000 sağlık çalışanı HIV ile enfekte olmuş iğne batmalarına maruz kalmaktadır. 1.800.000 sağlık çalışanı ise, yaralanmaktadır. 1999 yılı verilerine göre, bu ülkedeki sağlık çalışanlarının öldürücü olmayan iş yaralanma olasılığı yüz binde 8,5'dir (Leape LL vd,1991).

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminden amaç; hastaları, hastane personelini ve hastaneye gelen ziyaretçileri fiziki ve psikolojik bakımdan olumlu etkileyecek bir ortam yaratmak; kazaları önleme yönünde her türlü tedbiri almak ve bu tedbirleri alırken hastane kayıplarını ve harcamalarını minimize etmek; yaralanma hatta ölümle sonuçlanabilecek kazalara imkân vermeyerek tazminat giderlerini asgariye indirmektir.

Hastaneler günümüzün en karmaşık süreçlere ve bu süreçleri etkileyen alt ve üst süreçlere sahip işletmelerdir. Bu durumun en önemli nedenlerinden bazıları şunlardır;

- Hastaneler en geniş hedef kitleye sahip işletmelerdir. Hastaneler sunmuş oldukları hizmetlerin yaşamsal bir hak olması nedeniyle hizmet sundukları bölge, ülke ve uluslararası bazda tüm olumlu ve olumsuz yönleri ile tüm bireylerle etkin iletişime girmek zorunluluğunu taşıyan günümüzün tek ve benzersiz işletmeleri konumundadırlar
- Hastaneler sağlık hizmeti sunan organizasyonlardır ve tıbbi riskler ve yanlış tedavi gibi sonucu ölüme, ciddi durumlara, komplikasyonlara ve hastanın ızdırap çekmesine yol açabilecek risklerin yanı sıra çalışanları ve çevreyi etkileyebilecek riskler, finansal, hukuksal ve kurumsal itibar gibi işletmeyi hedeflerinden uzaklaştırabilecek risklerle de karşı karşıyadırlar.

Yukarıdaki açıklamalar bağlamında; bir hastane açısından olumlu gelişmeler yanında olumsuz gelişmelerinde (örneğin; yanlış teşhis ve tedavi sonucu müşterinin zarar görmesi; yataktan düşme, yangın, sel, elektrik kesilmesi dolayısıyla ameliyatın durması veya ertelenmesi sonucu oluşan kalite uygunsuzluğu vb.) önlenmesi tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de geçerli olan “işletmenin varlığını sürekli_kılma” amacı ile ilgili önleyici

faaliyetleri önemli hale getirmektedir. Bu nedenle, hastanelerde risklerin yönetilmesi üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Hastaneler ve sağlık kuruluşları hasta güvenliğini için çeşitli yöntemler kullanıyor olsa da, sağlık işletmelerinde oluşabilecek tıbbi ve tıbbi olmayan, olası riskleri önceden belirleyecek, bu risklerin oluşmaması için önlem alacak ve oluşması durumunda ise zarar gören tarafın bu durumdan en az şekilde etkilenmesi için proaktif yaklaşım gösterecek farklı meslek gruplarından oluşmuş risk yönetimine ihtiyaç vardır.

Hastanelerde risk yönetimi özellikle hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden unsurların etkilerini en aza indirmesi, hızlı ve etkili karar almaya yardımcı olması, kaynak israfını önlemesi, zaman tasarrufu sağlaması, istenmeyen olayların nedenlerinin belirlenmesi ve çözümlenmesinde katkı sağlamasından dolayı büyük önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kriterlerinin önemli bir kısmı Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik kriterler içermektedir. Ayrıca 29/12/2012 tarih 28512 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği” gereği, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamındaki tüm işyerlerine risk analizlerini yapma/yaptırma zorunluluğu getirmiştir.

1.2. Ameliyathanede Çalışan Güvenliği

Hastanelerin en önemli ve kritik yeri olan ameliyathaneler; tehlike ve risk açısından en çok kaynağı barındıran ortamlardır.

Ameliyathanede çalışan güvenliğini en çok tehdit eden unsurlar kirli, kesici-delici alet yaralanmaları ve materyal sıçramalarıdır. En sık görülen iğne batmasıdır. Her yıl 5000 sağlık çalışanı işyerindeki yaralanmalar nedeniyle Hepatit-B, Hepatit-C ve HIV etkenlerine maruz kalmaktadır (Aren 2008).

Aren’in de belirttiği gibi, Seydişehir Devlet Hastanesi Kesici-Delici Alet Yaralanması Ve Kan Ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalma İndikatör verilerine göre hastanede en çok yaralanma ve sıçramanın ameliyathanede olduğu tespit edilmiştir.

Ameliyathanede çalışan güvenliği risk grupları şöyle sıralanabilir;

- Hemşireler
- Hekimler
- Temizlik görevlileri
- Teknik personel
- Diğer sağlık çalışanları

Ameliyathane çalışanlarının sağlık durumları açısından izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir. Ameliyathanede görev yapan sağlık çalışanlarının sağlığı;

- Fizik Koşullarının Uygunsuzluğu
- Atık gazlar
- Radyasyon
- Lateks alerjisi
- Travma
- Psikososyal riskler Ve Tükenmişlik Sendromu
- Kesici Delici Alet Yaralanması

- Enfeksiyon
- Kimyasal Etkenler
- Kimyasal Bağımlılık
- Tıbbi Atık Uygulaması
- Yangın Tehlikesi gibi potansiyel risklerden etkilenmektedir

1.3. Risk Değerlendirmesi Ve Analizi

Risklerin değerlendirilmesi, muhtemel risklerin gerçekleşme ihtimalini, gerçekleşmesi halinde olası etkilerinin önceden tahmin ve tespit edilmesini ve yönetimin bu riskleri göze alma düzeyinin belirlenmesini içeren süreçtir.

İki temel risk analizi yöntemi mevcuttur. Bunlar, nicel (kantitatif) ve nitel (kalitatif) yöntemlerdir.

Nicel risk analizi, riski hesaplarken sayısal yöntemlere başvurur. Nicel risk analizinde tehdidin olma ihtimali, tehdidin etkisi gibi değerlere sayısal değerler verilir ve bu değerler matematiksel ve mantıksal metotlar ile proses edilip risk değeri bulunur.

Risk= Tehdidin Olma İhtimali x Tehdidin Etkisi formülü; Kalitatif risk analizinin temel formülüdür.

Diğer risk analiz yöntemi ise kalitatif risk analizidir. Kalitatif risk analizi, riski hesaplarken ve ifade ederken nümerik değerler yerine yüksek, çok yüksek gibi tanımlayıcı değerler kullanır. Risk analizi metodolojileri, risk analiz sürecinin matematiksel işlemler ve yorumlarının yapıldığı çekirdek kısımdır (Kılıç , 2005:70).

150 den fazla risk değerlendirme metodunun varlığından söz edilmektedir. Belli başlı risk değerlendirme yöntemleri şunlardır:

- Ön Tehlike Analizi,
- Birincil Risk Analizi,
- İş Güvenliği Analizi,
- Süreç/Sistem Kontrol Listeleri,
- Göreceli Sıralama-Dow ve Mond İndisleri Analizi,
- Olursa Ne Olur? Analizi,
- Tehlike ve İşletebilirlik Analizi,
- Hata Türleri, Etkileri ve Kritiklik Analizi,
- Hata Ağacı Analizi,
- Olay Ağacı Analizi,
- Neden - Sonuç Analizi,
- Yönetim Bakışı ve Risk Ağacı Analizi,
- Fine-Kinney Modeli,
- Zürih Tehlike Analizi,
- Makine Risk Değerlendirmesi,
- Tehlike Erken Uyarı Modeli,
- Ortalamalardan Sapma Tekniği,
- Ağırlıklandırılmış Ortalamalardan Sapma Tekniği,
- Risk Değerlendirme Tablosu

- a) L Tipi Matris
- b) X Tipi Matris

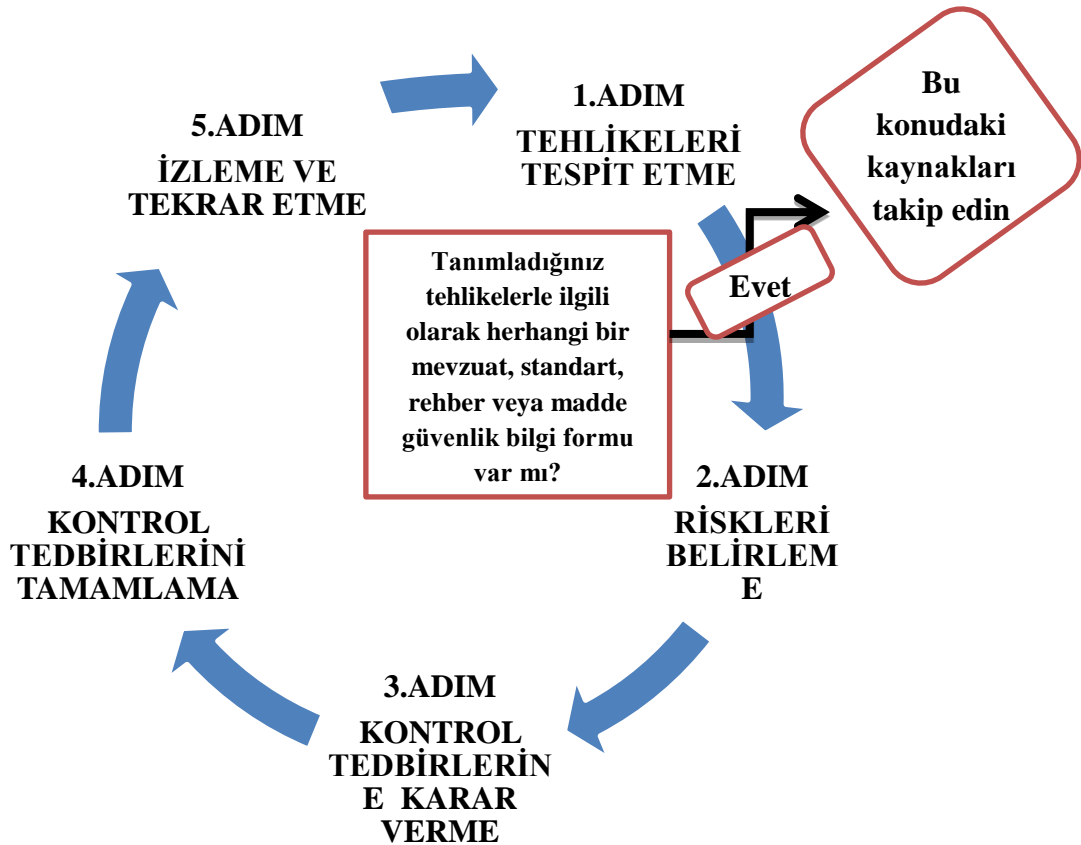
Bu yöntemleri birbirinden ayıran en önemli fark, risk değerini bulmak için kullandıkları kendilerine has metotlardır (Kurt ve Ceylan 2001).

Risk değerlendirmesi aşamasında, riskin kabul edilebilirliğine karar vermek için, riskin önemi üzerinde kapsamlı olarak karar verilir. Risk değerlendirmesinde olayların çıkma olasılığı ve ortaya çıktığında maruz kalınabilecek sonuçlar belirlenir.

Riskleri önceliklendirmek, zaman olarak gerçekleşme aralığı ve kurumun başarısına etkisi açısından risklerin sıralanmasını ifade eder. Etki ve ihtimal düzeyleri, risklerin önemlilik düzeylerinin göstergesidir. Risklerin ihtimal ve etkileri değerlendirilirken çok farklı yöntemler ve kriterler uygulamak mümkündür. En yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biriside Fine-Kinney yöntemidir. Bu yöntem G.F. Kinney and A.D Wiruth tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir.

Risk Değerlendirmesi Şekil 1’de de görüleceği üzere 5 temel adımdan oluşmaktadır.

Şekil 1. Risk Değerlendirme



1.4. Fine-Kinney Metodu

Kullanımı kolay, yaygın olarak kullanılan bir metottur. İşyeri istatistiklerinin kullanımına imkân sağlar.

Diğer değerlendirme metodlarından en önemli farkı, **İşi Yaparken Tehlikeye Maruz Kalma Sıklığı** unsurunun risk değeri hesaplamasında kullanılmasıdır.

Risk Değeri= **İ** x **F** x **Ş** olarak hesaplanır.

İ= İhtimal, (0,2-10 arası bir değer)

F=Frekans, (0,5-10 arası bir değer)

Ş=Şiddet Değeri

Tablo 1. Olasılık, Frekans (Maruziyet) ve Etki/Zarar-Sonuç Skalası

Olasılık Değeri	Zararın Gerçekleşme Sıklığı	Frekans Değeri	İş Yaparken Tehlikeye Maruz Kalma Sıklığı	Şiddet Değeri	Tehlikenin Yaratacağı Tahmini Zarar
0,2	Pratik Olarak İmkânsız/Beklenmez	0,5	Çok Nadir/Yılda Bir Veya Daha Az	1	Dikkate Alınmalı
0,5	Zayıf İhtimal/Beklenmez Fakat Mümkün	1	Oldukça Nadir/Seyrek	3	Önemli
1	Oldukça Düşük İhtimal/Mümkün Fakat Düşük	2	Nadir/Ayda Bir	7	Ciddi
3	Nadir fakat Olabilir/Olası	3	Ara sıra/Haftada Bir	15	Çok Ciddi
6	Kuvvetle Muhtemel/Yüksek, Oldukça Mümkün	6	Sıklıkla/Günde Bir	40	Çok Kötü
10	Çok Kuvvetli İhtimal/Beklenir, Kesin	10	Sürekli/Saatte Bir	100	Felaket

Olasılık (İhtimal): Zarar ya da hasarın zaman içinde gerçekleşme ihtimalidir.

Frekans (Sıklık): İş yaparken tehlikeye maruz kalma sıklığıdır

Şiddet; Tehlikenin insan ve/veya çevre üzerine yaratacağı zarar.

Tablo 2. Risk Düzeyine Göre Karar ve Eylem

Sıra	Risk Değeri	Karar	EYLEM
1	$R < 20$	Kabul Edilebilir Risk (K.E.R)	Acil tedbir gerekemeyebilir
2	$20 < R < 70$	Olası Risk (O.R)	Gözetim Altında Uygulanmalıdır
3	$70 < R < 200$	Önemli Risk (Ö.R)	Dikkatle izlenmeli ve yıllık eylem planına alınarak giderilmeli
4	$200 < R < 400$	Yüksek Risk (Y.R)	Kısa vadeli eylem planına alınarak giderilmeli
5	$R > 400$	Çok Yüksek Risk (Ç.Y.R)	Çalışmaya ara verilerek derhal tedbir alınmalı

2. Gereç Ve Yöntem

Çalışmada, 130 yataklı Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Ameliyathanesinde çalışan tüm çalışanları kapsayan Fine-Kinney Metodu ile risk analizi yapılmıştır.

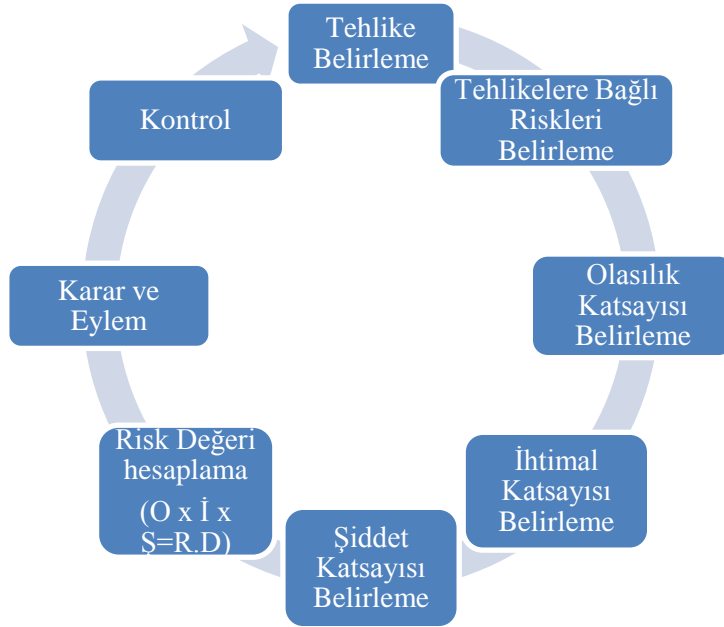
Çalışmanın amacı, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Ameliyathanesi çalışanlarına yönelik risklerin belirlenmesi, belirlenen risklerin ortadan kaldırılması ya da kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmasını sağlamak için iyileştirme faaliyetleri başlatmaktır.

Hastanelerde, özel tasarımı ve giriş çıkış trafiği belli kurallara göre olan yer kuşkusuz ameliyathanelerdir. Bu çalışma 03-31 Mart 2014 tarihleri arasında Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Biriminin koordinasyonunda risk belirleme ekibi tarafından gerçekleştirilmiş olup, veriler bir tablo halinde verilmiştir (Tablo 3). Risk değerlendirilmesinde ihtimal değerleri olarak hastanede uygulanan indikatör verilerinden faydalanılmıştır.

Ameliyathane sürecini, Fine-Kinney analizi açısından değerlendirmeden önce ameliyathane ana süreç ve alt süreçlerin çok iyi analiz edilmesi, süreçte hangi evreler bulunduğu tespit edilmesi ve bu evrelerin her birinde oluşabilecek tehlike, risk, olasılık ve frekans bilgilerinin ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda ameliyathane süreçlerini iyi tanıyan bir risk belirleme ekibi (Ameliyathane Sorumlu Hekimi, Sorumlu Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı, Sorumlu Anestezi Teknisyeni, Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi, Ameliyathane Yardımcı Personel Sorumlusu Ve Sterilizasyon Sorumlusu) kurulmuştur.

Çalışma aşağıda belirtilen adımlar izlenerek gerçekleştirilmiştir (Şekil 2).

Sekil 2. Fine-Kinney Döngüsü



3. Bulgular

Çalışmada 9 ana tehlike ve bu tehlikelere bağlı olarak 26 adet risk tespit edilmiştir. Bu risklerin risk değerlerine göre 2’si Önemli Risk, 8’i Olası Risk ve 16’sı ise Kabul Edilebilir Risk olarak değerlendirilmiştir. Bu tehlike ve riskler içinde “Çalışma Ortamı (Ergonomi)” ana tehlike başlığı altında “Uzun Süre Ayakta Kalma Nedeniyle Meydana Gelen Kas-İskelet Sistemi Hastalıklar” risk değeri 108 ile en yüksek değeri almıştır. Ayrıca “Enfeksiyon” ana tehlike başlığı altında “Kesici delici yaralanma” riski değeri 84 olarak tespit edilmiş olup, her iki risk için gereken eylem faaliyetler belirlenmiştir.

4. Tartışma

Çalışmada olasılık belirlenirken, eğer risk değerlendirilmesi ilk kez yapılıyor ise hiçbir kontrol önlemi ve eylemi dikkate alınmamalıdır. Bu nedenle de olasılıklar hep en kötü olasılık olarak değerlendirilmelidir. Düzeltici ve önleyici faaliyetler (DÖF), sıklığı (frekans) ve şiddet derecesini etkilemez. Örneğin; Ameliyathanede gereken koruyucu ekipmanı (eldiven, önlük vs.) kullanan bir sağlık çalışanı sadece kan ve vücut sıvılarının cilde temas olasılığını etkiler. Kan ve vücut sıvılarının cilde temas ile hastalanma (Şiddet) veya temasa maruz kalma sıklığını (Frekans) etkilemez. Frekans belirlenirken dikkat edilmesi gereken işin yapılma sıklığı değil, işi yaparken tehlikeye maruz kalma sıklığı değerlendirilmelidir. Yani çalışanın sadece yaptığı iş sırasında tehlikeye maruz kalma sıklığını belirlememiz gerekmektedir.

Bu çalışmaya benzer çalışmalara bakıldığında ameliyathane sürecine yönelik Fine-Kinney analizi çalışmasına rastlanmamıştır. Ancak diğer sağlık hizmetlerinin süreçlerine yönelik çeşitli risk değerlendirme yöntemleri ile yapılmış çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan biride Hilal ve Ali’nin ameliyathane çalışanlarına yönelik Risk Değerlendirme Tablosu (LTipi Matriks) yöntemini kullanarak yapmış olduğu çalışmada, kan ve kanlı vücut sıvıları ile temasına bağlı enfeksiyon riski ve Kesici-delici-batıcı aletler yaralanma riski en yüksek risk değerini (15) aldığı görülmektedir (<http://www.qps-antalya.org/tr>, Erişim:02.06.2014)

5. Sonuç Ve Öneriler

Ülkemizde son yıllarda iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının etkinliğinin artmasına paralel olarak, gerek iş kazası sayısında, gerekse sürekli iş göremezlik, geçici iş göremezlik ve kaybedilen iş günü sayıları gibi kaza sonuçlarında kayda değer iyileşmeler sağlanmıştır. Bununla beraber, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, halen iş kazası sıklığı açısından çok iyi bir noktada olmadığımız da bir gerçektir. Bunun için Türkiye Cumhuriyeti Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi 2013'e kadar iş kazası sıklığının % 20 oranında azaltılması hedefini ulusal İSG hedefleri arasında belirlemiştir. Bu amacın gerçekleşebilmesi için, tehlikelerin önlenmesinin yanında risklerin öngörülmesi, değerlendirilmesi ve bu riskleri tamamen ortadan kaldırmak ya da zararlarını en aza indirmek için çeşitli çalışmaların yapılması gerekmektedir (Ceylan ve Başhelveci 2011:33).

Sağlık çalışanları görevleri gereği her türlü hasta ve hastalıkla temasa geçmektedirler. Bu süreçte eğer gerekli önlemler alınmazsa sağlık çalışanları bu hastalıklara maruz kalabilmektedirler (Kılıc ve ark,2013).

Güvenli çalışma ortamı tüm çalışanlar özellikle ameliyathanede hizmet verenler için önemlidir. Güvenli bir ameliyathane, çalışanlar ve hastalar için de güven demektir. Çalışanlar güvenli çalışma için önlemler konusunda bilgilendirilmelidirler.

Bu çalışma ile proaktif bir yaklaşım aracı olan Fine-Kiiney metodunun, her aşamada ameliyathanenin tüm süreçlerinde başarı ile uygulanabilecek bir risk değerlendirme mekanizması olarak kullanılabilmesi gösterilmiştir. Bu çalışma sadece ameliyathane için değil hastanenin diğer birimlerinde ve farklı çalışma sektörlerinde de risk analizi yapmak isteyen analizcilere örnek model olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

- 1.Aiken Lh, Clarke Sp, Sloane Dm, Sochalski J, Silber Jh (2002), “Hospital Nurse Staffing And Patient Mortality, Nurse Burnout, And Job Dissatisfaction”, *Jama*, Vol. 288, No16, Pp. 1987–93.
- 2.Akalın E. Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz?. *Ankem Dergisi* 2004;18:12-13
- 3.Aren A, Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği, *İstanbul Tıp Dergisi* 2008;3;141-145)
- 4.Aştı T, Aracaroğlu R, Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4(2):22-27.
- 5.Aydınlı, Celal, (2010), “Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması”, *Uludağ Üniversitesi Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Bursa.
- 6.Ceylan H, ve Başhelvacı S.V, “Risk Değerlendirme Tablosu Yöntemi İle Risk Analizi: Bir Uygulama”, *International Journal of Engineering Research and Development*, No.2, 2011:25-33
- 7.Health and Safety Executive (2011). Five Steps to Risk Assessmen <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf> (01.09.2011)

- 8.İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (2007). 5 Adımda Risk Değerlendirmesi. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Genel Yayın No: 140.
- 9.Kılıc T, Yılmaz M.S, Gökçe A.T, Özdemir A, Akbaş D, “Hasta Ve Çalışan Güvenliği Açısından Sağlık Çalışanlarının Asepsi Kurallarına(Standart Önlemlere) Uyum Düzeylerinin Araştırılması: Balıkesir İli Örneği”,3. Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı,2013,s:24-37)
- 10.Leape LL, Brennan TA, Laird N et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II N Engl J Med 1991 7; 324 (6): 377-84
- 11.M. Kurt, H. Ceylan, “İş Güvenliğinde Tehlike Değerlendirme Teknikleri” Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, October, Vol:14, No:4, pp. 1117-1130, (2001).
- 12.Özkılıç, Ö. (2006). İş Sağlığı ve Güvenliği, Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri. Ankara: TİSK Yayınları. S.113-114
- 13.Kılıç Ö,(2005),İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri ve Risk Değerlendirme Metodolojileri kitabı Türkiye işveren sendikası konfederasyonu sayfa:8-70
- 14.Seber, V,(2012), “İşçi Sağlığı Ve Güvenliğinde Risk Analizleri Nasıl Yapılır?”, Elektrik Mühendisliği Dergisi, Sayı 445,S:30-34
- 15.Türk Standartları Enstitüsü (2004). İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme ve Derecelendirme
17. http://www.ccohs.ca/oshanswers/hsprograms/risk_assessment.htmltf_1_3. (03.04.2011)
18. 8.Uluslararası Salıkta Kalite ve Akreditasyon Kongresi,19.<http://www.qps-antalya.org/sites/default/files/sunum/75.pptx>, erişim:02.06.2014



SAĞLIK KURUMLARINDA RİSK YÖNETİMİ

Emre YAHNI*

Güler YILDIZ**

Yasemin KOCABEYOĞLU YILDIRIM***

Erdem ERBIYIK****

ÖZET

Bu çalışmada; risk yönetimi ile ilgili kavramları açıklayacak, risk yönetimi kavramını genel olarak ve sağlık kurumları özelliğinde incelenecektir. Risk yönetimi tarihçesi, risk yönetimi süreci, risk yönetiminin temel prensipleri, kullanılan teknikler ve son olarak Türkiye’de sağlık kurumlarında risk yönetimi hakkında bilgi verilecektir.

*Emre YAHNI, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü Memur

**Güler YILDIZ, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Satınalma Müdürlüğü Müdür Yardımcısı

***Yasemin YILDIRIM KOCABEYOĞLU, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü Memur

****Erdem ERBIYIK, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü Memur

1. Giriş

Günümüzde sağlık hizmetleri son derece karmaşık, hızla değişen bir çevrede ve çoğunlukla yoğun stres altında sunulmaktadır. Bu şartlar altında bazı şeyler yanlış gidebilmektedir ve istem dışı olarak sağlık hizmetinden faydalanan kişilere zarar verilebilmektedir. Pek çok durumda böyle hatalar, hastalar üzerinde ciddi zararlara yol açmazken, kalıcı işlev kaybı ve hatta ölümlerle sonuçlanabilen pek çok durumla da karşılaşılabilir.

Uluslararası araştırmalarda giderek artan bir şekilde, sağlık kurumları yetkililerinin söz konusu hatalara zamanında, dürüst ve insancıl bir şekilde karşılık verememesinin, hastalarda ve yakınlarında önemli travmatik sonuçlar yaratabileceğine ve güven kaybına neden olabileceğine dikkat çekilmektedir. Daha da fazlası, “neyin yanlış gittiği” ile ilgili sorular yetkililerce cevapsız bırakıldığında, hastaların ve ailelerinin sadece derin bir tatminsizlik duygusu yaşamakla kalmadığı, neler olup bittiğinin açıklanmasını sağlamak için yasal yollara da başvurmayı tercih edebildikleri de benzer çalışmalarda sıklıkla vurgulanan bir durumdur (Johnstone, 2008).

Tüm bu gelişmeler modern sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ve kontrolünü yaşamsal bir bileşen haline getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin zemini değişirken, hizmetlerin sunumunda rol alan bireyler ve örgütler ihmalkâr davranmaktan ve gereksiz yükümlülükler altına girmekten korunmalıdırlar. Risk yöneticileri hem hasta/müşteri bakım süreçlerini hem de sağlık hizmeti örgütünün iç mekanizmalarını kontrol altına alabilecek bir konumda bulunmaktadır. Risk yönetimi profesyonelleri, aleyhte hasta sonuçları ve olay analizleri, güçlendirilmiş güvenlik ve emniyet programları ile riskin asgari seviyeye indirgenmesi, çevresel durumlara uyum ve artan bir şekilde sağlık hizmetlerinin modern paradigmaları ile ilgili işletme konularının yer aldığı alanlara odaklanmaktadır (Aspen Reference Group, 2006).

2. Risk Yönetimi

2.1. Risk Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2002 yılında risk; sonucun olumsuz olma ihtimali veya bu olasılığı ortaya çıkaran faktör olarak tanımlamış ve riskin ne anlamlara gelebileceğini ifade etmeye çalışmıştır. Risk olasılık anlamına gelebilir, risk istenmeyen sonucu ortaya çıkaran faktör anlamına gelebilir, risk bir sonuç anlamına gelebilir, risk potansiyel güçlük veya tehdit anlamına gelebilir (Özkılıç, 2008).

Belirsizliğin olduğu ortamlarda mutlaka risk vardır. Risk, aşağıdaki gerçeklerle karakterize edilir (Günbey, 2008):

- ✓ Genellikle tam ve net olarak bilinemez ya da öngörülemez (belirsizlik),
- ✓ Zamanla değişir,
- ✓ Yönetilebilir bir olgudur,
- ✓ Sonuç üzerinde olumsuz etkileri vardır.

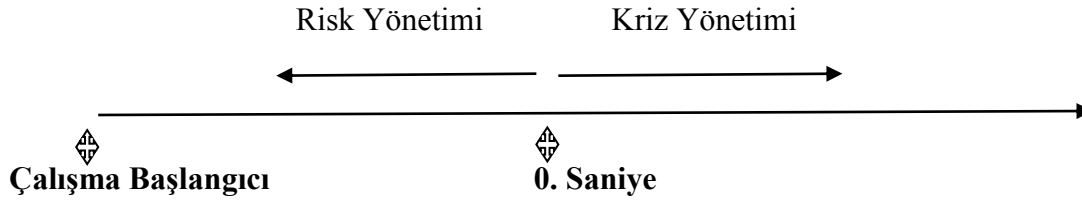
Geleceğe yönelik kararlarda kullanılacak verilerin önceden kesin olarak bilinmesi mümkün değildir. Risk, bir olayın olasılık dağılımının bilindiği, belirsizlik ise, bu dağılımın bilinmediği durumlardır. Risk ve belirsizlikte istatistiksel olarak da ayrım gidilebilir: Buna göre, istatistiksel olaylar için risk, istatistiksel olmayan olaylar için belirsizlik söz konusu

olur. İstatistiksel olaylar yinelenebilir niteliktedir. Belirsizlik, gelecekte ne olup ne olmayacağı bilgisinden yoksun şüphelerle dolu bir fikri durumdur (Örge, 2010).

2.2. Risk Yönetimi ve Kriz Yönetimi

Risk yönetimi tabiri ilk kez 1950’li yılların sonlarında Amerika Birleşik Devletleri’nde kullanılmaya başlanmıştır. Risk yönetimi olasılık planlamasını da beraberinde getirir. Sürekli olarak “eğer olursa ne olur”, “ya olursa” sorularının yinelenmesidir (Emhan, 2009).

Risk yönetimi, risklerin tanımlanmasıyla başlayan ve analizi ile devam ederek, gerekli tedbirlerin alınması ve hazırlıkların yapılması sürecidir. Risk yönetimi temelde bir yönetim işidir. Dolayısıyla, yönetimin tüm fonksiyonları burada da geçerlidir. Diğer bir ifadeyle, risk yönetimi içinde planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonları bulunur. Risklerin bir maliyeti olduğu gibi, bunları yönetmenin de elbette bir maliyeti vardır. Önemli olan, riskleri azaltmanın veya kontrol etmenin maliyetinin, söz konusu risklerin yol açabileceği zararın altında kalmasıdır. Aksi takdirde, risk yönetiminin faydası maliyetini aşar ki, istenen bir durum değildir (Güleç ve Gökmen, 2009).



Şekil 1: Risk Yönetimi ve Kriz Yönetimi Zaman Skalası

Kaynak: Örge, 2010.

Risk yönetimiyle kriz yönetiminin birbirinden farklarını bilmekte yarar vardır. Şekil 1’de görüldüğü gibi risk yönetimi, sıfırıncı saniyeye kadar olan süreci kapsar yani önleyici faaliyetleri içerir. Bu aşamada yönetimin yapması gereken koruyucu önlem maliyetleri yüksektir. Bu nedenle harcama yetkilisinin izni önem taşır. Uygulanan en önemli risk önleyici faaliyetler yazılı uyarılar ve talimatlardır. İşleyişi ve kuralları risk yönetimi belirler (Örge, 2010).

Kriz yönetiminde ise artık istenmeyen olay gerçekleşmiştir. Düzeltici faaliyetler ön plana çıkar ve aslında daha fazla zarar ve maliyet söz konusudur. Örneğin, düşme riskine karşı alınması gereken önlemler risk yönetimini, düşmeden sonra ortaya çıkan durumun düzeltilmesi kriz yönetimini ilgilendirir (Örge, 2010).

3. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi

Sağlık kuruluşları doğası gereği, risk oluşma olasılığı iddialarına yatkındırlar. Risk iddiaları, hastaları, ziyaretçileri ve çalışanları olumsuz etkileyebilecek fiziksel veya psikolojik olaylardan oluşmaktadır. Sağlık kuruluşlarında çalışanlar, her gün uygun olarak kullanıldığında bile tehlikeli olabilecek malzeme ve ekipmanlarla çalışmaktadırlar. Klinik laboratuvarlar yangınlara neden olabilecek kimyasallar kullanarak analiz yapmaktadır. Radyolojik aletler yüksek dozda radyasyon yaymaktadırlar. Hastane eczaneleri doğru

dozlarda veya uygun olarak verilmediğinde insanlara zarar verebilecek ilaçları hazırlar ve sunarlar (Shaw ve ark., 2007).

Joint Commission, “Risk Yönetimi”ni şöyle tanımlamıştır: hasta bakımı alan kişilerin, çalışanların, ziyaretçilerin yaralanma riskini ve organizasyonda oluşabilecek zarar ziyan riskini belirleme, değerlendirme ve azaltmak amacıyla yapılan klinik ve yönetsel aktivitelerdir (JCAHO, 2004).

Avustralya/Yeni Zelanda Ortak Standardı (2004) (Joint Australia/New Zealand Standard), risk yönetimini "**istenmeyen etkileri yöneterek potansiyel fırsatların gerçekleştirilmesine yönelik kültür, süreçler ve yapılar**" olarak tanımlar. Bu tanım sağlık bakımı alanına uygulandığında belirli yanlış yorumları ortadan kaldırır. Bu üç temel mesaj risk yönetiminin (www.e-kutuphane.teb.org.tr):

- ✓ Her şeyden önce taleplerden kaçınılması ya da azaltılmasına ilişkin olmadığını, daha ziyade bakım kalitesini arttırmak için bir araç olduğunu,
- ✓ Hasta güvenliği vakalarının raporlanmasından fazlası olduğunu (riskler aynı zamanda analiz edilir, işlenir ve gözlenir),
- ✓ Yalnızca kısım yöneticilerinin işi olmadığını, risk yönetiminin aynı zamanda çalışan klinisyenleri de ilgilendirdiğini gösterir.

Sağlık kurumlarında risk yönetiminin amacı; hastaları, sağlık personelini ve sağlık kurumlarına gelen ziyaretçileri fiziki ve psikolojik bakımdan olumlu etkileyecek bir ortam yaratmaktır. Ayrıca kazaları önleme yönünde her türlü tedbiri almak ve bu tedbirleri alırken hastane kayıplarını ve harcamalarını minimize etmek, yaralanma hatta ölümlerle sonuçlanabilecek kazalara imkân vermeyerek, tazminat giderlerini asgariye indirmektir (www.seydisehird.gov.tr).

3.2. Sağlık Kurumlarında Risk Yönetim Süreci

Risk yönetim süreci birbirine bağımlı beş işlem basamağından oluşur. Bu basamaklar: Riskin tanımlanması, riskin değerlendirilmesi ve hesaplanması, alternatif risk düzeltme araçları arasından bir seçim yapılması, seçilen alternatiflerin uygulanması, değerlendirme ve kontrol süreçlerini kapsamaktadır (Emhan, 2009).

3.2.1. Riskin Tanımlanması

Risk tanımlama, risk yönetiminin en önemli adımıdır ve diğer aşamalardan farklıdır. Öncelikle hastanenin risk haritası (tablosu) oluşturulmalıdır. Risklerin tanımlanması ve belirlenmesinde hastanenin çalışma politikası, konumu ve hizmet çeşitliliğine uygun olarak muhtemel riskler belirlenmelidir (www.seydisehird.gov.tr).

Risklerin belirlenmesi için gerekli girdiler şunlar olmalıdır (www.seydisehird.gov.tr);

- ✓ İlgili mevzuatlar
- ✓ Kurum denetim ve gözden geçirme sonuçları
- ✓ Uygunsuzluklar
- ✓ Kaza ve olay kayıtları

- ✓ Benzer kuruluşlarda oluşan kaza ve olaylar
- ✓ Kurum afet planı
- ✓ Personel sağlık taramaları
- ✓ Öneri ve şikâyetler
- ✓ İçsel denetim raporları
- ✓ Akreditasyon raporları
- ✓ Risk göstergeleri
- ✓ Hasta ve yakınları memnuniyet ölçümleri
- ✓ Çalışanların memnuniyet ölçümleri
- ✓ Bireysel değerlendirmeler
- ✓ Uzman komiteler (enfeksiyon kontrol komitesi, sağlık&güvenlik vb.)

Risk yöneticileri, risklerin göz ardı edilmesini engellemek için risk tanımında bazı sistematik yaklaşımlar kullanırlar: Bunlar; sigorta kontrol listeleri, risk analiz soruları, akış işlem kartları ve mali durum analizleridir. Risklerin analiz edilmesinde belirtilen tekniklere ek olarak simülasyon (Gerçeğin şekilsel veya sembolik olarak temsil edilmesi) tekniği de kullanılmaktadır (Emhan, 2009).

Hastanenin karşılaşılabileceği tüm riskler bir tablo haline getirilir. Bu sayede kurum risklerinin toplamını görerek genel bir değerlendirme yapılabilir. Risk belirlenmesi için bir risk belirleme ekibi kurulmalı, bu ekip hastane süreçlerini iyi tanıyan kişilerden oluşmalıdır. Bu ekip önceden riskleri belirlenecek birime giderek o birimi iyi tanıyan kişi veya kişilerden olası risklerin neler olduğunu belirtmeleri istenecektir. Belirlenen riskler, risk ekibi başkanlığında her birimin riskleri o birimi iyi tanıyan kişi ya da kişilerce değerlendirilerek tespit edilir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda risk kategorileri belirlenir. Daha sonra her bir kategori başlığı altındaki riskler, risk değerlendirmesine tabi tutulur. Bu risklerin doğruluğu olma sıklığı gibi derecelendirmeleri yapılarak, risk kütüğüne kayıtları yapılır. Hazırlanan risk kütüğü, risk yetkili ve sorumlularına gönderilerek ve onların da görüş ve değerlendirmeleri doğrultusunda gözden geçirilerek son şekli verilir ve Başkanlığın (Başhekimlik) onayına sunulur (www.seydisehird.gov.tr).

3.2.1.1. Sağlık Kurumlarındaki Riskler ve Risk Kategorileri

Joint Commission ve ASHRM'nin ortak çalışmasına göre ile sağlık kurumlarında riskler şu başlıklarda tanımlanabilir (JCAHO, 2004):

- ✓ **İş Riskleri:** Hasta ile doktor arasında bir sağlık kuruluşu veya sağlık sigorta kurumunun ilişkileri belirlediği bakım sistemi, antirrest, sigorta, işletme girişimciliği, çıkar çatışması, istihdam uygulamaları, kurum uygunluk programları ve kontrat yönetimi gibi konularını içermektedir.
- ✓ **Operasyonel Riskler:** Bilgi yönetimi, kalite geliştirme, bilgilendirme, sağlık çalışanlarının eğitim ve tecrübelerinin doğrulanması, güvenlik, emniyet, bina yönetimi, demirbaşların korunması, yeni proje ve servisler, inşaat ve renovasyon gibi başlıkları içermektedir.

✓ **Klinik Riskler:** Bakım alan kişi ile iletişim, medikal kayıtlar, gizlilik, önceden bildirilen karar verme süreçleri, telefon protokolleri, teşhis bilgilerini izlenmesi, temel bakım hizmetlerinin gözlenmesi ve takip edilmesi, gözetimi, hizmet alanların memnuniyeti veya şikayetleri, hastanın havale edilmesi ve konsültasyonlar, sigorta kapsamı, teletıp, yoğun bakım, ilaç güvenliği, acil durum, tehlikeli atıkların ortadan kaldırılması, hasta ve çalışan eğitimi gibi konuları kapsamaktadır.

JCAHO'nun riskleri temel süreçler bazında sınıflandırdığını söyleyebiliriz. Bu süreçlerin detayları da istenirse açılabilir ve gruplandırma detaylandırılabilir. Ayrıca JCAHO; kadın doğum, anestezi, cerrahi servisler, acil, radyoloji, uzman hemşirelik, yoğun bakım, ayakta tedavi servislerini yüksek riskli klinik alanları olarak tanımlamaktadır (JCAHO, 2004).

Sağlık kurumlarında risk kategorileri aşağıdaki başlıklar altında sıralanabilir (Sur):

- ✓ Hasta Bakımıyla İlgili Riskler
- ✓ Sağlık Görevlileriyle İlgili Riskler
- ✓ Diğer Çalışanlarla İlgili Riskler
- ✓ Kuruluşun Fiziki Mekanı ve Mülkle İlgili Riskler
- ✓ Finansal Konularla İlgili Riskler
- ✓ Diğer Konularla İlgili Riskler

3.2.1.2. İstenmeyen (Sentinel) Olay

İstenmeyen olay, hastanın hastalığının veya altta yatan medikal durumunun doğal seyriyle ilişkili olmayan ve ölümlü veya önemli ve kalıcı fonksiyon kaybıyla sonuçlanan beklenmedik bir durum olarak tanımlanmaktadır. İstenmeyen olay ve tıbbi hata ifadeleri eşanlamlı değildir; istenmeyen olayların hepsi bir hata sonucu gerçekleşmediği gibi tüm hatalar da istenmeyen bir olayla sonuçlanmaz (JCI, 2011).

İstenmeyen olay kriterleri JCAHO tarafından aşağıdaki durumlardan birini içeren olaylar olarak tanımlanmıştır (Shaw ve ark., 2007):

- ✓ Gözetim altında ya da taburcu olduktan sonra 72 saat içerisinde intihar girişimi,
- ✓ Herhangi bir hastanın kaçırılması,
- ✓ Yeni doğmuş bir bebeğin yanlış aileye verilmesi,
- ✓ Tecavüz,
- ✓ Kan transfüzyonu reaksiyonu,
- ✓ Yanlış hasta ya da vücudun yanlış bölümüne cerrahi girişim yapılması,
- ✓ Ameliyatta yabancı bir cismin vücutta unutulması.

JCAHO 1998 yılında basılan ve ilaç uyarıları, bebek kaçırılması, kernikterus, ölüm ve yaralanmalar gibi konuları içeren 35 risk faktörü tanımlamış ve yayınlamıştır. Bu yayın bir istenmeyen olayın önlenmesi için, değişiklik önerileriyle ilgili sorunların detaylı değerlendirmesini içermektedir (Shaw ve ark., 2007).

3.2.2. Risk Analizi, Riskin Değerlendirilmesi ve Hesaplanması

Kurumun işlemleri sırasında karşılaşılabilecek tehlikelere neden olan dört faktör analiz edilir. Bu faktörler; insan faktörü, çevre faktörü, yönetim faktörü ve kullanılan malzeme faktörüdür. Analiz ile iki şey yaparız: Riski anlar ve bir yer biçeriz ve Riski önem sırasına koyarız. İki tür risk analizi vardır (Örge, 2010):

✓ Nicel risk analizi, riski hesaplarken sayısal yöntemlere başvurur. Nicel risk analizinde kıymet, açıklık, tehdidin etkisi gibi değerlere sayısal değerler verilir ve bu değerler matematiksel ve mantıksal metotlar ile proses edilip risk değeri bulunur.

✓ Nitel risk analizi risk hesaplarken ve ifade ederken nümerik değerler yerine yüksek, çok yüksek gibi tanımlayıcı değerler kullanılır (www.seydisehird.gov.tr).

Risk değerlendirmesi aşamasında, riskin kabul edilebilirliğine karar vermek için, riskin önemi üzerinde kapsamlı olarak karar verilir. Risk değerlendirmesinde olayların çıkma olasılığı ve ortaya çıktığında maruz kalınabilecek sonuçlar belirlenir (www.seydisehird.gov.tr).

3.2.3. Alternatif Risk Düzeltme Araçları Arasında Seçim Yapmak

Risk tanımlanıp değerlendirildikten sonraki basamak, riskle mücadelede kullanılacak yaklaşım yönteminin ve her biri için kullanılacak tekniğin kararlaştırılmasıdır. Riskten uzaklaşmak, riski almak, riski azaltmak ve riskten kaçınmak risk yönetim teknikleri arasındadır. Riskler değerlendirilir, derecelendirilir ve gerekli kontrol ölçümlerinin yapılması için prosedürler oluşturulur, risk seviyelerinin kabul edilebilirliğinin önceden tesis edilmiş kriterler ile kıyaslaması yapılır. Kalan riskin katlanılabilirliğinin değerlendirilmesi, ihtiyaç duyulan her ilave risk kontrol önleminin belirlenmesi, risk kontrol önlemlerinin riski katlanılabilir bir seviyeye indirmeye yetip yetmeyeceğinin değerlendirilmesi yapılır. Risk değerlendirilmesi aşamasında, olayların ortaya çıkma olasılığı ve ortaya çıktığında maruz kalınabilecek sonuçlar belirlenir (Örge, 2010).

3.2.4. Seçilen Alternatifin Uygulanması

Risk yönetimi, karar sürecinde seçilen risk yönetimi teknik ya da tekniklerinin uygulamaya konulmasıdır. Bu aşama, güvenliği artırmak için hangi aletlerin alınması gerektiği ya da yönetim tarafından sigortalanması istenen bir bina için nasıl bir sigorta satın alınacağı gibi teknik kararları içerir. Uygulama aynı zamanda, risk yöneticisinin ve diğer yöneticilerin işbirliğini gerektiren yönetsel kararları da içerir. Verilen kararlarda riski kabul etme zorunluluğu olabilir. Bu durumda uygulanacak alternatifin maddi faktörleri göz önüne alınmalıdır (Emhan, 2009).

3.2.5. Değerlendirme ve Kontrol

Seçilen alternatif uygulanmaya konulduktan sonra seçilen çözüm tarzının işleyip işlemediği ve beklenen sonuçları verip vermediği izlenmelidir. (Emhan, 2009). Değerlendirme ve kontrol risk yönetim sürecinde iki temel nedenden dolayı önemlidir. *Birincisi*: riskin yönetim süreci bir akış içinde oluşmaz, olaylar değişkenlik arz eder. Yeni durumlar yeni riskler meydana getirebilir ve eski tanımlanmış riskleri ortadan kaldırabilir. *İkincisi*: bu değerlendirme sürecinde çeşitli hatalar meydana gelebilir. Değerlendirme ve kontrol süreci yöneticilere hatalarının ağır sonuçlar doğurmadan tekrardan gözden geçirilmesini ve keşfini sağlar (Örge, 2010).

3.3. Risk Yönetimindeki Temel Prensipler ve Kullanılan Teknikler

Risk yönetimiyle ilgili olan dört temel prensip tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu süreklilik arz eden prensipler tüm faaliyet ve operasyonların öncesinde, esnasında ve sonrasında uygulanmalıdır. Belirtilen bu prensipler şunlardır (Örge, 2010):

- ✓ Gereksiz risk kabul etmeme
- ✓ Risk kararlarını uygun seviyede almak
- ✓ Faydalar maliyetlerden fazla olduğu zaman risk kabul edilmelidir
- ✓ Risk yönetimi organizasyonun konsept ve planlama faaliyetlerinin bir parçası haline getirilmelidir.

4. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin uymakla yükümlü oldukları ve sürekli yeni maddeler eklenerek hizmet kalitesini daha da ileriye götürmeyi amaçlayan Hizmet Kalite Standartları Rehberi hastanelerde risk yönetimi ve uygulamalarına yönelik birçok kabul içermektedir. Bunlardan bazıları aşağıda liste halinde sunulmuştur.

Hizmet Kalite Standartları Rehberi’nde yer alan bazı uygulamalar şunlardır (www.performanssaglik.gov.tr):

1- Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır. Riskli girişimsel radyolojik işlemler öncesinde hasta ve yakınlarının bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınması amaçlanmaktadır.

2- Hastaların düşme risklerinin azaltılmasına yönelik prosedür belirlenmelidir. Buna göre, hastaların düşmelerini önlemeye yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını, dolayısı ile hasta güvenliğini sağlamaktır.

3- Emzirme odasında alt değiştirme yeri mevcut olmalıdır. Emzirme odasında bebeğin düşmemesi için gerekli düzenlemenin (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar vb.) olduğu temiz bir alt değiştirme yeri bulunmalıdır.

4- Yüksek riskli ilaçların (konsantr elektrolit çözeltileri, intravenöz antikoagülanlar, insülin, antineoplastik ajanlar, opioidler, narkotikler vb.) üzerine kırmızı uyarı etiketi yapıştırılmalıdır. Yüksek riskli ilaçlarla ilgili ilaç uygulama hatalarını önlemek amaçlanmaktadır.

5- Kan ve komponent saklama dolapları ve ortamlarının ısı takibi yapılmalıdır. Kan ve komponentleri için uygun saklama koşullarını oluşturmak ve hasta güvenliği için risk oluşumunu engellemek amaçlanmaktadır.

6- Çalışan güvenliği plan/programından sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır. Kurumda çalışan güvenliği ile ilgili programın yürütülmesinin sağlanmasıdır. Bu ekip hastanede çalışan güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, personel için olası riskleri belirlemeli, düzeltici ve önleyici faaliyet planları yapmalı ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirmelidir.

7- Kemoterapi hazırlama-uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliklerini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Hastanede kemoterapi hazırlama-uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

8- Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.

9- Yangın tatbikatları periyodik olarak yapılmalı (en az yılda bir kez) ve görüntü kayıtları bulunmalıdır. Olası bir yangın riskine karşı hastanenin hazırlıklı olmasının sağlanması amaçlanmaktadır.

10- Kateter laboratuvarına giriş sterilizasyon şartlarına uygun olmalıdır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve laboratuvar içinde enfeksiyon riskinin önlenmesi amaçlanmaktadır.

11- Yoğun bakım ünitelerinde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır. Yoğun bakım ünitesi gibi enfeksiyon açısından riskli hastaların bulunduğu birimlerde mikroorganizmaların yayılımının önlenmesi amaçlanmaktadır.

12- Yoğun bakım ünitelerinde izolasyon odası (ları) bulunmalıdır. Yoğun bakım ünitesi gibi enfeksiyon açısından riskli hastaların bulunduğu birimlerde izolasyon ile ilgili düzenlemelerin yapılması amaçlanmaktadır.

13- Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyon işlemleri her diyaliz seansı sonrasında yapılmalıdır. Hasta güvenliğinin sağlanması ve ünite içi enfeksiyon bulaşma riskinin önlenmesi amaçlanmaktadır.

14- Yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçlar kilit altında tutulmalıdır. Riskli ilaç grubuna sorumlu kişilerin erişiminin sağlanması amaçlanmaktadır.

15- Hastane yönetimi; adı, ambalajı, birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve farklı uygulama formu bulunan ilaçların kullanımı ve yönetimi konusunda bir politika belirlemelidir. Hastanede okunuşu ve görünüşü benzer ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları farklı olan ilaçların kullanımında meydana gelebilecek hataları önlemek amaçlanmaktadır.

16- Hastanedeki özel alanların (ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar, küvez içi, hasta odası vb.) temizlik talimatları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011 tarihinde Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yayınlanmıştır. Bu yönetmelik, üstte bahsettiğimiz tebliği de kapsayan bir yapıya sahiptir. Tebliğe ilave olarak şu başlıkları da kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011):

a) Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,

b) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması,

c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,

d) Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;

1) Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,

2) Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,

3) Panik değerlerin bildirimini sağlanması,

e) Beyaz kod uygulamasının yapılması,

f) Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak;

1) Güvenlik raporlama sisteminin kurulması,

2) Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamaları,

3) Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,

g) Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,

ğ) Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;

1) Hasta güvenliği komitesi,

2) Çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 29 Nisan 2009 tarihinde “Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ” yayımlanmıştır. Tebliğ kamu ve özel sektöre ait sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. Tebliğin adı ve amacı tamamıyla risk önlemeyi hedeflediğini göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Tebliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

Sonuç

Kişiler ve/veya örgütler meydana gelebilecek riskleri minimize ederek optimum güven aralığında faaliyetlerini icra etmek isterler. Bunun için risk yönetimine ait teknikleri kullanmaları ve uygulamaları durumunda meydana gelebilecek riskleri minimize edebilirler (Emhan, 2009).

Risk yönetimi, sadece sistemdeki hataları önleyerek hasta güvenliğini sağlayan bir program değil, aynı zamanda yapılan hatalardan ders alarak sağlık hizmeti verenleri ve kurumları da koruyan proaktif bir yaklaşımdır. Hastanelerde güvenlik ve kalitenin sağlanmasının bir basamağıdır. Yapılan yanlışlardan ders alınması risk yönetimi için önkoşuldur. Bir diğer önkoşul da, hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının gerekliliğidir. Bununla birlikte, hastanelerde risk yönetimi, üst yönetimden başlayarak tüm çalışanların gündeminde olması gereken bir konudur. Etkin bir risk yönetimi için liderlik ve çalışanların eğitimi çok önemlidir (Güleç ve Gökmen, 2009).

Risk yönetimi teknikleri kullanılarak hem hasta güvenliği, hem de kaynakların etkin kullanımı sağlanabilir. Böylece güvenli ve kaliteli hizmet sunumunun yanı sıra aynı zamanda bir işletme olan hastanede oluşabilecek her türlü zararı asgariye indirmek için gerekli tüm önlemler alınmış ve oluşabilecek zararların etkisi de olabildiğince azaltılmış olur (Güleç ve Gökmen, 2009).

Kaynaklar

- 1.Aspen Reference Group, (2006). Health Care Facilities Risk Management, Aspen Publication.
- 2.EMHAN, A., (2009). Risk Yönetim Süreci ve Risk Yönetimde Kullanılan Teknikler, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 3 ss: 209-220.
- 3.GÜLEÇ, S., GÖKMEN, H., (2009). Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt: 2, Antalya.
- 4.GÜNBEY, A., (2008). Kurumsal Risk Yönetiminde İç Denetimin Rolü ve Bir Uygulama, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Muhasebe-Finansman Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
- 5.JOHNSTONE, M.-J., (2008). “Clinical Risk Management and the Ethics of Open Disclosure, Part 2 Implications for the Nursing Profession”, Australasian Emergency Nursing Journal.
- 6.Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), (2004). Accreditation Issues for Risk Managers, Joint Commission Resources, Illinois.
- 7.Joint Commission International (JCI), (2011). Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları, 4 üncü Baskı.
- 8.ÖRGE, O., (2010). Hastanelerde Risk Yönetimi ve Risk Yönetimi Uygulamaları, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi (Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği).
- 9.ÖZKILIÇ, Ö., (2008). Tehlike ve Risk Kavramları - Terminoloji, 5. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı, 3 Kasım 2008 1. Oturum Sözel Bildiri.
- 10.SAĞLIK BAKANLIĞI, (2009) “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, Resmi Gazete, Sayı: 27214.
- 11.SAĞLIK BAKANLIĞI, (2011). “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, Resmi Gazete, Sayı: 27897.
- 12.SHAW, P., ELLIOT, C., ISAACSON, P., MURPHY, E., (2007). Quality and Performance Improvement in Healthcare, American Health Information Management Association, American Health Information Management Association Publisher, Illinois.
- 13..SUR, H., Hasta Güvenliği Açısından Risk Yönetimi,
- 14.www.seydisahird.gov.tr/index.php?option...id...hastaneler...risk..., Hastaneler İçin Risk Yönetimi, Erişim Tarihi: 01.12.2011.
- 15.www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/avrupa_esaglik/2.pdf, *Güvenlik için e-Sağlık*, Erişim Tarihi: 10.12.2011.
- 16.www.performanssaglik.gov.tr, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları 2011, Erişim Tarihi: 15.12.2011.

HASTANELERDE AFET YÖNETİMİ VE 17 AĞUSTOS 1999 GÖLCÜK DEPREMİNDE HASTANE MÜDÜRLÜĞÜ DENEYİMLERİ

Tansel YETİK*

ÖZET

Bu derlemenin amacı; 17 Ağustos 1999 Marmara Depreminde Gölcük Deniz Hastanesi hastane müdürü (İdare Amiri) olarak afet ve afet yönetiminde yaşadığım deneyimlerin aktarılmasıdır.

Afet, birçok kurum ve kuruluşun koordineli olarak görev almasını gerektiren, insanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, normal yaşamı kesintiye uğratarak topluları etkileyen doğal, teknolojik ve insan kökenli olaylardır. Afet yönetimi risk yönetimi ve kriz yönetimi olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Ülkemizde 1999 Marmara depremi ve daha önceki yıllarda meydana gelmiş afetlerden çıkarılan dersler doğrultusunda risk yönetimi ağırlıklı afet yönetimi anlayışı benimsenerek düzenlemelere gidilmiştir.

Afet yönetiminde; afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması gerekmektedir. Bu nedenle afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken önlemler hastane yönetimi tarafından planlanmalıdır.

Doğal afetler içerisinde en yıkıcı ve hayati kayıplara neden olan deprem; ülkemizde de 17 Ağustos 1999 Gölcük'te yaşanan acı bir deneyimdir. Özellikle Marmara Bölgesi yurdumuzun deprem kuşağında olması nedeniyle Gölcük Bölgesini ve çevresini etkileyen bir afet olarak yaşanmıştır. Kırkbeş (45) saniye süren depremde 17.480 kişi hayatını kaybetmiş, 23.781 kişi yaralanmıştır. Bu çalışmada, geleceğe ışık tutması amacıyla özellikle deprem sonrasında hastanede yaşanan tecrübeler (deneyimler) yer verilmiştir.

Sonuç olarak kayıpların en aza indirilmesini hedefleyen Hastane Afet Plan (HAP) 'larının hazırlanması ve uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca her personelin afetlerdeki görev ve sorumluluklarının belirlenmesi ve afetlere önceden hazır olunması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Afet, afet yönetimi, deprem ve deneyim paylaşımı

*GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Personel Şube Müdürü, tyetik@hotmail.com

DISASTER MANAGEMENT IN HOSPITALS AND 17 AUGUST 1999 HOSPITAL MANAGERS' EXPERIENCES IN GÖLCÜK EARTHQUAKE

ABSTRACT

The object of this compilation is to narrate my experiences in disaster and disaster management in 17 August 1999 Marmara Earthquake as hospital manager (Chief Administrator) of Gölcük Sea Hospital.

Disaster is the occurrence caused by nature, technology or human which requires several institutions and organizations to take charge in coordination, which causes physical, financial and social losses for people and which affects societies by haltering the normal life. Disaster management consists of two parts; risk management and crisis management. In accordance with the lessons learnt from the disasters such as 1999 Marmara Earthquake or previous incidents, disaster management approach based on risk management is adopted and regulations are made accordingly.

It is necessary to prevent and mitigate the disasters in terms of disaster management. Therefore, the measures to be taken before, during and after any disaster should be planned by the hospital management.

Causing the most devastating and terminal losses among natural disasters, the earthquake is a very painful experience occurred in Gölcük on 17 August 1999. Due to the fact that Marmara region is located on the seismic belt of our country, it has been a disaster which affected especially Gölcük region and its neighborhood. 17.480 people lost their lives and 23.781 people were seriously injured in the earthquake which lasted Forty five (45) seconds. This study includes the experiences in the hospital after this earthquake in order to light the way for the future.

Consequently, it is necessary to prepare and realize a Hospital Disaster Planning (HAP) in order to minimize the losses. Moreover, it is highly important that each of the personnel is aware of his/her duties and responsibilities during the disaster and they should be prepared for these incidents.

Key words: *Disaster, disaster management, earthquake and experience sharing*

1. Giriş

Afetlerin meydana geliş zamanları hiçbir zaman belli değildir. İnsanoğlunun yaradılışından bu yana sürekli olagelmıştır. Yani afet olgusuyla yaşamak bir zorunluluktur.

Afet “Bir çok kurum ve kuruluşun koordineli bir şekilde görev almasını gerektiren ve insan hakları için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar meydana getiren, normal yaşamı ve insan aktivitelerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplumları veya insan topluluklarını etkileyen doğal, teknolojik ve insan kökenli olaylara” denilmektedir (Erkal, Değerliyurt 2009, 149)

1.1. Afet ve Risk Yönetiminin Önemi

Afete hazırlık ve afet yönetimi, tehlike ve risklerin olumsuz etkilerini mümkünse önlemek, mümkün değil ise etkilerini azaltmak ve afet meydana geldiğinde zamanında, hızlı ve etkili bir müdahaleyi başarmak için önceden yapılması gereken tüm faaliyetlerin gerçekleştirilmesidir (Topal, 2013, 7)

1.2. Afet ve Risk Yönetimi Sistemi

Bir afet meydana geldiğinde onu alt etmek için afet olmadan önceki zamanda bazı köklü önlemlerin alınması gerekir. Günümüzde afet olayına, afet öncesi, afet anı ve afet sonrası düşüncesiyle yaklaşılmasını öngören “afet ve risk yönetimi sistemi geliştirilmiştir. Ülkemizde yaşanan 1999 Gölcük Depreminden sonra afet sonrası müdahale kadar afet zararını azaltmada afet öncesi hazırlıklarında önemi ortaya çıkmıştır. (Uzunçubuk, 2012,33)

2. Bu deneyim paylaşımının amacı, 17 Ağustos 1999 Gölcük Depreminde Gölcük Deniz Hastanesi Hastane Müdürü olarak hastanede bizzat yaşadığım deneyimleri sağlık ve hastane yöneticilerine aktararak onların bu deneyimlerden yararlanmasını sağlamaktır.

3. Hastane Müdürlüğünün Depremdeki rol ve sorumlulukları

3.1. Lojistik İkmal Faaliyetleri

Hasta, yaralı ve personelin iaşesi, yardım olarak veya lojistik kanallardan gelen malzemelerin tasnifi ve depolanması, en önemli ihtiyaç maddesi “temiz su” temini ve afet öncesinde Lojistik teşkillerin kurulacağı yerin tespiti büyük önem arz etmektedir. (Ahçıhane, yemekhane, bulaşikhane v.b.)

3.2. Personel Hizmetleri ve İletişim Faaliyetleri

Haberleşme ve iletişim (telsiz, telefon, megafon), yaralı ve ölü kayıtları ile defin ruhsatı, ölü ve yaralıların kamera ve fotoğraf çekimi (Dijital Fotoğraf makinası ve hafıza kartları), acil evrak ve mesaj işlemleri, afet öncesinde personel hizmetlerinin nerede verileceğinin tespiti, ölü ve yaralı yakınlarının bilgilendirilmesi hayati öneme haizdir.

3.3. Teknik Hizmetler Faaliyetleri

Kurulacak çadır ve prefabriklerin önceden tespit edilen yerlere kurulumu ve elektrik bağlantılarının (tuvalet, banyo, çamaşırhane, bulaşikhane) yapılması, binada meydana gelen hasarın tespiti, teknik hizmet faaliyetlerinin kapsamına girmektedir.

3.4. Güvenlik, Ulaştırma ve Trafik Faaliyetleri

Hastanede mevcut ve sonradan hastane emrine giren tüm ambulans ve araçların, görevlendirilmesi ve kontrolü, çevre emniyeti ve hırsızlığa karşı önlemler bu faaliyetin konusudur.

3.5. Bilgi İşlem Faaliyetleri

Önceden tespit edilen yerlere hasar görmemiş yeteri kadar bilgisayarın kurulumu ve bilgisayara yüklenen bilgilerin her gün sonunda Hastane Afet Komuta Merkezi Başkanına yazılı olarak verilmesi bu faaliyetler kapsamına girmektedir.

4. Ağustos Gölcük Depreminde Hastane Müdürü Deneyimlerinin Paylaşımı

- 4.1.** Afet Öncesi Hastane Afet Planı (HAP) en ince ayrıntılarına kadar yazılmalıdır.
- 4.2.** Ailesi güvende olmayan personelden görev yapması beklenemez.
- 4.3.** Triyaj alanı, önceden tespit edilmelidir. Güvenli, görünebilir, ulaşılabilir, ambulansların ve diğer araçların kolayca yaklaşabileceği, çok sayıda yaralıyı alabilecek geniş bir alan olmalıdır. Ayrıca yeteri kadar triyaj kartı bastırılarak, hazır halde bulundurulmalıdır.
- 4.4.** Afet anında hastanede yatan hastalar, tedavilerinin yapılabileceği güvenli bir alanda ve afet nedeniyle gelen yaralılarından uzak bir alanda konuşlandırılmalıdır.
- 4.5.** Afet öncesinde hastanede mutlaka kamera, dijital fotoğraf makinesi ve hafıza kartları, bulunmalıdır. Özellikle cesetleri görüntülemek ve fotoğraflarını çekmek çok önemlidir. 17 Ağustos 1999’da birçok ceset fotoğraflarından teşhis edilmiştir.
- 4.6.** 17 Ağustos 1999 depremi göstermiştir ki; acil transportta en önemli yol hava yoludur. Çünkü Gölcük-İzmit karayolu uzun süre trafiğe kapanmış, binaların caddelere yan yatarak kapatması sonucu büyük bir kargaşa yaşanmıştır. 17 Ağustos’ta saat 04:30’da İstanbul’a hasta sevki için görevlendirilen ambulans Gölcük’ü ancak bir saatte terk edebilmiş İstanbul’a ise 6 saatte ulaşabilmiştir. İkinci güvenli yol deniz yoludur. Deniz Kuvvetleri bünyesinde mevcut, 3 fırkateyn, hızlı ve manevra yeteneği yüksek 6 hücum bot, sahil güvenlik botları ve İstanbul Büyükşehir Belediyesine ait iki adet deniz otobüsü ile poyraz limanından hasta sevkleri yapılmıştır.
- 4.7.** Yaşanan önemli bir tecrübe de, gelen yaralıların ve cesetlerin kayıtlarıdır. Hastaneye saat 03:15’den itibaren ölümler ve yaralılar yoğun olarak getirilmeye başlanmıştır. Kayıt yapacak sivil memurlar, önceden belirlenerek görevlendirilmeli ve eğitilmelidir.
- 4.8.** Yaşanan tecrübelerden biri de, gelen cesetlerin muhafazasıdır. 17 Ağustos 1999 gölcük depreminde hastanemizde 977 cesede defin ruhsatı verilmiş olup, 16 cesedin kimliği tespit edilememiş ve sahipleri tarafından alınmadığı için saç derilerinden doku örnekleri alınarak, jandarma genel komutanlığı (JGK) Kriminal Laboratuvarına gönderilmiş ve kimsesizler mezarlığında 30 Ağustos 1999 tarihinde toprağa verilmiştir. Bir doğal afet anında hastane emrine girecek morg tırları, soğuk hava depoları ve buz pateni salonları önceden belirlenmelidir.
- 4.9.** Hastaneye getirilen cesetler için yeteri kadar ceset torbası bulundurulmalıdır. 17 Ağustos 1999 depreminde sıkıntı çekilen en önemli konuların başında, ceset torbalarının yetersizliği, ceset tahnit materyali/personeli yokluğu ve tabut yetersizliği gelmektedir. Bu nedenle tüm yataklı sağlık kurumlarında afet öncesi dönemde yeteri kadar ceset torbası ve tahnit materyali bulundurulmalıdır.
- 4.10.** Bir afet esnasında tüm hasta/yaralı ve personelin ihtiyacı olan prefabrike tuvalet, banyo çamaşırhane ve bulaşıkhaneye yerleri önceden planlanmalı ve kanalizasyon kapaklarının olduğu yerlerin hemen yanına konuşlandırılmalıdır. Elektrik ve su bağlantıları önceden yapılacak bir çalışma ile yeraltından konteynerlerin ve prefabrikelerin konulacağı yere çekilmelidir.
- 4.11.** Hastaneye yardım malzemesi olarak gelen ilaç ve sağlık sarf malzemeleri ile gıda ve kişisel giyim malzemeleri çok karışık olarak ve sınıflanmadan gelmektedir. Bu malzemelerin sınıflanması ve istiflenmesi için bir ekip oluşturulmalı ve teslim alan ekip tarafından sayılmadan, kategorize edilmeden yardım malzemeleri teslimatına dair herhangi bir belge imzalanmamalıdır; aksi halde bir müddet sonra hastaneye hiç getirilmemiş veya özelliğini

kaybetmiş olarak getirilmiş malzemeler hakkında çıkar amaçlı alındı belgeleri düzenlenmesi talebi ile karşılaşılabilmektedir.

4.12. Yardım olarak gelen çadırların kurulmasında büyük zorluklarla karşılaşılmıştır. Bu nedenle önceden seçilen personele çadır kurma eğitimi aldırılmalıdır.

4.13. Deprem sonrasında ortaya çıkan önemli bir tecrübe de, bulaşıcı hastalıklarla mücadeledir. Özellikle hava sıcaklığının 30 Oc'nin üstünde seyrettiği 17 Ağustos 1999 depreminden sonraki günlerde, GATA Komutanlığı Enfeksiyon Hastalıkları Klinik Mikrobiyoloji Bilim Dalından 20 kişilik bir ekip tarafından aşılama çalışmaları başlatılmış ve bölgede bulunan personele, kurtarma ekiplerine, sivil halka ve hastane personeline toplam 27.998 doz tifo ve 20.169 doz tetanos aşısı yapılarak olası bir tıbbi afet önlenmiştir.

4.14. Sahipsiz bebek ve çocukların muhafazası ayrı bir öneme sahiptir.

4.15. Tüm sabit telefon hatları ile GSM hatları devreden çıkmış ve iletişim günlerce sağlıklı olarak yapılamamıştır. Tek iletişim vasıtası telsizdir. Bu nedenle il ve ilçelerde “sağlık”a özel bir telsiz bandı tahsis edilmelidir.

4.16. Afet döneminde özellikle büyük kargaşanın yaşandığı ilk yedi gün içerisinde, güvenlik önlemleri maksimum seviyeye çıkarılmalıdır. Özellikle cep telefonu, şarj aletleri, sigara, battaniye, çadır gibi malzemeler kaybolmaktadır.

Kaynaklar:

- 1.ERKAL Tevfik, DEĞERLİYURT Mehmet, Türkiye Afet Yönetimi, Doğu Coğrafya Dergisi Sayı:22, Temmuz 2009
- 2.TOPAL Ali, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Önemi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, 2013
- 3.UZUNCIBUK Levent, Afet ve Risk Yönetimi, HKMO İstanbul Bülteni, Şubat 2012

**ANKARA'DA FAALİYET GÖSTEREN BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN HASTANE KRİZ YÖNETİM
SÜREÇLERİNİ DEĞERLENDİRMESİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Fikriye YILMAZ*

Özge YALÇIN**

Korkut ERSOY***

ÖZET

İnsan sağlığında ciddi role sahip olan hastaneler, her kuruluş gibi kriz tehlikesiyle karşı karşıya kalabilir. Hastanelerde görev yapan hekimlerin olağan bir kriz anında gerekli önlemi alabiliyor ve kuruma ciddi zararlar vermeden önlenmesinde büyük ölçüde katkı sağlıyor olması gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı Ankara'da bulunan bir vakıf üniversite hastanesinde kriz yönetim süreçlerini doktorların bakış açısıyla değerlendirmektir. Bu amaçla literatürde yer alan çalışmalar dikkate alınarak senaryo tekniğine dayalı bir anket formu hazırlanmış ve bu anket formu Nisan-Mayıs 2014 döneminde hastanede çalışan 111 doktora uygulanmıştır. Anket sonuçları SPSS 18.0 paket programında analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin %50,5'i erkek, %67,3'ü uzman hekim olup %68,2'sinin yöneticilik deneyimi bulunmamaktadır. Araştırma sonucunda hekimlerin % 55,9'u hasta / hasta yakını saldırısına uğradığını, %53,2'si araç ve gereçlerde ani bozulma ve% 45,9'u iş kazası ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Hekimlerin % 78'i bir kriz anında medyanın sorularının, 'başhekim' tarafından cevaplanacağını belirtmiştir. Katılımcı hekimlerin % 56'sı hastanenin kriz iletişim stratejisi olarak düzeltici önlem stratejisini benimsediğini düşünmektedir. Katılımcıların %86,1'i herhangi bir kriz anında sorumluluğun hastanede olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgularından hastanede krizlere gösterilecek tepkilerin, önceden organize olmuş ve planlanmış yapısal bir sistem yerine, o andaki durumun gerektireceği birim veya kişi tarafından gerçekleştirileceği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda başta çalışma yapılan hastane olmak üzere tüm hastanelere yapısal kriz yönetimi planlarının ve bu planların içerisinde özellikle kriz iletişim planlarının oluşturulması önerilmektedir. Ayrıca başta doktorlar olmak üzere tüm kurum personeline bu konuda gerekli bilgi aktarılmalı, böylece olağan bir kriz anında herkes ne yapması gerektiğini bilerek davranmalı ve kurumun imajının sarsılması önlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Kriz, Kriz Yönetimi, Kriz İletişimi

*Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

**Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü Mezunu, ozgeeyalciin@hotmail.com

***Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, korkut@baskent.edu.tr

**HOSPITAL CRISIS MANAGEMENT PROCESSES: A STUDY ON
EVALUATION BY DOCTORS WHO WORK IN A FOUNDATION
UNIVERSITY HOSPITAL IN ANKARA**

ABSTRACT

Hospitals, that have a crucial role for human health, have the same possibility to come across with the threat of crisis as any other institution. In the event of a crisis, the doctors working in the hospitals are required to take necessary precautionary measures and make utmost contribution to prevent serious damage to the institution. The purpose of this study is to evaluate the crisis management processes in a foundation university hospital in Ankara from the perspective of the doctors. In this respect, a questionnaire has been prepared taking into account other relevant studies in the literature and 111 doctors working in the hospital have been surveyed. The results of the questionnaire have been analyzed in SPSS 18.0 package program. According to the results of the analysis, 55.9 percent of the participants stated that they have been attacked by patients/patients' relatives, 53.2 percent of the participants stated that they have been confronted with sudden breakdown of equipment and 45.9 percent of the participants stated that they have experienced occupational accidents. Fifty six percent of the participant doctors have the opinion that the hospital does not adopt a corrective measure strategy as a part of crisis communication strategy. Moreover, 86.1 percent of the participants stated that the hospital bears the real responsibility in the event of a crisis. Seventy eight percent of the doctors expressed that the questions raised by the press media are to be answered by the chief physician/chief of staff in the event of a crisis. When the responses of the doctors to the questions aiming to find out the level of knowledge on crisis and crisis management are analyzed, it is identified that doctors do not have sufficient knowledge on crisis and crisis management in general. As a result, it is suggested that the hospital administration has to address this issue as a priority, organize necessary trainings and seminars, and strengthen the capacity of all hospital staff in general and the doctors in particular.

Key Words: Hospital, Crisis, Crisis Management, Crisis Communication

1. Giriş

Dünya bilindiği üzere hızla gelişen ve küreselleşen bir gezegen halini almıştır. Bireylerin değişime uyum sağlaması ve hayatlarını devam ettirebilmeleri gerekliliğinin yanı sıra sağlık kuruluşlarının da devamlılığını sürdürebilmeleri için bu gelişmeyi takip etmeleri gerekmektedir. Bireyler ve sağlık kuruluşları devamlılığını sürdürebildikleri süre içerisinde sık sık ve ya nadiren de olsa risk ve belirsizliklerle yüz yüze gelmektedir. Bireyler karşılaşacakları risk faktörlerini göz ardı edebilseler bile sağlık kuruluşlarının böyle bir şansları söz konusu değildir. Sağlık sektörünün görmezden geldiği kendisi için risk ve tehdit oluşturan her durumun; bireyler, toplumlar, ekonomi, çalışanlar, yöneticiler ve hatta ülke açısından olumsuz durumlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle tüm sağlık kuruluşları kurulduğu an itibariyle her türlü krizi analiz edebilmeli ve bunun için gerekli olan hazırlık ölçeklerini, iletişim planlarını uygun statüde hazırlayarak olası krize önceden önlemini almış olmalıdır. Kriz oluşmadan önlem alınmazsa, olası bir kriz anında hem sektöre hem de çevresine ciddi zararlar verebilmektedir (Doğan, 2010).

Kriz dendiğinde akla ilk gelen ekonomik ve örgütsel kriz olsa bile son zamanlarda sağlık sektöründe yaşanan olağan üstü durumları da göz ardı etmek mümkün olmamaktadır (Ersöz, 2013).

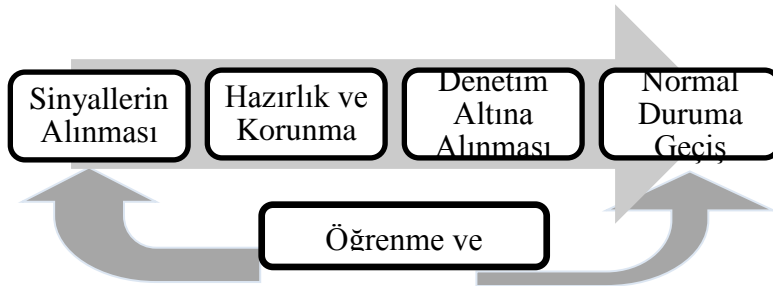
Son zamanlardaki krizlerde görülmektedir ki; organizasyonların bünyesinde istenmeyen problemlere hazırlıklı olmak ve karşılık verebilmek, konu ile ilgili becerilerin yanı sıra aktif olarak bu tarz problemleri yönetmeye gönüllü olmaya bağlıdır. Diğer organizasyonlarla mukayese edildiğinde hastanelerin herhangi bir kriz durumunda kendi ayakları üstünde durabilen, daha tutarlı bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir (Najafbagy, 2011).

Hastaneler bireylerin varlıklarını sağlıklı bir şekilde sürdürmeleri için kurulmuş olan sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır (Ersöz, 2013). Sağlık kuruluşlarının temel beşeri sermayesi olarak nitelendirilen doktorların da en az yöneticiler kadar bir kriz anında ne yapabilecekleri konusunda bilgi sahibi olması gerekir (Gül, 2010). Bu çalışmada doktorların hastanede karşılaşılabileceği olağan üstü haller olarak da nitelendirilebilecek kriz durumları karşısındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi planlanılmıştır.

1.1 Kriz Yönetimi ve Kriz İletişimi

Kriz yönetimi, olabilecek krize karşılık, kriz belirtilerinin toplanarak değerlendirilmesi ve örgüt için krizi minimum kayıpla atlatabilmesi için gerekli olan önlemlerin alındığı ve gerçekleştirildiği bir süreçtir. Kriz yönetiminin asıl amacı bir örgütü veya kurumu krize hazırlamaktır. Kriz yönetim sürecini beş aşamada incelemek mümkündür (Şekil 1.) (Baydaş, Özyılmaz ve Bakan, 2011):

- Kriz belirtilerinin toplanması,
- Krize hazırlık ve korunma,
- Krizin kontrol altına alınması,
- Normal duruma geçiş,
- Öğrenme ve değerlendirme.



Şekil 1. Kriz Yönetim Sürecinin Beş Aşaması

Kaynak: Tutar, H. (2000). Kriz ve Stres Ortamında Yönetim, Hayat Yayınları, s: 236.

Kriz yönetimi, krizin ve hatta kriz olasılığının ortaya çıkmasından önce başlatılması gereken bir süreçtir. Gelecekte karşılaşılabilecek olası krizlere karşı önlemlerin alınmasını ve önlemlerin yeterli olmadığı durumlarda krizin başarıyla asılmasını kapsayan kriz yönetiminin en önemli ve belki de en az önemsenen parçası kriz iletişimidir (Açıkgöz, 2009).

Kriz iletişimi, kriz yönetiminin çok önemli bir parçası olup medyayla sağlıklı iletişim kurarak işletmenin kendini ifade edebilmesine fırsat tanıyan bir süreçtir. Yaşanmakta olan kriz sonucu zarar gören paydaşların tümüne ulaşılması, doğru ve zamanında bilgi verilmesi,

kaos ortamının giderilmesi ve işletme itibarının daha fazla zedelenmekten kurtarılması için kriz iletişimde basarının yakalanması gerekmektedir. İşletmeler arası birleşmeler, ele geçirmeler, skandallar, boykot ve grevler, iflaslar, çevreye zarar verme, bir ürünün piyasadan geri toplanması, bağlı işletmelerden birinin satışı veya reorganizasyonu (Dyer, 1995: 39) gibi olayların her biri krize neden olabilmekte ve paydaşların bilgilendirilmesi gereğini doğurabilmektedir. Krizdeki bir işletme için bu denli önemli olan kriz iletişimi süreci, halkla ilişkiler fonksiyonunun bir görevi olarak sınırlandırılmamalıdır (Örnek, 2006:216). Kriz yönetiminin bir parçası olarak kriz iletişimi – her ne kadar medya karşısına çıkacak tek bir sözcü seçilse de–kriz yönetimi ekibinde yer alan bütün çalışanların sorumluluğundadır.

Kriz iletişim amacı akut kriz dönemleri ve kriz sonrası imaj yenileme süreci içerisinde incelenir. Kriz iletişimi kriz öncesi, kriz dönemi ve kriz sonrası iletişimi amaçlayan sürekliliği bulunan bir kavramdır. Kriz öncesinde kriz unsurlarının fark edilmesi ve alınması gereken önlemleri amaçlayan bir unsurdur (Ray, 1999).

İşletme yönetimi bir kriz anında işletmeyle dolaylı veya dolaysız yönden ilişkili birçok gruba bilgi vermek zorundadır. Kriz anında etkili bir iletişim, krizi yönetmek kadar önemlidir. Kriz yönetim ekibi ve kriz yönetim planı ne kadar iyi olursa olsun kriz anında doğru iletişim sağlanmadığı durumda başarısızlık bu boyutta büyüyecektir. İşletmenin içindeki mevcut iletişim kanalları kriz anında her zamanki gibi çalışmayacaktır (Pritchett ve Pound, 2001).

Hazırlanacak kriz iletişim planında şu politikalara yer verilmelidir (Tüz, 2004):

- **Acil Hasar Analizi:** Yönetim kurulu bir halkla ilişkiler, hukuk ve ilgili diğer operasyonel bölümlerin üst düzey yöneticileri arasında etkili bir biçimde iletişim sağlayarak hasar durumunu belirlemeleri gerekir.
- **Durum Senaryoları Geliştirme:** Bir kriz durumunda bazı olayları görmezden gelme yerine bütün boyutlarıyla olasılıkları dikkate alarak tartışmaktır.
- **Ticari Durum Analizi:** Krize yönelik bazı bilgiler alınmaya başlandığı anda hasar analizi komitesi bir güvenlik politikası olarak ortaklarla iletişime geçerek desteğin sürekliliğini korumalıdır.
- **Basına Bilgi Vermek:** Basın toplantısı veya basın bülteni hazırlanmalıdır. Krizin durumuna göre bu seçeneklerden birisi seçilerek iletişim planı basına verilmelidir.
- **İşletmelerdeki Bilgilendirme:** İşletmenin tüm ana görevlilerinin krize yönelik mesajları zamanında almalarını sağlamaktır.
- **Bilgi Akış Kanalının Belirlenmesi:** Tüm medya mensupları doğrudan üst yönetime ulaşmak isterler. Medyaya bilgilerin nasıl, nerede ve kim tarafından açıklanacağı belirlenmelidir.

Kriz mesaj stratejisinin belirlenmesinde krize, organizasyona ve gündeme yönelik bilgiler yardımcı olacaktır. Stratejinin belirlenmesinde hedef kitle ele alınır. Hedef kitlenin özellikleri krizin tipi, delillerin ve tanıkların ulaşılabilirliği, organizasyonun gücü ve yasal konular da etkili olacaktır.

Coombs tarafından, kriz iletişimi için belirlenecek stratejilere yönelik bir model geliştirmiştir. Bu stratejiler (Coombs, 1999);

- **Yağcı Stratejisi:** Biz son derece güvenilir bir hastaneyiz ve bizim birinci önceliğimiz hastalarımıza en iyi hizmeti sunmaktır. Uzun yıllar boyunca başarılı bir geçmişimiz var. Geçmişte yaptığımız tüm iyi işler bizim hastalarımız ve diğer tüm paydaşlarımızla ilgilendiğimizi göstermektedir. Bizi destekleyen herkese teşekkür ederiz.
- **Tam Özür Stratejisi:** Bu olay nedeniyle son derece rahatsızız. Bu olaydan doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak etkilenen herkesten özür dileriz. Biz bu olayın tüm

- sorumluluğunu alıyoruz ve tazminatını ödeyeceğiz. Bu hastanede gelecekte böyle bir olayın olmayacağına söz veriyoruz.
- **Gerekçelendirme stratejisi:** Hastanemiz bu olayın sorumluluğunu kabul etmektedir. Bu olay ciddi bir hasar yaratmamıştır ve potansiyel hastalarımız için herhangi bir tehdit söz konusu değildir. Bu nedenle, olayın şiddeti gazetede tanımlandığından daha küçüktür.
 - **Düzeltilici önlem stratejisi:** Hastanemiz gelecekte benzer olayların yaşanmaması için gerekli tüm tedbirleri ve düzeltilici önlemleri alacaktır. Hastane yönetimi sorumlu kişileri bulmak için gerekli soruşturma başlatmıştır. Bu olayın nedeni belirlenene kadar çalışacağız ve gelecekte benzer bir olayın yaşanmaması için gerekli adımları atacağız.
 - **İnkâr stratejisi:** Hastanemizde böyle bir olay gerçekleşmemiştir. Bizim hastanemiz, tüm kural ve prosedürleri ciddi bir şekilde uyguladığı için böyle bir olayda rol almak hastanemiz için mümkün değildir. Hastanemizin herhangi bir suçu yoktur ve bu tarz iddiaların hiçbirini kabul etmeyiz.
 - **Mazeret sunma stratejisi:** Hastanemizde böyle bir olay olduğunu kabul ediyoruz ancak bu hastanenin sorumluluğunda değildir. Hastanemizin hastaya yanlış teşhis konulması ile ilgili bir kontrolü yoktur. Bu sadece bazı çalışanların hatasıdır, hastanenin suçu değildir ve biz onların davranışları yüzünden özür dileriz.
 - **Yok sayan strateji:** Hastanemizin herhangi bir hatası yoktur ve bu iddiaları kabul etmiyoruz. Muhabir, olayı çarpıtmıştır, doğru bilgileri toplamak yerine göz önüne gelmek için haksızca haber düzenlemiştir. Gazetenin yalan haber yaptığını ortaya çıkaracağız ve avukatlarımız hastanemizin haklarını korumak için tüm yasal önlemleri alacaktır.

2. Yöntem

Tanımlayıcı türde bir araştırma niteliği taşıyan bu çalışmanın evrenini Ankara’ da bulunan bir vakıf üniversitesi hastanesinde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Hastanede toplam 281 doktor çalışmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmeden tüm hekimler araştırma kapsamına alınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden 111 hekime anket uygulanmıştır. Çalışmada kullanılan veri toplama aracı literatür taraması sonucunda hazırlanan toplam 14 sorudan ve 2 bölümden oluşan bir anket formudur. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların tanımlayıcı bilgilerini belirlemeye yönelik 7 soruya yer verilmiştir. İkinci bölümde yer alan sorular katılımcıların çalıştıkları kurumdaki krize hazır olma ve kriz yönetimiyle ilgili çalışmalarını ve genel olarak kriz yönetimiyle ilgili bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik olarak senaryo tekniği ile hazırlanmıştır ve toplamda 7 sorudan oluşmaktadır. Çalışmada elde edilen anket sonuçları SPSS 18.0 paket programına girilerek, tanımlayıcı istatistiklere ve frekans tablolarına ulaşılarak sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA 14/82) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin % 50,5’ i erkek, % 49,5’ i kadındır. Tablo 1’de araştırmaya katılan hekimlerin göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin mesleki özelliklerine ve yöneticilik deneyimlerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde(%)
	Pratisyen hekim	2	1,8
Pozisyon	Asistan hekim	34	30,9
	Uzman hekim	74	67,3
	Dâhili	74	66,7
Branş	Cerrahi	28	25,2
	Temel tıp bilimleri	9	8,1
Yöneticilik deneyimi	Evet	35	31,8
	Hayır	75	68,2

Tablo 2’de araştırmaya katılan hekimlerin hastanede en sık karşılaştıkları kriz durumları gösterilmektedir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Kriz Durumlarıyla Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı

	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta/hasta yakını saldırısı	62	55,9	27	24,3	22	19,8
İş kazası	51	45,9	32	28,8	28	25,2
Araç ve gereçlerde ani bozulma	59	53,2	35	31,5	16	14,4
Bilgisayar sistemlerinin çökmesi	46	41,4	49	44,1	16	14,4

Araştırmaya katılan hekimler çalıştıkları hastanede en çok; % 55,9 hasta/ hasta yakını saldırısı, % 53, 2 araç ve gereçlerde ani bozulma, % 45, 9 iş kazası, %41, 4 bilgisayar sistemlerinin çökmesi ve de % 39, 6 ani ve yoğun yaralı hasta kabulü ile karşılaşmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin kriz durumunda medyanın sorularının kim tarafından yanıtlanacağına ilişkin görüşlerini belirlemek üzere aşağıdaki örnek olay sunulmuştur. Tablo 3’de hekimlerin yanıtlarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Örnek Olay: Bebekte hastane enfeksiyonu görüldü-SES, Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesinde yatan bir bebeğin kanında hastane enfeksiyonu görüldüğünü açıkladı. Hastanede yaşamını yitiren bebek sayısının 28'e yükseldiği de iddia edildi.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Medyanın Sorularının Kim Tarafından Yanıtlayacağına İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Başhekim	85	78
Hastane sözcüsü	11	10,1
Sadece doktorlar ve cerrahlar	7	6,4
Hastanede çalışan herhangi biri	1	0,9
Bilmiyorum	5	4,6
Diğer	1	0,9
Toplam	109	100,0

Araştırmaya katılan hekimlerin kriz durumlarında hastanenin sorumluluğu hakkında görüşlerini belirlemek üzere aşağıdaki örnek olay sunulmuş ve Tablo 4’de gösterilen yanıtlara ulaşılmıştır.

Örnek Olay: Bağcılar’da Doktora Şiddet İddiası- Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Cerrahi Bölümü’nde hasta yakınları tarafından darp edildiği iddia edilen doktorun omzu çıktı.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Kriz Anında Hastane Sorumluluğu Hakkında Düşüncelerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
	Sorumludur		Sorumlu değildir	
Hastane	93	86,1	15	13,9
	Düşüktür		Yüksektir	
Hastanenin sorumluluk düzeyi	20	18,7	87	81,3
	Hatasıdır		Hatası değildir	
Hastanenin	54	53,5	47	46,5

Araştırmaya katılan hekimlerin kriz durumunda medya ile iletişimlerini değerlendirmek üzere aşağıdaki örnek olay sunulmuştur. Tablo 5’de hekimlerin yanıtlarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Örnek Olay: Bakırköy'de hastanede patlama!- Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin servis katında korkutan bir patlama meydana geldi.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Örnek Olay Karşısında Arayan Muhabire Yanıt Verme Durumlarına Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Muhabire bildiklerimi anlatırım	6	5,4
Kim olduğumun bilinmemesi şartıyla bilgi verirdim	3	2,7
Muhabiri halkla ilişkiler departmanına yönlendirirdim	85	76,6
Olayla ilgili ön bilgi verirdim fakat ayrıntıya girmezdim	10	9,0
Diğer	7	6,3
Toplam	111	100,0

Araştırmaya katılan hekimlerin hastane kriz yönetim stratejisi ile ilgili düşüncelerini belirlemek üzere aşağıdaki örnek olay sunulmuş ve Tablo 6'da gösterilen yanıtlara ulaşılmıştır.

Örnek Olay: AMATEM'de idrar skandalı- Uyuşturucu bağımlılarının tedavisinin yapıldığı AMATEM'de temiz idrarlı dublör kullanılıyor. Bağımlı vücudundaki düzeneğe yerleştirdiği temiz idrarı denetimlerde kuruma veriyor.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastane Kriz Yönetimi Stratejisi İle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Benim çalıştığım hastanede üst düzey güvenlik sağlandığı için böyle bir olay yaşanmaz.	30	28,3
Hastane yönetiminin gerekli tedbirleri alacağını bildiğim için olayı şanssızlık olarak değerlendirir, üzerinde durmazdım.	49	46,2
Böyle bir skandalın yaşandığı hastanede çalıştığım için üzülürdüm.	17	16,0
Diğer	10	9,4
Toplam	106	100,0

Araştırmaya katılan hekimlerin hastane kriz iletişim stratejisi ile ilgili düşüncelerini belirlemek üzere aşağıdaki örnek olay sunulmuş ve Tablo 7'de gösterilen yanıtlara ulaşılmıştır.

Örnek Olay: “ 2.5 Aylık Emir Kerem İçin 'Yanlış Teşhis Kurbanı Oldu' İddiası-Osmaniye'nin Kadirli ilçesinde yaşayan Uğur ve Sema Çapraz çifti, rahatsızlanan 2,5 aylık bebeklerinin Adana'da özel bir hastanede yanlış teşhisten dolayı hayatını kaybettiğini iddia etti.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastane Kriz İletişim Stratejisini Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yağcı Strateji	18	16,5
Tam Özür Stratejisi	14	12,8
Gereçlendirme Stratejisi	4	3,7
Düzeltilici Önlem Stratejisi	61	56,0
İnkâr Stratejisi	5	4,6
Mazeret Sunma Stratejisi	4	3,7
Yok Sayan Strateji	3	2,8
Toplam	109	100,0

4. Tartışma ve Sonuç

Ankara'da bulunan bir vakıf üniversitesi hastanesinde çalışan doktorların hastane kriz yönetim süreçlerini değerlendirmesi amacıyla yapılan çalışmada, hastanede çalışan 111 doktora anket uygulanmıştır.

Çalışma bulgularından hastanede krizlere gösterilecek tepkilerin, önceden organize olmuş ve planlanmış yapısal bir sistem yerine, o andaki durumun gerçekleştireceği birim veya kişi tarafından gösterileceği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda başta çalışma yapılan hastane olmak üzere tüm hastaneler için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

Hastanede en çok karşılaşılan kriz durumları dikkate alınarak gerekli önleyici faaliyetler başlatılmalı ve en kısa sürede çözüme ulaştırılmalıdır. Bunlara yönelik erken uyarı sinyalleri alınmalı, güvenlik önlemleri artırılmalı, teknolojik cihazların düzenli olarak sıkı kontrolleri yapılmalı, ani ve yoğun yaralı hasta geldiği anda kimin ne yapması gerektiğinin çok iyi biliniyor olması gerekmekte ve bunun için gerekli kişiler bilgilendirilmelidir.

Kurum içerisinde kriz tanımını tüm personel tam olarak bilmelidir. Özellikle hastane yöneticileri kriz yönetimini doğru bir biçimde bilmeli ve uygulamalarını eksiksiz bir biçimde tamamlamalıdır. Oluşabilecek krizlere anında müdahale edebilmek için kriz yönetim ekibi ve kriz rehberi hazır bulundurulmalıdır. Bir kriz esnasında içeriden ve dışarıdan uyarılması gereken herkesin bu listeye eklenmesi gerekmektedir. Hastane yönetimi, kriz yönetim planlarını düzenli olarak güncellemelidir. Kriz yönetim ekibi oluşturulurken görevleri ve kriz



anında yapılacak olan uygulamaları detaylı bir biçimde açıklanmalıdır. Personelin krize hazırlıklı olabilmesi için eğitime önem verilmelidir.

Hastanelerde, kriz yönetim araçları kullanılmalıdır. Hastanelerde kriz durumunu kolaylaştırmak için durum ihtiyaç planı hazırlanabilir. Bu plan hazırlanırken ihtiyaç duyulabilecek kaynaklar hastane yönetimi tarafından belirlenmelidir.

Hastane yönetiminin, kriz iletişim planı oluşturarak hekimler ve tüm sağlık personeline eğitim vermesi gerekmektedir. Çünkü kriz göz ardı edilebilecek bir olay değildir. Başta doktorlar olmak üzere tüm kurum personeline bu konuda gerekli bilgi aktarılmalı, olağan bir kriz anında da herkes ne yapması gerektiğini bilerek davranmalı ve bu sayede kurumun imajının sarsılması önlenmelidir.

Kaynaklar

- 1.AÇIKGÖZ, B. (2009), Kriz Yönetimi Ve Yapbozun Kayıp Parçası: Kriz Öncesinde, Sırasında Ve Sonrasında İletişim, Kamu-İş; 10 (3),s. 241-263.
- 2.BAYDAŞ, A., ÖZYILMAZ, A., BAKAN, İ. (2011), Kriz ve Kriz Yönetimi, Çağdaş Yönetim Yaklaşımları İlkeler, Kavramlar ve Yaklaşımlar, ED. Beta Yayıncılık, İstanbul.
- 3.COOMBS, W. T. (1999), Ongoing crisis communication: planning, managing, and responding. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- 4.DOĞAN, K. (2010), Örgütsel Öğrenme ve Kriz Yönetimi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 5.DYER, S.C. (1995), Getting People into the Crisis Communication Plan, Public Relations Quarterly, 40(3),s. 38-41.
- 6.ERSÖZ, F. (2013), Doğal Afetler ve Sağlık Kurumlarının Kriz Yönetimi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş.
- 7.GÜL, A. (2010), İstanbul İlinde Üç Farklı Statüdeki Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kriz ile Karşılaşma Durumları, Kriz Yönetimine Bakışı ve Kişilik Özellikleri, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 8.NAJAFBAGY, R. (2011), The Crisis Management Capabilities and Preparedness of Organizations: A Study of Iranian Hospitals. International Journal of Management, 28(2),s. 573-584.
- 9.ÖRNEK, A.S. (2006), Değişen Çevre Kosullarında Kriz Yönetimi ve Türkiye Bilisim Sektörünü Krize Sürükleyen Nedenler, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(3), s.208-241.
- 10.PRITCHETT, P., ve POUND, R. (2001), İşler Her zamanki Gibi Değil: Kurumsal Değişimi Yönetme ve Gözetme El Kitabı, Çev. A. Kırım, Pritchett Yayınları, 1.Baskı, İstanbul.
- 11.RAY, T (1999), Strategies Communication in Crisis Management Lessons from the Airline Industry, Quorum Boks, Westport.
- 12.TUTAR, H. (2000), Kriz ve Stres Ortamında Yönetim, Hayat Yayınları, İstanbul.
- 13.TÜZ, M.V. (2004), Kriz ve İşletme Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul.



SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA RİSK YÖNETİMİ VE UYGULAMALARI: ÖZEL KAMU SAĞLIK KURUMLARI ÖRNEĞİ

Murat KORKMAZ*

Ayhan AYTAÇ**

Bülent KILIÇ***

Ali Serdar YÜCEL****

Fikriye TOKER*****

Sefer GÜMÜŞ*****

ÖZET

Hastaneler birçok risk etkenini içinde barındıran sağlık kurumlarıdır. Aynı zamanda sağlık kuruluşu çalışanlarının birçok faaliyeti de risk içermektedir. Risk yönetim süreci ise sağlık kuruluşu bünyesindeki mevcut ya da ortaya çıkabilecek tehlikelerin ve bu tehlikelerin ortaya çıkarılabileceği risklerin proaktif bir yaklaşımla önlenmesi ve değerlendirilmesi faaliyetlerini içerir.

Çalışmada katılımcıların hastane kalitesi ile ilgili olarak risk yönetimi ve uygulamalarına ilişkin görüşlerinin bazı demografik özelliklere göre farklılıklarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu risk turizminin sağlık sektörü içerisinde yeri ve etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın uygulama alanı Türkiye'deki 12 ili kapsamaktadır. Bu bağlamda araştırma çerçevesinde farklı departman ve branşlarda çalışan, farklı alanlarda görev alan sağlık personeline 35 sorudan oluşan ve 5'li likertli sorulardan meydana gelmiş bir anket uygulanmıştır. Anketin güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) .851 bulunmuştur. Araştırma kapsamında toplam 5600 sağlık personeline anketler ulaştırılmış, 2806 anketin geri dönüşü sağlanmıştır. Bu anketlerin ise sadece 1476 adeti analize uygun bulunmuştur. Bu araştırma yaklaşık olarak 13 ay sürmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde faktör analizi, Anova ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Elde edilen veriler PASW Statistic 18 paket programında analiz edilmiştir.

Araştırma sonunda, katılımcı görüşlerinin yaş, eğitim, kurumdaki konum ve kurum tipine göre tüm alt boyutlarda farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca eğitim değişkenine göre, “risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır” ve “Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır” boyutlarında farklılık tespit edilirken, iş tecrübesi boyutuna göre de “Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır” boyutu dışındaki tüm boyutlarda farklılık saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: sağlık, risk, çalışan, kamu, özel, güvenlik, politika, uygulama, personel

*Güven Grup A.Ş. Finans Yönetmeni, İstanbul, Turkey, e-mail: Hakanmuratkorkmaz34@gmail.com

**Trakya Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat A.D. Edirne, Türkiye, e-mail: ayhanaytac@yahoo.com

***Ortopedi Uzmanı, Tekirdağ, Turkey, e-mail: drbulentk@hotmail.com

****Fırat Üniversitesi BESYO, Elazığ, Turkey, e-mail: asyucel@firat.edu.tr

*****Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi A.D. Edirne, Türkiye, e-mail: fikriyetoker@gmail.com

*****Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, e-mail: gumus.sefer@gmail.com

RISK MANAGEMENT AND APPLICATIONS IN HEALTH SECTOR: PRIVATE PUBLIC HEALTH INSTITUTIONS

ABSTRACT

Hospitals are the institutions which include several risk elements. Most activities of the staff also have risks. Risk management includes the activities to avoid and evaluate the risks, which might be experienced because of the current or potential problems and risk elements, with a proactive method in a health sector

The study aims at finding the different views of the participants due to some demographical characteristics in health sector. The study contains 12 cities in Turkey. Within this frame, a questionnaire composed of 35 questions prepared in 5 point likert scale has been used for the health staff working at different departments and fields. The reliability value of (Cronbach's Alpha) has been .851. In the study, questionnaires have been distributed to 5600 health staff, and 2806 questionnaires have been answered. However, only 1476 of them has been found reliable for the study. The research has continued approximately for 13 months. In the analysis, factor analysis, Anova and regression analyses have been used. Data got from the study have been analysed with PASW Statistic 18 program.

At the end of the study, it has been found out that views of the participants have been different in all sub dimensions according to the gender, education, position at the institution and the type of the institution. According to the education variable, there have been some differences in “investing for risk management is significant” and “Inspection during the service should be regular” dimensions; according to the work experience, differences have been found in all dimensions except for “Inspection during the service should be regular” dimension.

Key Words: Health, Risk, Staff, State, Private, Security, Policy, Application, Personnel

1. Giriş

Son yıllardaki devinimli ve değişken çevresel şartlar örgütleri, sürdürülebilir başarının sağlanması açısından tehdit etmekte ve yöneticileri farklı sorunlarla yüz yüze getirmektedir (Skerlavaj, vd., 2010: 6390). Bu durum tüm sektörler gibi sağlık sektörü için de önemli bir geçektir (Aksay ve Orhan, 2012).

Örgütlerin ayakta kalması üzerindeki hayati önemine karşın yeniliklerin başarılı olabilmesi ve yeni fikirler ortaya çıkarılabilmesi için örgütün ve örgütün tüm kademelerinde yer alan çalışanların zaman zaman riske girmeleri gerekebilmektedir (Claver ve diğ., 1998: 59). Webster riski bir kayıp ya da zarar olasılığı olarak tanımlamaktadır (Byers ve White, 2004: 299).

Günümüzde sağlık hizmetleri giderek daha karmaşık bir yapıya dönüşmektedir. Sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, sosyal hayatın karmaşıklaşması, hizmet veren sağlık çalışanlarının çeşitliliği, hastalık oluşturan faktörlerin fazlalığı gibi faktörler neticesinde hasta ve çalışan güvenliği konusu önem derecesi gittikçe artan bir süreç haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri temelinde tedavi etmeyi ve zarar vermemeyi hedefler. Ancak hizmet sunumu sürecinde ortaya çıkabilecek riskler nedeniyle hem hastalar hem de çalışanlar zarar görebilmektedirler (Çakır,2007:128).

Sağlık hizmetlerinin sunumu da yangın, deprem gibi felaketlerden aşağı kalmayacak düzeyde risk içermektedir. Hizmetin sunumunda oluşabilecek riskler hastaları, çalışanları ve ziyaretçileri tehdit etmektedir. 50 yıldan fazla süredir endüstri sektörü için önem arz eden risk yönetimi, sağlık hizmetinin bu özelliğinden dolayı 1970’li yıllarda hastane yönetimi alanına girmiştir (Aksay, 2003: 15-16).

Risk Yönetimi: Riskleri tanımlamayı, değerlendirmeyi, onlara karşı yürütülecek faaliyetleri belirlemeyi, sorumlulukları tayin etmeyi, belirlenen faaliyetleri uygulamayı ve bunları izlemeyi ve sonuçlarını gözden geçirmeyi kapsayan bütün süreçlerdir (<http://www.seydisehirhdh.gov.tr/kalite/e18.pdf>).

Hastanelerde Risk Yönetimi: Hasta bakım kalitesini iyileştirmeye çalışan ve hasta ve çalışan güvenliğini olabildiğince üst düzeyde tutmayı amaçlayan, bu amaca engel olabilecek olumsuz unsurları birer risk olarak belirleyip analiz eden ve gerekli önlemleri alan süreçlerdir (<http://www.seydisehirhdh.gov.tr/kalite/e18.pdf>).

Bir başka ifadeyle sağlık kurumlarında risk yönetimi, kurumun finansal durumunu tehdit eden risklere karşı kurumu koruyacak; sağlık açısından hastaları, ziyaretçileri ve de çalışanları zarara uğratabilecek risklere karşı farkındalık seviyesini yükseltecek örgütsel bir fonksiyondur (Byers ve White, 2004: 300).

Sur’a (2008: 13) göre risk yönetimi, “belirli bir düzende maddi veya manevi kayıp olasılığının planlı olarak en aza indirilmesi veya yok edilmesidir” (Sur, 2008).

Hastane işletmeciliğinde risk yönetimi ise hasta bakım kalitesini iyileştirmeye çalışan ve hasta ve çalışan güvenliğini olabildiğince üst düzeyde tutmayı amaçlayan, bu amaca engel olabilecek olumsuz unsurları birer risk olarak belirleyip analiz eden ve gerekli önlemleri alan süreçlerdir. (İncesu vd., 2013).

Hastanelerde risk yönetiminin hedefi, hastalar, ziyaretçiler ve sağlık çalışanları için güvenli ve etkin bir sağlık hizmeti çevresi kurmak ve böylelikle örgütün olası kayıplarını önlemek veya azaltmaktır. Risk yönetimi, 2000’li yılların başından itibaren özellikle kanun koyucuların hasta güvenliği üzerine yoğunlaşmaları ile birlikte, sağlık hizmeti sunumunun önemli bir parçası olmuştur (Carroll, 2001: 18).

Risk yönetiminin öncelikli fonksiyonları hastanenin tümünü kapsayan bir koordinasyon, kayıp önleme faaliyeti ve düzeltici aktivitelerdir. Başka bir deyişle bu sistem sağlık kurumunun hastalar, ziyaretçiler ve çalışanlar üzerinden yükümlülüklerini azaltacaktır. Sistemin başka bir artısı ise kurumda meydana gelecek olay ve/veya kazaların güvenli bir şekilde raporlanmasını sağlamasıdır (Griffin, 2006: 193).

Son yıllarda hastane sağlık çalışanları arasında meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunları giderek artmaktadır. Hastane yönetimlerinin, öncelikle çalışanlarının sağlığının geliştirilmesi ve hastalıklarının önlenmesi konusunda duyarlı olması gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin zamana karşı yarışması ve daha kısa sürede daha çok kişiye teşhis, tedavi ve bakım hizmeti vermek zorunda kalmaları, kendilerini baskı altında hissetmelerine, bunun sonucu olarak da karar ve uygulamalarda yanlışa veya hataya düşmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca herhangi bir hata söz konusu olmasa bile sağlık hizmetleri, doğası gereği yüksek oranda risk içermektedir (Aksay vd., 2012).

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler; biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyal olmak üzere gruplandırılmış olup (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Özkan’ın belirttiğine göre (2005) NIOSH, hastanelerde 29 tip fiziksel, 25 tip kimyasal, 24 tip biyolojik, altı tip ergonomik ve 10 tip psikososyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir.

Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2014-2018 stratejik planı içerisinde yer alan stratejik amaçlar arasında kurumsal risk yönetimi anlayışına geçişin sağlanması maddesi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014-2018 stratejik planı, 2014).

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak; çalışanın yaşamdan beklenen süresini uzatması, işten kaynaklı korunulabilir sağlık sorunlarını önlemesi, mevcut hastalıkların yükünü azaltması, çalışanın çalışma etkinliğini artırması, ekonomik bağımsızlığını ve işe devamlılığını sağlaması, çalışma yaşamının niteliğini artırması gibi pek çok yarara sahiptir (WHO, 2001).

NIOSH (Ulusal İşçi Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü - National Institute for Occupational Safety and Health), sağlıklı ve güvenli hastane ortamını “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, bunlara bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamaktadır (Öztürk vd., 2012). Bu nedenlerle hastanelerde; çalışma ortamında bulunan tehlikeli durumlar için önlem alınması, çalışma koşullarından kaynaklanan her türlü tehlike ve risklerin azaltılması ve insan sağlığını etkilemeyecek seviyeye düşürülmesi gerekmektedir (Gül vd., 2013).

Sağlık hizmetlerinde risk yönetimi ve hasta güvenliği kriterleri, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kriterlerinin de önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Gül vd., 2013). Sağlık kuruluşlarının kalitesinin artırılması beraberinde kalite standartları içerisinde risk yönetiminin de etkin bir biçimde uygulanmasına olanak sağlayacaktır.

Geçmiş zamanlarda çoğunlukla sağlık organizasyonlarında risk yönetimi ile kalite geliştirme fonksiyonları ayrı tutulmaktaydı. Bugünlerde ise, risk yönetimi ve kalite geliştirme çabaları, yüksek kalitede hasta güvenliği ve bakımı sağlamak için daha etkin ve etkili çalışma yollarını bir araya getirerek bütünleşme yolundadır. Sağlık organizasyonları risk yönetimi ile kalite çalışmalarını birbirlerine uyarlamaktadır (ECRI, 2009).

Joint Commision International ve Sağlık Bakanlığının çıkardığı hizmet kalite standartları hasta ve çalışan güvenliğine yönelik çıkarılan tebliğ ve ardından çıkarılan yönetmelikle hastanelerde hasta güvenliğinin yanı sıra çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetlere ilişkin kriterlere yer verilmiş, konun önemi ortaya konmuş, kurumsal ve yasal düzenlemelerle hastanelerde iş güvenliği güvenceye altına alınmaya çalışılmıştır (Joint Commision International Accreditation Standarts For Hospitals, 2010; Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından 06 Nisan 2011 tarihinde yürürlüğe giren “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” sonrasında tüm hastanelerin konu ile ilgili farkındalık düzeyi artmıştır. Ayrıca hasta ve çalışan güvenliğine yönelik göstergeler hastane ve sağlık çalışanlarının performans kriterleri arasında da önemli bir yere sahip olmuştur. (Aksay ve Orhan, 2013).

Diğer taraftan ülkemizde, 20.06.2012 tarihinde yürürlüğe giren “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” ve bu kanun kapsamındaki tüm işyerlerini kapsayan “İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği” kapsamında tüm işletmelerin risk seviyeleri açısından tehlike seviyeleri belirlenmiştir. Bu kriterlere göre “insan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyetleri” kapsamında belirtilen hastane hizmetleri “çok tehlikeli” faaliyetler sınıfında yer almaktadır. Bu bağlamda, ilgili kanun ve yönetmelikler gereği çok tehlikeli faaliyetler arasında bulunan hastane hizmetlerinin yürütülmesi esnasında, risk analizlerinin yapılması ve değerlendirilmesi süreci tüm sağlık kurumları açısından da yasal bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu yasal zorunluluğun ortaya çıkması, risklerini analiz etmeyen tüm işletmeler gibi hastane işletmeleri açısından da ayrı bir yaptırım olarak

değerlendirilebilecektir. Bu kanun kapsamında risk analizi sürecini işletmeyen tüm işletmeler, kapatılma ve cezalandırılma riski ile karşı karşıya kalacaklardır (www.csgb.gov.tr).

Sonuç olarak sağlık çalışanları, çalışma ortamından kaynaklanan bir çok önemli risklere maruz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarının bu riskleri ele alacak, önleyecek, değerlendirecek ve izleyecek bir yapıya ihtiyacı vardır. Hastane ortamlarında kurulacak İşyeri Güvenliği ve Sağlığı Birimi bu gereksinimleri giderecek tek yapıdır. Bu yapı içinde görev alacak hemşire, hekim ve diğer ilgili disiplinler riskleri minimize etmede sorumludurlar. Tüm çalışanları işe başlarken ve belirli aralıklarla riskler konusunda bilgilendirme, gerekli önlemleri alma, kurum içinde gereken değişiklikleri yönetimle paylaşma, riskleri değerlendirme, işyeri maruziyetlerini değerlendirme, izleme, bağışıklama programlarını oluşturma, maruziyet sonrası izlemleri yapma, ilgili raporları tutma ve değişiklikleri izleyerek yönetimi sunma ve önerilerde bulunma sorumlulukları arasındadır (Beşer, 2012).

Etkin bir risk yönetimi için liderlik ve çalışanların eğitimi çok önemlidir. Risk yönetimi teknikleri kullanılarak hem hasta güvenliği, hem de kaynakların etkin kullanımı sağlanabilir. Böylece güvenli ve kaliteli hizmet sunumunun yanı sıra aynı zamanda bir işletme olan hastanede oluşabilecek her türlü zararı asgariye indirmek için tüm önlemler alınmış ve oluşabilecek zararların etkisi de olabildiğince azaltılmış olur (Güleç ve Gökmen, 2009: 172).

Riskleri belirlemek ve olası riskleri en aza indirmek ve güvenli bir ortamda sağlık hizmeti sunmak için kurumların önce etkili bir risk yönetimi ve bu yönetimi destekleyecek raporlama sisteminin kurulması gerekmektedir (Çiftlik vd., 2010).

Bu bağlamda hasta ve çalışanların maruz kaldıkları risklerin belirlenmesi, çalışma ortamlarında ortaya çıkabilecek tehlikelerin sınıflandırılması, risklerin değerlendirilmesi ve söz konusu risklerin kontrolünün sağlanması için alınması gereken önlemlerin planlanması gerekmektedir. Çalışma ortamlarının özellikleri dikkate alınarak bölümlere özgü risk değerlendirmelerinin yapılması ve gerekli eylem planlarının yapılarak hayata geçirilmesinin gerekliliği görülmektedir. Hastanelerde risk haritalarının çıkarılması ve bunun sonucunda yapılan iyileştirmeler hasta ve çalışan güvenliğinde önemli olumlu sonuçlara neden olmaktadır. Hasta ve çalışan güvenliğinin sürekli iyileşme felsefesinde sağlanması ve hizmet kalitesinin artırılmasında risk yönetiminin önemi aşikardır.

Risk yönetimi, sadece istemdeki hataları önleyerek hasta güvenliğini sağlayan bir program değil, aynı zamanda yapılan hatalardan ders alarak sağlık hizmeti verenleri ve kurumları da koruyan proaktif bir yaklaşımdır. Hastanelerde güvenlik ve kalitenin sağlanmasının bir basamağıdır. Yapılan yanlışlardan ders alınması risk yönetimi için ön koşuldur. Bir diğer ön koşul da, hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasının gerekliliğidir. Bununla birlikte, hastanelerde risk yönetimi, üst yönetimden başlayarak tüm çalışanların gündeminde olması gereken bir konudur.

Son dönemde yürürlüğe konan yasal yükümlülükler ile risk kontrolü ve kalite odaklı yaklaşımlar gereği hastanelerde risk yöneticisi kadrosu oluşturulmalıdır. Gelişmiş ülke örneklerine de bakıldığında hastanelerin yönetim kurullarında bir risk yöneticisine yer verildiği görülecektir. Kurumu her türlü riske karşı korumakla ilintili faaliyetlerin yürütücüsü olacak bu pozisyon daha güvenli bir hizmetin sunulmasında etkili olacaktır.

2. Amaç, Kapsam ve Yöntem

Bu araştırma çerçevesinde Türkiye evreni içerisinde İstanbul, Ankara, İzmir, Tokat, Muğla, Diyarbakır, Batman, Van, Erzurum, Konya, Eskişehir ve Bursa illerinde uygulamalı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma çerçevesinde farklı departman ve branşlarda çalışan başta doktor - hekim, hemşire, teknisyen, laborant, güvenlik personeli, yönetici ve farklı alanlarda görev alan sağlık personeline bir anket yöneltilmiştir. Yöneltilen anket 35 sorudan oluşan ve 5'li likertli sorulardan meydana gelmiş iki bölümlü ölçme aletidir. Bu anket içerisinde yer alan sorular farklı çalışmalardan kullanılan sorulardan uyarlanarak yeni ölçek şeklinde geliştirilmiştir. Ortaya çıkan yeni ölçme aleti "anket" öncelikle bir ön teste tabi tutulmuştur. Ön teste toplam 128 sağlık çalışanı katılım sağlamıştır. Buradan elde edilen bulgular SPSS 18 istatistik programı ile güvenilirlik testine tabi tutulmuş ve 0,782 Alpha kat sayısı elde edilmiştir. Bu sayı ölçme aletinin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir. Daha sonra toplam 5600 sağlık personeline anketler mail ve elden dağıtılarak görüş ve önerilerini talep edilmiştir. Geri dönen anket sayısı 2806 adettir. Fakat bu anketlerin sadece 1476 adeti analize uygun bulunmuştur. Bu araştırma yaklaşık olarak 13 ay sürmüştür.

Değişkenlere ilişkin yapılan analizlerde verilere ilk önce faktör analizi uygulanmıştır. Sorular gruplanarak yapılan faktör analizi sonucu detaylı olarak analizin ileriki bölümlerinde incelenmiştir. Faktör analizinden elde edilen regresyon değerleri Anova analizine alınarak analiz sonuçları elde edilmiştir. Belirtilen testler PASW Statistic 18 paket programı analiz edilmiştir.

2.1. Verilerin Analizi

Anket uygulaması sonucu elde edilen veri seti PASW Statistic 18 (SPSS-Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Analiz kapsamında, güvenilirlik analizi, frekans tabloları, betimleyici istatistikler, faktör analizi ve Anova analizlerinden faydalanılmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1: Ölçeğe İlişkin Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
,851	35

Güvenirlik analizi sonuçlarına bakıldığında analize dâhil edilen 35 maddenin çok yüksek güven düzeyinde olduğu bulunmuştur.

3.1. Demografik İstatistikler

Katılımcılara ait demografik istatistikler incelendiğinde;

- %75'inin kadın, %25'inin erkek olduğu
- %16'sı 18-25, %10'u 26-33, %5'i 34-41, %8'i 42-50, %61'i 51 yaşın üzerinde çıkmıştır.
- %73'ü Evli, %27'si Bekardır.
- %14'ü İlkokul, %9'u İlköğretim, %3'ü lise, %16'sı Üniversite, %39'u yüksek lisans, %18'i doktora uzmanlık düzeyinde eğitime sahiptir.

Tablo 2: Katılımcılara İlişkin Bazı Demografik Özellikler

		Frekans	Sütun N %
Cinsiyet	Kadın	1102	75%
	Erkek	374	25%
Yas	18-25	231	16%
	26-33	154	10%
	34-41	75	5%
	42-50	112	8%
	51+	904	61%
Medeni durum	Evli	1081	73%
	Bekar	395	27%
Eğitim	İlkokul	212	14%
	İlköğretim	133	9%
	Lise	49	3%
	Üniversite	232	16%
	Yüksek lisans	582	39%
	Doktora/uzmanlık	268	18%

Katılımcıların;

- %6'sı 1 yıldan az, %24'ü 1-5 yıl arası, %31'i 6-10 yıl arası, %17'si 11-15 yıl arası, %12'si 16-20 yıl arası, %6'sı 20-25 yıl arası, %4'ü ise 25 yıldan fazla aynı işletmede çalışmaktadır.
- %17'si 1 yıldan az, %40'ı 1-5 yıl arası, %20'si 6-10 yıl arası, %15'i 11-15 yıl arası, %2'si 16-20 yıl arası, %6'sı ise 20 yıldan fazla iş tecrübesine sahiptir.
- %14'ü üst düzey yönetici, %9'u yönetici, %3'ü çalışan, %49'u uzman doktor, %19'u öğretim üyesi, %5'i vasıfsız çalışandır.
- %73'ü kamu, %27'si özel işletmelerde çalışmaktadır.
- %10'u 501-1000 lira, %13'ü 1001-1500 lira, %15'i 1501-2000 lira, %12'si 2001-2500 lira, %13'ü 2501-3000 lira ve %37'si 3000 lira üzerinde aylık gelire sahiptir.

Tablo 3: Katılımcılara İlişkin Bazı Demografik Özellikler

		Frekans	Sütun N %
Kaç yıldır bu işletmede çalışmaktasınız	1 yıldan az	94	6%
	1-5 yıl	349	24%
	6-10 yıl	463	31%
	11-15	257	17%
	16-20	170	12%
	20-25	83	6%
	25+	60	4%
Toplam iş tecrübeniz	1 yıldan az	256	17%
	1-5 yıl	587	40%
	6-10 yıl	299	20%
	11-15	223	15%
	16-20	29	2%
	20 yıldan fazla	82	6%
Kurumdaki konumunuz nedir	Üst düzey yönetici	212	14%
	Yönetici	133	9%
	Çalışan	49	3%
	Uzman Dr.	725	49%
	Öğretim üyesi	278	19%
	Vasıfsız çalışan	79	5%
Hangi kurumda çalışıyorsunuz	Kamu	1081	73%
	Özel	395	27%
Aylık geliriniz	501-1000	151	10%
	1001-1500	187	13%
	1501-2000	227	15%
	2001-2500	173	12%
	2501-3000	197	13%
	3000 ve üstü	541	37%

Katılımcıların verdikleri cevaplar değerlendirilerek faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda aşağıdaki faktörler elde edilmiştir.

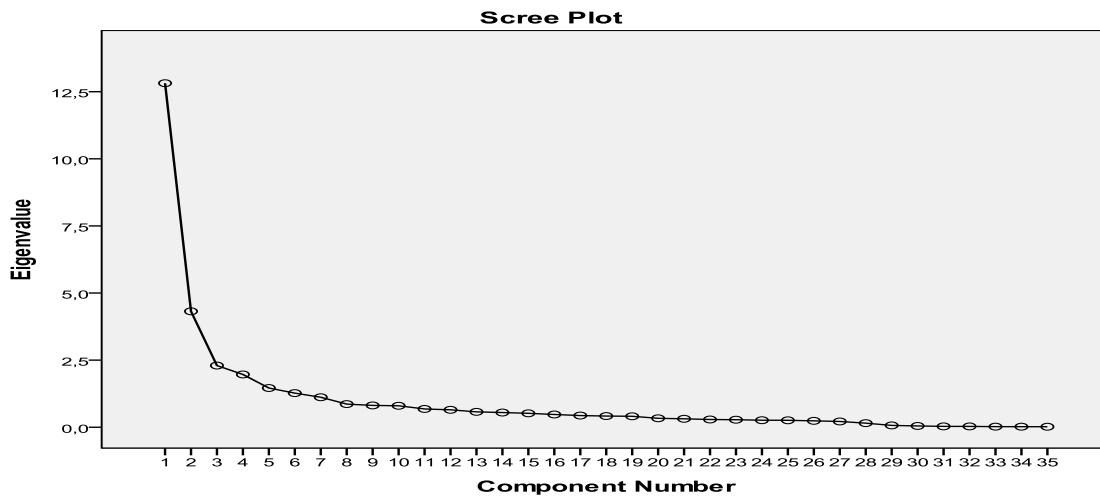
Hastane kalitesi ile ilgili olarak sorulan toplam 35 madde faktör analizi sonrasında kalan 4 faktörel alt boyuta yüklenmiştir

1. Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır
2. Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır
3. Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır
4. Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır

Tablo 4: Ölçeğe İlişkin Faktör Analizi

	Component			
	1	2	3	4
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,864			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,846			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,842			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,829			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,828			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,827			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,821			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,811			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,803			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,793			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,791			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,785			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,750			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,737			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,736			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,698			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,613			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,601			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,552			
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	,482			
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,812		
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,791		
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,733		
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,658		
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,640		
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,640		
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,556		
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır		,549		
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır			,894	
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır			,889	
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır			,404	
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır				,707
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır				,637
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır				,624
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır				,619

Tablo 5: Faktör Analizine İlişkin Scree Plot Grafiği



Tablo 6: Ölçeğe İlişkin Faktör Bileşenleri Matrisi

Component	1	2	3	4
1	,943	,283	,146	,102
2	-,277	,886	,259	-,266
3	-,164	-,067	,731	,659
4	-,088	,361	-,614	,696

3.2.Risk yönetimi faktörleri analizler

H1: Risk yönetimi ölçekleri cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

Cinsiyete göre risk faktörleri ölçeklerine bakıldığında, 2. Ve 4. Madde haricinde bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.
- Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 7: Katılımcıların Risk Yönetim Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Anova Testi

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	Between	771,613	1	771,613	1616,974	,000
	Within Groups	703,387	1474	,477		
	Total	1475,000	1475			
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır	Between	2,954	1	2,954	2,958	,086
	Within Groups	1472,046	1474	,999		
	Total	1475,000	1475			
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır	Between	67,124	1	67,124	70,277	,000
	Within Groups	1407,876	1474	,955		
	Total	1475,000	1475			
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır	Between	,033	1	,033	,033	,856
	Within Groups	1474,967	1474	1,001		
	Total	1475,000	1475			

H2: Risk yönetimi ölçekleri yaşa göre farklılaşmaktadır.

Yaşa göre risk faktörü ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.
- Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.
- Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.
- Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.

Tablo 8: Katılımcıların Risk Yönetim Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Yaşa Değişkenine Göre Anova Testi

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	Between	250,616	4	62,654	75,274	,000
	Within Groups	1224,384	1471	,832		
	Total	1475,000	1475			
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır	Between	45,556	4	11,389	11,720	,000
	Within Groups	1429,444	1471	,972		
	Total	1475,000	1475			
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır	Between	86,921	4	21,730	23,028	,000
	Within Groups	1388,079	1471	,944		
	Total	1475,000	1475			
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır	Between	92,376	4	23,094	24,570	,000
	Within Groups	1382,624	1471	,940		
	Total	1475,000	1475			

H3: Risk yönetimi ölçekleri eğitime göre farklılaşmaktadır.

Eğitime göre risk faktörü ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Risk Yönetim Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Eğitim Değişkenine Göre Anova Testi

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	Between Groups	151,341	5	30,268	33,615	,000
	Within Groups	1323,659	1470	,900		
	Total	1475,000	1475			
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır	Between Groups	79,241	5	15,848	16,691	,000
	Within Groups	1395,759	1470	,949		
	Total	1475,000	1475			
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır	Between Groups	91,666	5	18,333	19,482	,000
	Within Groups	1383,334	1470	,941		
	Total	1475,000	1475			
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır	Between Groups	125,136	5	25,027	27,254	,000
	Within Groups	1349,864	1470	,918		
	Total	1475,000	1475			

H4: Risk yönetimi ölçekleri toplam iş tecrübesine göre farklılaşmaktadır.

Toplam iş tecrübesine göre risk faktörü ölçeklerine bakıldığında, 3. Madde hariç bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır düşüncesi toplam iş tecrübesine göre farklılık göstermektedir.
- Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır düşüncesi toplam iş tecrübesine göre farklılık göstermektedir.
- Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır düşüncesi toplam iş tecrübesine göre farklılık göstermemektedir.
- Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır düşüncesi toplam iş tecrübesine göre farklılık göstermektedir.

Tablo 10: Katılımcıların Risk Yönetim Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin İş Tecrübesi Değişkenine Göre Anova Testi

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	Between Groups	193,952	5	38,790	44,512	,000
	Within Groups	1281,048	1470	,871		
	Total	1475,000	1475			
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır	Between Groups	26,440	5	5,288	5,366	,000
	Within Groups	1448,560	1470	,985		
	Total	1475,000	1475			
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır	Between Groups	9,256	5	1,851	1,857	,099
	Within Groups	1465,744	1470	,997		
	Total	1475,000	1475			
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır	Between Groups	14,977	5	2,995	3,016	,010
	Within Groups	1460,023	1470	,993		
	Total	1475,000	1475			

H5: Risk yönetimi ölçekleri kurumdaki konuma göre farklılaşmaktadır.

Kurumdaki konuma göre risk faktörü ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır düşüncesi kurumdaki konuma göre farklılık göstermektedir.
- Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır düşüncesi kurumdaki konuma göre farklılık göstermektedir.
- Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır düşüncesi kurumdaki konuma göre farklılık göstermektedir.
- Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır düşüncesi kurumdaki konuma göre farklılık göstermektedir.

Tablo 11: Katılımcıların Risk Yönetim Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Kurumdaki Konum Değişkenine Göre Anova Testi

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	Between Groups	332,512	5	66,502	85,566	,000
	Within Groups	1142,488	1470	,777		
	Total	1475,000	1475			
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır	Between Groups	84,634	5	16,927	17,896	,000
	Within Groups	1390,366	1470	,946		
	Total	1475,000	1475			
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır	Between Groups	171,741	5	34,348	38,743	,000
	Within Groups	1303,259	1470	,887		
	Total	1475,000	1475			
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır	Between Groups	130,446	5	26,089	28,523	,000
	Within Groups	1344,554	1470	,915		
	Total	1475,000	1475			

H6: Risk yönetimi ölçekleri kurum tipine göre farklılaşmaktadır.

Kurum tipine göre risk faktörü ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır düşüncesi kurum tipine göre farklılık göstermektedir.
- Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır düşüncesi kurum tipine göre farklılık göstermektedir.
- Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır düşüncesi kurum tipine göre farklılık göstermektedir.
- Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır düşüncesi kurum tipine göre farklılık göstermektedir.

Tablo 12: Katılımcıların Risk Yönetim Ölçeğine İlişkin Görüşlerinin Kurum Türü Değişkenine Göre Anova Testi

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır	Between Groups	527,703	1	527,703	821,110	,000
	Within Groups	947,297	1474	,643		
	Total	1475,000	1475			
Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır	Between Groups	6,100	1	6,100	6,121	,013
	Within Groups	1468,900	1474	,997		
	Total	1475,000	1475			
Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır	Between Groups	158,977	1	158,977	178,060	,000
	Within Groups	1316,023	1474	,893		
	Total	1475,000	1475			
Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır	Between Groups	24,969	1	24,969	25,382	,000
	Within Groups	1450,031	1474	,984		
	Total	1475,000	1475			

4. Sonuç ve Değerlendirme

- Katılımcıların demografisi incelendiğinde; çoğunluğunun kadın, 51 yaşın üzerinde, evli, yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip, 6-10 yıldır aynı işletmede çalışan, 1-5 yıl arasında iş tecrübesine sahip, öğretim üyesi, kamu kurumlarında çalışan ve aylık geliri 3000 lira üzerinde olan kişilerden oluştuğu görülmektedir.
- Faktör analizi sonucu 4 faktör ortaya çıkmıştır.
 - o Risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır
 - o Problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır
 - o Hizmet sırasındaki denetimler artırılmalıdır
 - o Sürekli risk yönetimi uygulanmalıdır
- Cinsiyet, risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır ve Hizmet sırasında denetimler artırılmalıdır faktörlerinde etkilidir.
- Yaş, bütün risk yönetimi faktörleri üzerinde etkilidir.
- Eğitim, bütün risk yönetim faktörleri üzerinde etkilidir.
- Toplam iş tecrübesi, risk yönetimine yönelik yatırım yapılmalıdır, problemleri engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır ve Hizmet sırasında denetimler artırılmalıdır faktörlerinde etkilidir.
- Kurumdaki konum, bütün risk yönetim faktörleri üzerinde etkilidir.
- Kurum tipi, bütün risk yönetim faktörleri üzerinde etkilidir.

Kaynaklar

1. AKSAY, K., F. Orhan and MN. Kurutkan (2012), Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 4: 121-142.
2. AKSAY, K., F. Orhan (2013), Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi, Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2 (3), ss.10-23.
3. AKSAY, K (2003), Hastanelerde Risk Yönetimi ve Bağlantılı Fonksiyonlar: İstanbul Memorial Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
4. BEŞER, A (2012), Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri Ve Yönetimi, DEUHYO ED, 5 (1), 39-44.
5. BYERS, Jacqueline Fowler., V. White, Susan (2004), PatientSafety: Principles and Practice, Springer Publishing Company.
6. CARROLL, Roberta (2001), Risk Management Handbook For Health Care Organizations, Third Edition, Jossey-Bass Inc.
7. CLAVER, E., J. Llopis, D. Garcia, H. Molino (1998), Organizational Culture for Innovation and New Technological Behavior, TheJournal of High Technology Management Research, Cilt: 9, Sayı: 1.
8. ÇAKIR, A (2007), Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
9. ÇİFTLİK, E., O. Kesmezacar, M. Kurt, V. Kesgin, S. Özkan, D. Çoban ve Y. Abalı (2010), Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İle Devlet Hastanelerinde Hasta Güvenliği Kültürü

Algılaması, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri, 28 Nisan-1 Mayıs 2010, Antalya.

10. ECRI Institute, Risk and Quality Management Strategies 4. (2009), Risk Management, Quality Improvement, and Patient Safety, Volume 2.

11. GRIFFIN, D (2006), Hospitals. What They Are and How They Work, Third Edition, Jones and Bartlett Publishers, Inc.

12. GÜL, G., P. Bol ve AE. Erbaycu (2013), Hasta ve çalışan güvenliğinde risk yönetimi: Bir eğitim araştırma hastanesi'nde yapılan risk analizi ve iyileştirmeler, sağlıkta kalite ve performans dergisi, sayı.5.

13. GÜLEÇ, S., H. Gökmen (2009), Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği, 1.Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri,19-21 Mart 2009, Antalya.

14. Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, (2011), Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı 2789.

15. <http://www.cs.gb.gov.tr/cs.gbPortal/cs.gb.portal?page=mevzuat&id=1>, Erişim Tarihi: 03.01.2013.

16. Hastane işletmeciliğinde risk yönetimi el kitapçığı, <http://www.seydisehirdh.gov.tr/kalite/e18.pdf>, Erişim tarihi: 05.07.2014.

17. İNCESU, E., Z. Yüzüak ve M. Güneş (2013), IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi bildirileri, 01-03 Mayıs 2013, Ankara.

18. Joint Commision International Accreditation Standarts For Hospitals, (2010), Standarts Lists Version. USA: Joint Commision International, 193-195.

19. ÖZKAN, Ö (2005), Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike ve Riskleri ile Risk Algılarının Saptanması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

20. ÖZKAN, Ö., ON. Emiroğlu (2006), Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği Hizmetleri, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3): 44.

21. ÖZTÜRK, H., E. Babacan ve EÖ. Anahar (2012), Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 1 (4).

22. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2014), 2014-2018 stratejik planı.

23. SKERLAVAJ, M., JH. Song and Y. Lee (2010), Organizational learning culture, innovative culture and innovations in South Korean firms, Expert Systems with Applications, Volume 37, Issue 9,pp. 6390–6403.

24. SUR, H (2008), Hasta Güvenliği Açısından Risk Yönetimi, Ders Notları, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi.

25. WHO (2001), The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. Eds. Whitaker S, Boguslaw B. http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf.

EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN PLANLANMASI VE ORGANİZASYONU: ETİK İLKE VE UYGULAMALAR KAPSAMINDA BİR DEĞERLENDİRME

Abdullah SOYSAL*

ÖZET

Günümüzde özellikle tıp dünyasındaki gelişmeler ve yaşam kalitesinin artması ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde insanların ortalama yaşam süreleri artmıştır. Bu durum, kronik hastalıklar ve sakatlıklar nedeniyle insanların uzun süreli bakım gerekliliğini beraberinde getirmiştir. Özellikle uzun süreli bakımların hasta, hastane, sağlık çalışanları ve hasta yakınlarını ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak etkilediği söylenebilir. Bu durumu olumlaştırmada bakım devamlılığının önemli bir parçası olan "evde bakım hizmetleri" önemli bir çıkış yolu olarak kendini göstermektedir. Çünkü evde bakım hizmetleri, hastayı hastaneden uzaklaştırıp daha sıcak bir ortamda yakınlarıyla beraber tedavi ederken diğer taraftan maliyet ve ödeme kolaylıklarını da beraberinde getirmektedir. Fakat evde bakım hizmetleri, yeni bir alan olması, bakım hizmetini verecek personelin hasta ve mekanla yaşadığı sorunlar gibi dezavantajlar nedeniyle detaylı planlama, eğitim, organizasyon ve denetim gerektiren riskli organizasyonlardır. Dolayısıyla evde bakım hizmetlerinden beklenen fayda ve çıktının alınabilmesi her şeyden önce bu hizmetlerin profesyonel bir şekilde planlanıp organize edilmesinden geçmektedir. Bunun yanında kurum, çalışan, hasta ve hasta yakınları gibi bu süreçte önemli rol oynayan aktörlerin de bütün faaliyet ve davranışlarında etik ilke ve uygulamalara önem vermesi gerekmektedir. Bu çalışmada, evde bakım hizmetlerinin etik ilke ve uygulamalar çerçevesinde nasıl ve ne şekilde planlanıp organize edileceği konusu üzerinde durularak, tarafların bu hizmeti daha profesyonel bir şekilde yerine getirmesine katkıda bulunma amacı güdülmüştür. Çalışmanın sonucunda ise evde bakım hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde yerine getirilebilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım hizmetleri, Planlama ve organizasyon, Etik ilke ve uygulamalar

*Doç. Dr. Abdullah SOYSAL Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi Bölümü
asoysal@ksu.edu.tr asoysal2005@hotmail.com

PLANNING AND ORGANIZATION OF HOME CARE SERVICES: A REVIEW ON ETHICAL PRINCIPLES AND PRACTICES

ABSTRACT

The average life expectancies of people in developed and developing countries have increased in line with the improved quality of life and developments in the medical world today, in particular. This brought about the necessity of long-term care of people due to chronic diseases and disabilities. It can be said that long-term cares affect patients, hospitals, health care workers and caregivers in economic, social and psychological aspects particularly. The "home care services", which are important in sustaining the care, come forward as an important solution in turning this situation into a favorable one. Because home care services bring about ease of payment and cost while taking patients away from hospitals and treating them in a warmer environment, with their relatives. However, the home care services are risky organizations that require a detailed planning, training, organization and control due to disadvantages such as the problems experienced by the care-giving personnel related to the patient and place. Therefore, these services should be planned and organized in a professional manner in order to obtain the expected benefits and result of the home care services. Besides, all other actors such as the institution, personnel, patients and relatives that play important roles in this process should place emphasis on ethical principles and practices in all of their activities and behaviors. In this study, it is aimed to help parties to perform the home care services in a more professional manner by discussing the ways to plan and organize these services within the framework of ethical principles and practices. And as a result of the study, recommendations have been made in order to fulfill the home care services in a more effective and efficient manner.

Keywords: Home care services, Planning and organization, Ethical principles and practices

Giriş

Evde bakım hizmetleri, sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. (Özer ve Şantaş, 2012: 96). Bu anlamda evde sağlık hizmetleri, genel olarak, bireyin sağlığını korumak, bireyi iyileştirmek ve yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin organize bir şekilde profesyonel bir anlayışla, bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (Başgöl ve diğerleri, 2013).

Her geçen yıl nüfusu yaşlanan dünyada 2050 yılında 60 yaş üzerindeki nüfus ortalamasının % 21 olacağı öngörülmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte sağlık problemlerinin artması da beklenmektedir. Diğer taraftan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Nisan 2010 verilerine göre dünyada 930 milyonun üzerinde kronik hasta olduğu ve yine DSÖ'ye göre sağlık harcamalarının %75-77'sinin kronik hastalıklar için harcandığı belirtilmektedir. Ülkemizde ise 22 milyon civarı kronik hasta olduğu bilinmekte ve Deloitte Araştırma Şirketine göre kronik hastalıklara bağlı sağlık harcamalarımız ise 2000'den 2008'e %73 artmış durumdadır (Karadağ, 2013). Bu kapsamda yaşlanan ve sağlık problemleri artan nüfusun yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutarak hayatlarına devam etmelerinin yolu ise evde sağlık hizmetleri ile sağlanabilir. Ülkemiz henüz genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip olmasına karşın yapılan öngörüler gelecekte hızlı bir şekilde yaşlanacağını ortaya koymaktadır. 65 yaş üstündeki nüfus oranının 2025 yılında yüzde 16 olacağı öngörülmektedir (Başgöl ve diğerleri, 2013).

Bugün evde bakım sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup taburcu olan hastaların yüzde 15-20'si de evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 7,8'dir (Karadağ, 2013).

Bütün bu veriler çerçevesinde günümüzde ve gelecekte evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın her geçen gün artarak devam edeceği söylenebilir. Çünkü evde bakım hizmetleri ile sağlık harcamalarında önemli düşüşler sağlanmakta ve kişinin kendi aile ortamında bakımına imkan verilmektedir. Fakat her ne kadar evde bakım hizmetleri bu faydaları beraberinde getirirse de planlanması ve organizasyonunun çok ciddi bir şekilde ele alınması ve uygulaması gerekmektedir. Özellikle hastanın evinin destek sistemler ile düzenlenmesi, hasta ve ailesinin sosyal düzenleri için gerekli servislerin sağlanması ve sağlık hizmeti sunan profesyonellerin ev ortamındaki iletişim ve koordinasyonu evde bakım organizasyonunda önemlidir. Evde bakımda maliyetlerin kontrol altında tutulabildiği, devamlı eğitimin sağlandığı ve sonuçların ölçüldüğü bir yönetim modeli gereklidir. Evde bakım etik açıdan bakıldığında önemli zorlukları da bünyesinde barındırmaktadır. Sağlık profesyonellerinin uzun süreli bakımlarda hasta ailesi dinamiklerine katılması, hasta ile olan iletişimlerini hastane ortamındaymış gibi devam ettirmeleri, evde bakım hizmetine başlama ve sonlandırma kararını da hasta ailesi ile birlikte alınması gereği bu zorluklardan bazılarıdır (Tanlı ve Utku, 2008: 58).

Bu çalışmada, evde bakım hizmetlerinin etik ilke ve uygulamalar çerçevesinde nasıl ve ne şekilde planlanıp organize edileceği konusu üzerinde durularak, tarafların bu hizmeti daha profesyonel bir şekilde yerine getirmesine katkıda bulunma amacı güdülmüştür. Çalışmanın sonucunda ise evde bakım hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde yerine getirilebilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Kapsamı

Günümüzde sağlık hizmet sunumunda tanı, tedavi, bakım, rehabilitasyon ve ilgili hizmetlerin sunum ve yönetim bütünlüğünün sağlanması gerekliliği entegre bakım kavramını gündeme getirmiştir. Entegre bakım uygulamalarında sisteme dahil edilmesi gereken önemli bir bileşen evde sağlık hizmetleridir. Farklı hastalıklara yönelik evde sağlık hizmetlerinin sunumu (ESH), yaşlı ve özürli bakımı, temel gereksinimlerin karşılanması gibi yaklaşımları içeren evde bakımın hedefleri; evde sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan bireylere aile ortamında sağlık hizmeti sunulması, fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin artırılması, morbidite ve mortalitenin azaltılması; hastaların kendine yetebilir duruma getirilmesi, olumlu sağlık davranışlarının geliştirmesi, sağlık giderlerinin ve hastaneye yatış gerekliliğinin azaltılması ve tüm bu amaçlara yönelik uygulanan medikal tedavi ve bakım hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla sunulmasıdır (Sur, 2012; SBTSHGM, 2011). Bu kapsamda evde bakım, bireyin sağlığını korumak, geliştirmek veya yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Bu anlamda, evde bakım, hem sağlık hizmetlerini hem de sosyal hizmetleri içinde barındırarak, kurum hizmetini geciktiren veya onun yerini alan hizmetlerdir (Turan, 2008: 16).

21. yüzyılda, yaşlı nüfustaki artış trendiyle birlikte artan kronik hastalık yükü, kronik hasta bakımı dışında hastane etkinliğinin artırılması, sağlık harcamalarında maliyet/ etkin yaklaşımlara olan gereksinim, ESH'ye olanak sağlayan teknolojik gelişmeler, hasta ve ailesinin memnuniyeti gibi gerekçelerle Fransa başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde ve Amerika'da uzun yıllar önce sisteme entegre edilmiş olan bu uygulamaların aynı gerekçelerle ulusal sağlık sistemimize entegrasyonu söz konusudur. Türkiye'de ESH sunumu hakkında, 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan



“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ve 01.02.2010 tarihinde yayınlanan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile ESH’lerin uygulama usul ve esasları tanımlanmıştır (SBTSHGM, 2011).

Bakım hizmetleri genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel, sosyal, psikolojik ihtiyaçlarının giderildiği, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerinin artırıldığı bakım türüdür. Dünyada, uzun dönemli kurum bakımının gerek bireyler üzerinde yalnızlaşma, sosyal izolasyon, duygusal çökmürlük, depresyon, yabancılaşma gibi olumsuz etkilere neden olması, gerekse maliyetinin yüksek olması dolayısıyla evde bakım modeline geçilmektedir. Evde bakım hizmetleri, bakıma muhtaç özürülü bireye ve aileye verilen her türlü desteği kapsamaktadır. Evde bakım hizmetinin en temel hedefi, muhtaç bireyin ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak aileye destek vermek ve ailenin işlevselliğini arttırmak, muhtaç bireylerin kendi evlerinde olabildiğince uzun, bağımsız, rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarını ve kurum bakımının olabildiğince geciktirilmesini sağlamaktır. Böylece bir taraftan aile bütünlüğü korunmakta ve aile karşı karşıya olduğu sorunla baş etmekte yalnız olmadığını hissetmekte, diğer taraftan da bakıma muhtaç bireyin daha iyi koşullarda yaşamını sürdürmesi sağlanmaktadır (Yüksek Planlama Kurulu, 2010).

Evde sağlık Hizmeti kapsamına giren hastalar şu şekilde sıralanabilir (Çayır, 2013: 341): Yatağa bağımlı hastalar, terminal dönem kanser hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum sistemi hastalıkları olanlar, fototerapi uygulaması gereken yeni doğan sarılıkları ve evde sağlık hizmeti kapsamına alınan hastaların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmetleri.

Evde sağlık hizmeti üç açıdan sınıflandırılabilir (Turan, 2008: 16-18): Birincisi verilen hizmetin tıbbi veya sosyal hizmet olmasına göre, ikincisi kısa ve uzun süreli olarak süreye göre, üçüncüsü ise, verilen bakımın kimler tarafından verildiğine göre sınıflandırılabilir. Aile bireylerinin veya bu konuda eğitim almamış olan çalışanların verdiği bakım “informal care” olarak adlandırılırken, yarı uzman veya uzman bireylerce verilen profesyonel bakım “formal care” adını almaktadır. Bu bağlamda evde bakım hizmetinin kapsamını oluşturan bakım türleri şu şekilde sıralanabilir (Turan, 2008: 16-18): a) *Evde koruyucu bakım*: Bireyin mevcut hastalıklarına ikincil yeti yitimi gelişmeden önce yapılan müdahalelerle komplikasyon gelişmesinin önlenmesidir. b) *Evde tanı koyucu bakım*: Hastaneye gelemeyen, düşkün, tedaviye uyumu düşük, ruhsal sorunları olan vb hastaların muayene ve tanıların ev ortamında yapılmasıdır. c) *Evde tedavi edici bakım*: (Hospital-at-home) Hastanede yatış sürelerini kısaltmak amaçlı yoğun bakımdan doğrudan eve göndermeye yönelik veya tıbbi durumu nedeniyle yoğun tedavi edici hizmetlere gereksinim duyan, fakat bunu ev ortamında almak isteyen kronik hastalara yönelik verilen hizmetlerdir. d) *Evde rehabilite edici bakım*: Bireyin mevcut tıbbi durumu nedeniyle kaybettiği yaşamsal yetileri en kısa sürede yeniden kazanmasına yönelik girişimlerdir. Bu şekilde bireyin bağımsızlığı ve sosyo-ekonomik yaşama en kısa sürede dönmesi amaçlanır. e) *Evde uzun süreli bakım*: Kronik hastalıkların ve sakat bireylerin özürüllük hali geliştikten sonra ihtiyaçları olan bakımın sağlanmasıdır. Tıbbi veya sosyal hizmet ağırlıklı olabilir. Sıklıkla günlük yaşam aktivitelerine yönelik sosyal desteği içerir. f) *Evde hospis bakımı*: AIDS, kanser vb. hastalıklar nedeniyle yaşamlarının son dönemlerinde olan hastalar için evlerinde yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerdir.

Tedavi edici olmaktan çok palyatif önlemlerdir. Hastanın sağlık sorunu sonucunda ortaya çıkan sorunları gidermeye yöneliktir.

Evde Sağlık Hizmetinin Avantaj ve Dezavantajları

Evlerde sağlık bakımının yıllardır yurt dışında da görülen en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi huzurlu ortamında, ailesi ile beraberken bakımına olanak vermesidir. Bunların yanında bu hizmetin yararlarını şöyle sıralayabiliriz (Aydın, 2005: 20; Başgül ve diğerleri, 2013): a. Sağlık hizmetinin halkın ayağına getirilmesi, b. Kişiye özel bir bakım sağlanması, c. Bakım alan aileyi bir arada tutması, d. İyileşmeyi hızlandırması, e. Bakım maliyetlerini düşürmesi, f. Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz, kaliteli ve standart hizmet sağlanması, g. Hasta ve yakınlarına bakım konusunda eğitimi de içermesi, h. Yalnızca yaşama yıllar değil, yıllara da yaşam katması, ı. Zamandan tasarruf sağlanması, i. En üst düzeyde bağımsızlık sağlanması, j. Yaşam kalitesini yükseltmesi. Diğer taraftan evde sağlık hizmetinin dezavantajları ise şu şekilde sıralanabilir (Turan, 2008: 20-21): a) Destek sistemlerinin kişinin evinin içine girmesi ile bakım alan kişi, özel hayatına müdahale ediliyormuş hissine kapılabilir. b) Özellikle ağır klinik durumda olan hastalar, evlerinde çok sayıda tıbbi teknolojik cihazın varlığından rahatsız olabilir. c) Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonelin bulunmayışı kurum bakımına göre bir dezavantaj olabilir. d) Özellikle yüksek teknolojiye sahip cihazların kullanımı için personelin iyi eğitilmiş olması gerekmektedir. İyi eğitilmemiş personel var olan tıbbi sorunlara yenilerini ekleyebilir. e) Evde bakım hizmeti verilirken birbiri ile iç içe geçmiş farklı uygulamalar söz konusudur. Bunların birbiri ile uyumlu entegrasyonu, detaylı bir eğitim programını, yakın bir kontrol mekanizmasını gerektirir. f) Evde bakım verecek personelin güvenliği sağlanamayabilir. g) Ev ortamında açığa çıkan tıbbi atıkların yok edilmesinde sorunlar yaşanabilir, ek önlemler alınması gerekebilir.

Evde Bakım Hizmetlerinde Sorunlar

Tüm alternatif hizmetler gibi evde sağlık hizmetleri uygulamasında da bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde sağlık hizmetleri, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır. Evde sağlık hizmetlerini verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliğini azaltmakta ve hizmet sunumunu zorlaştırabilmektedir. Kimi zaman da sağlık personeli, hasta ve aile arasında etkili iletişim kurulamayabilir. Aile fertlerinin sürekli bir hasta ile birlikte olmasının yarattığı gerginlik bu iletişimin kurulmasını zorlaştırabilir. Ayrıca sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde sağlık hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır. Diğer taraftan evde sağlık hizmetlerinin mesai saati dışında verilmemesi, hasta ve yakınlarının mağdur olmasına sebep olmaktadır. Hastanın mesai dışında yapılması gereken tedavileri aksamaktadır ve bundan dolayı verilen hizmet eksik kalmakta, amacına tam olarak ulaşmamaktadır. Ancak sistemin yeni olması, personel, araç ve diğer eksiklikler göz önüne alındığında evde sağlık hizmetinin mesai saatleri içerisinde verilmesini, sistemin işleyişi açısından şuanda doğru bir uygulama olarak görebiliriz. Gelecekte aksaklıkların ve eksikliklerin giderilerek bu hizmetin mesai dışında da verilmesi, hasta ve yakınlarının mağduriyetinin giderilmesi açısından önem taşımaktadır. (Başgül ve diğerleri, 2013). Günlük zarurî ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayamayan, değişik derecelerde de olsa aile bireylerinin yardımına ve bakımına sürekli muhtaç olan



bireyler ve bu bireylerin aileleri açısından sosyal dışlanma riski oldukça yüksektir. Ancak ülkemizdeki sosyal hizmetler sistemi, bakıma muhtaç bireylere planlı ve programlı bir bakım hizmet modeli sunamamakta ve özürünün bakım ve korunma ihtiyacını karşılayan ailesinin desteklenmesinde yetersiz kalmaktadır. Bunun yanı sıra, ülke nüfusunun giderek yaşlanmakta olması, yaşlılığa bağlı özürülük sorununu ileride daha da ciddi boyutlara getirmesi beklenmektedir. Bakım hizmetleri konusunda ülkemizdeki temel sorunlar şunlardır (Yüksek Planlama Kurulu, 2010: 6):

a. Evde bakım hizmetlerinin yetersizliği: Ülkemizde sosyal hizmetler sisteminin genel olarak kurum bakımı olarak adlandırılan bir örgütlenme içerisinde bulunmasından dolayı evde bakım ve gündüzlü hizmetler yeterince gelişmemiştir. Bu nedenle bakıma muhtaç bireylerin fiziksel, sosyal, kültürel özellikleri, alışkanlıkları, istek ve beklentileri doğrultusunda, çağdaş bakım modelleri uygulamaya aktarılamamıştır. Ayrıca, mevcut sistemde evde bakım hizmeti tıbbi bakım, rehabilitasyon ve bakıcı eğitimi hususlarını tam olarak içermemekte evde bakım uygulamalarının uluslararası normlar da dikkate alınarak yapılandırılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, mevcut durumda evde bakım hizmeti veren aile bireylerinin ihtiyaç duydukları zamanlarda bakım hizmetini süreli olarak alacakları bir mekanizmanın bulunmaması bu kişilerin günlük ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamalarında önemli bir engeldir.

b. Kurumsal bakım hizmet sunumundaki eksiklikler: Ülkemizde mevcut durumda ruh sağlığı bozulan bireylere yönelik olarak, tıbbi tedavi sonrasında rehabilitasyon ve bakımlarının sağlanması hususunda hizmet sunacak yatılı ve/veya gündüzlü resmi ve/veya özel yüksek güvenilirlikli merkezler ile sağlık kurumları bulunmamaktadır. Ayrıca bakım hizmetlerinin daha etkili, ihtiyaca cevap verir ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için bakım hizmeti sunan özel bakım merkezlerinin niteliğinin artırılması ihtiyacı bulunmaktadır.

c. Bakım hizmetleri konusundaki eğitim eksikliği: Ülkemizde bazı sınırlı sayıda kurumların verdiği sertifika programları dışında bakım hizmetlerini sunan bakım personeline yönelik mesleki eğitim ve psikolojik destek hususları bugüne kadar düzenlenmemiştir. Bu durum bakım hizmetlerinin niteliğini, etkinliğini, verimliliğini ve sürekliliğini engellemektedir. Bugüne kadar bu hizmetleri verecek personel, standart bir mesleki eğitim programı almadan istihdam edildiği için bakım hizmetleri alanının nitel ve nicel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmıştır. Bunun yanı sıra, ağır özürsü bulunan ailelere bakım hizmetleri konusunda sunulan, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini içeren eğitim ve bilinçlendirme hizmetleri yetersiz kalmaktadır.

d. Bakım ve rehabilite edici destek teknolojilerinin yetersizliği: Özürülüler için destek teknolojileri; özürülü bireyin bağımsız olarak yaşamasına izin veren, işlerinin daha kolay, daha az enerji ve zaman harcanarak yapılmasını sağlayan teknolojilerdir. Bugün ülkemizde özürülü bireyler için teknoloji üretimi ve kullanımı istenilen düzeyde değildir. Bu nedenle, her özür grubuna ve yaşa göre kullanıcının yetenek ve kapasitesini en üst düzeye çıkaracak; güvenli, emniyetli, rahat ve etkin kullanılacak şekilde destek teknolojilerinin geliştirilmesi ve üretilmesi, bu alanda yurt dışında yaşanan gelişmelerin takip edilmesi ve ülkemiz şartlarına uyarlanarak yaygınlaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

e. Tüm nüfusu kapsayan bir bakım güvence sisteminin bulunmaması: Mevcut durumda bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan evde bakım hizmetinden sadece ekonomik yoksunluk içindeki ağır özürülüler, karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Ancak, bakıma muhtaçlık durumu ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. Söz konusu riske karşı her bireyin güvence altına alınması ve bakıma muhtaçlığın sosyal sigorta sistemi içinde değerlendirilerek, bireylere bakıma muhtaçlık durumunda güvence sağlama karşılığında, prim toplama esasına dayandırılması ihtiyacı bulunmaktadır. Bu şekilde oluşturulacak bir bakım güvence modeli ile tüm nüfusun bakıma muhtaçlık konusunda kapsama alınması sağlanmış olacak ve toplanacak primlerle bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği sağlanacaktır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu

Günümüzde gelişen tıbbın ve teknolojinin gereği olarak evde hasta bakımı için özel olarak yetiştirilmiş hemşire ve diğer sağlık personeli ve daha gelişmiş cihazlar gereklidir. Bunun yanında birtakım davranış biçimleri ve becerileri gerekmektedir ki, birçok doktor buna alışkın değildir. Evde bakım hizmeti gerektiren hastaların ihtiyaçları daha kontrollü ortamlardaki hastaların ihtiyaçlarından farklıdır. Hastalarla evde ilgilenmek hastane ortamına göre daha zordur. Hastalara verilen direktiflerin hasta tarafından uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmek ev ortamında hastaneye göre daha güçtür. Aynı zamanda hasta veya hasta yakınlarının ulaşmak istedikleri hedefler ile sağlık hizmeti verenlerin hedefleri aynı olmayabilir. Bu nedenle evde bakım hizmeti verenler, hedeflerini hastanın hedeflerini de göz önüne alarak düzenlemelidirler (Tanlı ve Utku, 2008: 58).

Evde bakım, sağlık hizmeti alan birey ve ailesine, yaşadığı ortamda hastalığı önleyici, sağlığı geliştirici ve tedavi edici işlemlerin disiplinler arası işbirliği içinde çalışan ekip tarafından verilmesini içeren süreçtir. Evde bakım, hizmeti alan bireyin yaşamını etkileyen hastalık durumunun, günlük yaşam aktivitelerine etkisinin en aza indirilerek kısa sürede en yüksek düzeyde fonksiyon görme becerisine, bağımsızlığına ulaşmasını ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan hizmettir. Evde bakım hizmeti tedavi ve bakım hizmetlerinin hastane ortamının olumsuz koşullarından uzakta, yakınlarının olduğu ev ortamında verilmesi ile bireyin iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Evde bakımda birey evinde sağlık durumuna göre sürekli hizmet alabilmekte ya da belirli günlerde/saatlerde ziyaret edilmekte ve tedavisine/bakımına ilişkin düzenlemeler anında yapılabilmektedir (Akdemir ve diğerleri, 2011: 58). Dolayısıyla evde bakım hizmetlerinden beklenen etki ve verimin elde edilmesinde hastanın ailesi ve yakınlarının önemli bir rolü vardır. Birçok sanayileşmiş ve henüz sanayileşmekte olan toplumlarda aile; hasta bireylerin bakımında önemli görevleri üstlenmiştir. Toplumumuzda da aileye, hastalara bakımda önemli sorumluluklar düşmektedir. Hasta ve ailesi, hastanın durumuyla ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri, girişimlerin seçeneklerini, her girişimin olası risk ve yararını, tanı, ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde tam olarak bilgilendirilme ve sürekli bakım hakkına sahiptir. Buna rağmen hastalar ve aileleri, seyri ve komplikasyonları, iyileşme ve tedavisi konularında yeterli bilgilendirilmemektedirler. Yapılan araştırmalar bireylerin ve ailelerin hastalıkları ile ilgili bilgi ve destek almalarının anksiyetelerini hafifleteceğini ve hastalıklarına uyum sağlamalarında yardımcı olacağını göstermektedir. Bu nedenle hastane/kurumlarda sağlık ekibinin hastayı değerlendirmesi, hasta ve ailesi ile tedavi seçeneklerini tartışması ve tüm ekiple amaçların belirlenerek bakımın sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Bakımın sürekliliği herhangi bir sağlık kurumundan hizmet alan ve o kurumdan taburcu olan birey için hazırlanan taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir (Akdemir ve diğerleri, 2011:58).

Kültürümüzde huzurevleri ve benzeri yapılanmalarla ilgili olumsuz düşünceler bulunmaktadır. Aksayan ve Çimete'nin (1998) yaptıkları bir araştırmada, kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimine yönelik yapılan bir çalışmada, bakım hizmeti almak zorunda kalan bireylerin evde bakımı daha çok tercih ettiği saptanmıştır. Doğan ve Değer'in (2004) yaptıkları araştırmaya göre çalışmaya katılan yaşlıların %62,9'unun evde bakım seçeneğini tercih ettiği, bunun nedeni olarak da yaşlıların %86,5'inin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği belirlenmiştir. Yine bu çalışmada, yaşlı bireyin kurum ortamında değil, yaşadığı ortamda bakım almak istediği saptanmıştır. Bakım alan kadar, bakımı verenin durumu da araştırma konusu olmuştur. Stoltz ve diğerlerinin (2004) tarafından İsveç'te 2020 yılında 60 yaş üstü nüfusun oranı %27 olarak tahmin edilmiş ve yaşlı nüfus nedeniyle artan

bakım ihtiyacının kurumsal çözümlerle karşılanamayacağı düşünülerek, aile fertlerince evde bakımın gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu araştırmada İsveç'te evde bakım vermekte olan aile üyelerinin en çok izole olmaktan yakındıkları, eğitim veya diğer amaçlarla da olsa başka insanlarla bir araya gelme ihtiyacında oldukları, zaman zaman mola vermeye ihtiyaçları olduğu, en sık hissettikleri duyguların sorumluluğun verdiği ağırlık ve endişe olduğu gözlenmiştir. ABD'de yapılan bir çalışmada, 4874 evle telefon görüşmesi yapılarak bakım verenlerin durumu saptanmaya çalışılmış, %36'sının kırılğan durumda olduğu, bakım vermekte zorlandıkları, yaklaşık yarısının 20 saat veya fazla bakım verdiği, üçte birinden fazlasının ise bakım vermeye başladıktan sonra fiziksel sağlıklarının bozulduğu saptanmıştır. Gerek bakım alan, gerekse bakım veren açısından yük getiren evde bakım süreci, özellikle profesyonel ellerde, ulusal düzeyde belirli bir sistem içerisinde yürütüldüğünde bakım süreci içindeki tüm taraflar için olumlu olacaktır. Yapılan bir çalışma, bu kanının doktorlar arasında da yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada, ülkemizdeki büyük bir tıbbi merkezde çalışmakta olan 200 doktor evde bakımla ilgili görüşleri açısından incelenmiş, %14'ü evde bakımın ülkemiz için uygun olmadığını düşünürken, %58'i hastanın, ailesinin yanında olmasının iyileşme sürecine olumlu etkisi olacağını düşündüğünü belirtmiştir (Turan, 2008: 14-15).

Hastanın evde bakımında etkisi olan bir başka faktör de, hasta ve ailesinin toplum içindeki yerleridir. Ailenin ve hastanın sosyo-ekonomik düzeyleri ve sosyal sınıfları ulaşabilecekleri sağlık bakımının cinsinde ve kalitesinde etkilidir. Ailenin kültürel ve etnik geçmişi, sağlık hizmetlerinden beklentilerini de etkiler. Kültürler ve gelenekler, sağlığı ve ölümü değişik şekillerde algılayıp tanımlayabilirler. Evde bakım hizmetlerinin bu olguları dikkate alması gerekmektedir. Sağlık Çalışanları hasta bakımını hastanede vermek üzere yetiştiklerinden, evde verilen bakım sırasında devamlı olarak farklı durumlarla karşılaşabilirler. Hastanın birtakım yabancı kuralları evine uyarlaması yerine, evde bakım profesyonelleri hasta ve ailesinin kural ve geleneklerini hasta bakımını etkilemeyecek derecede kendilerine uyarlar (Tanlı ve Utku, 2008: 58).

Evde Sağlık Hizmetlerinin Planlanması ve Organizasyonu

Evde sağlık hizmeti kısa ve uzun süreli olarak planlanabilir. Kısa süreli planlama, sıklıkla 30 günün altında, hastaneden taburculuk sonrası evde nekahat döneminde verilen ve çoğunlukla tıbbi ağırlıklı olan bakım hizmetidir. Uzun süreli planlama ise daha çok sosyal hizmetleri içeren faaliyetleri kapsar (Turan, 2008: 16-18).

Evde bakım hizmetlerinin organizasyonu ise kendini farklı şekillerde gösterebilir. Tek başına hizmet veren evde bakım kuruluşu veya hastaneye bağlı evde bakım departmanı bu organizasyon şekillerinden bazı örneklerdir. Evde bakım hizmetinin kuruluş şeklinde organizasyonu kar amaçlı veya kar amaçsız olabilir, özel sektör veya kamu sektörü tarafından kurulabilir (Tanlı ve Utku, 2008: 59). Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin temel felsefelerinden biri olan tedavi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik hizmetler geliştirilerek sürdürülmektedir. Ancak ülkemiz koşullarına kurum bakımı sonrası bakımın sürekliliğini sağlayacak uygun devlet destekli bir evde bakım hizmet modeli bulunmamaktadır. Ülkemizde evde bakım hizmetlerine yönelik olarak çeşitli kurum ve kuruluşlar kurslar düzenlemekte, projeler geliştirmekte ve bazı özel kuruluşlar tarafından da evde sağlık bakım hizmeti sunulmaktadır. Ancak özel kuruluşların sunduğu bu hizmetten sadece ekonomik gücü ve bu hizmetten haberdar olan birey ve aileler yararlanabilmektedir.

Bilindiği gibi evde bakım hizmetleri profesyonel ve multidisipliner bir ekibin sunacağı kapsamlı bir hizmet modelidir (Akdemir ve diğerleri, 2011: 59).

Bu kapsamda 01.02.2010 tarihinde yayınlanan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”sinin 5. maddesine göre, evde sağlık hizmetleri, Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur. Hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanır. Yönergenin 10. maddesinde ise evde sağlık hizmetleri biriminde görevlendirilecek sorumlu tabip veya sorumlu diş tabibi ve diğer personel ilgili kurum amirince belirlenir. Birimde kayıt ve arşivleme işlemleri ile iletişim ve haberleşme işlemleri için var ise 1 tıbbi sekreter, bulunmaması halinde uygun nitelikte bir personel, evde sağlık hizmetleri ekibinde ise asgari bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför görevlendirilir. Mevcut olması halinde bir fizyoterapist, bir diyetisyen, ihtiyaç halinde bir psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dahil edilebilir. (www.saglik.gov.tr, 2013). Yönergede belirtilmiş olsa bile uygulamada evde bakım hizmeti için öngörülen personelin planlanmasında evde bakım sürecinde karşılaşılan gereksinimlerin çeşitliliği nedeniyle multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesi yerinde olacaktır. Yaşlılara sunulacak hizmetlerin kaliteli ve etkili olabilmesinin ön koşulu ise bu hizmetleri sunan kişilerin konularında uzman olmaları ve bu işi severek, benimseyerek yapmalarıdır. Bu nedenle, insan kaynaklarının seçiminde bu ilkelere bağlı kalınması ve bakım hizmetini sağlayan kişilerin sürekli eğitilerek maddi ve manevi yönden desteklenmesi gerekmektedir (Öztop ve diğerleri, 2008: 41) Gereksinimlerin karşılanmasındaki kalite artışı beklentisi, her bakım bileşeninde ayrı eğitim almış personelin varlığını gerektirir. Örneğin, diyetisyenin bakım sürecine katılması, beslenme ile ilgili kaliteyi arttıracaktır.

Evde bakım, bir ekip çalışmasıdır ve hekim, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, bakım hemşiresi, evde bakım yardımcıları bu ekibin doğal parçalarıdır. Bu ekip içerisinde hekimin bakımdaki rolü, hastalarla olan ilişkisi, hasta değerlendirme, disiplinlerarası ekibin seçilmesi, bakım planının hazırlanması, hastanın hak ve sorumluluklarının saptanması, bakımın koordinasyonu ve kamu kaynaklarının mümkün olduğunca kullanılması evde bakım hizmetlerinin sunulmasında önemli planlama ve organizasyon faktörleridir. Evde bakım hizmetleri, evde bakımı gereken kişinin saptanması ile başlayan bir süreçtir. Hasta evde bakımın merkez noktası olsa da bir bütün olarak hedeflenen sonuç, hasta ailesi ve yaşadığı ortamı da içine alan karmaşık bir yapıdadır. Hastalık veya yetersizlik durumlarında hasta ailesi, komşular ve ailenin diğer üyeleri 24 saat bakımı bir dereceye kadar verebilecek kaynaklardır. Diğer taraftan evde bakım hizmetlerinde doktor hastayı evde bakıma sevk ettikten sonra da tedavisi evde devam eden hastanın fonksiyonel gelişmesini izlemeli ve aralıklarla onu ziyaret etmelidir. Bu ziyaretlerde hastanın yaşadığı ortam, ailenin hastaya verdiği bakımın kapasitesi ve verilen ilaç tedavisinin doğru uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir (Tanlı ve Utku, 2008: 59).

Evde bakım hizmetlerinin etkinliğini artırmada öncelikli konulardan biri de, hastaların hastanede kalış sürelerinin azaltılmasına yönelik bir planlamanın yapılmasıdır. Örneğin Türkiye’de yapılan bir araştırmada hastanede yatış gün sayısı, enfeksiyon ve paraziter hastalıklarda 10.6, malign tümörlerde 11.2, kemik, kas ve bağ dokusu hastalıklarında 12.3, yarık damak/dudakta 8.6, mental retardasyonda 37.8, diyabette 9 ve gripte 6.2’dir. Bunların hepsi, daha kısa bir hastane döneminden sonra hastaların kendi ev ortamlarında profesyonel

bakım ve danışmanlık alabilecekleri durumlara örneklerdir. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinin en önemli yöntemlerinden birisi de hastanın mümkün olduğu en erken dönemde taburcu edilerek hastanede kalış süresini kısaltmaktır. Türkiye'de hasta yatak sayısının azlığı sürekli gündeme getirilen bir konudur. Yaklaşık 500 kişiye bir hasta yatağı düşmektedir. Üstelik bu yatak kapasitesinin önemli bir bölümü de verimli ve iyi bir planlama ile kullanılmamaktadır. Bu yetersizlik hastanede yatarak tedavi gereksinimi olanların bu olanaktan yararlanma olasılığının azalmasına yol açmakta ve giderek erken taburculuk zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu sorunlara bir çözüm olarak yataklı tedavi kurumlarının ve hasta yataklarının arttırılması düşünülebilir. Ancak diğer ülkelerde yapılan yarar-maliyet çalışmalarının sonuçlarına göre, bu girişimlerin evde bakım olanaklarının güçlendirilmesi ile karşılaştırıldığında, maliyeti çok artırdığı belirtilmektedir (Aydın, 2005:21). Bunun yanında hastanın yaşadığı çevre de evde verilecek bakım hizmetlerini etkileyebilir. Hasta evine ulaşımın kolaylığı, yakın çevrede market, eczane ve diğer ihtiyaçların sağlanacağı merkezlerin olması verilen bakımın organizasyonunda önemlidir. Ayrıca evde bakım hizmetleri verilirken hastaya özel bakım planlarının hazırlanması gereklidir (Tanlı ve Utku, 2008: 60).

Pek çok ülke, maliyetleri düşürmek açısından, aile fertlerini olası en iyi personel olarak görmektedirler. Gerekli eğitimlerin verilmesinin ardından, uygun aile fertleri tarafından verilecek olan bakım, hem hasta için daha doyurucu, güvenilir bir bakım süreci yaratacak hem de bakım maliyetlerinde azalma sağlayacaktır. Fakat bu bakımın kimin tarafından verileceği önemli bir sosyal sorundur. Toplumsal olarak bu görevi genelde kadınlar üstlenmektedir ve bu durum kadının sosyal hayattan uzaklaşıp eve mahkûm olmasına neden olabilmektedir. Mevcut bakım yükü, ailenin tüm fertleri tarafından dönüşümlü ve eşit düzeyde üstlenilmeli, kadının eğitim ve çalışma hakkını engelleyecek biçimde planlanmamalıdır (Turan, 2008: 22).

Evde bakım kurumları, sektörün gelişme hızına paralel bir stratejik planlama içerisinde olmalıdırlar. Bu kapsamda kuruluşlar, büyüme hızı yüksek alanlara odaklaşmalı, piyasa payını yükseltmeli, işletme etkinliğini arttırmalı, sevk kaynakları üzerinde yoğunlaşmalı, yönetim bilgi sistemlerini uygun bir şekilde kullanmalı ve devamlı eğitim programları düzenlemelidir. Bütün bunlarla beraber kuruluşun organizasyon şemasını evde bakım hizmetini en etkin bir şekilde verebilecek çerçevede oluşturmalıdır. Bu oluşumda yönetim kurulu, kuruluşun direktörü ve bu direktöre bağlı olarak ise tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, diğer sağlık hizmetleri, hizmet koordinasyonu ve muhasebe birimleri oluşturulmalıdır. Kuruluş sadece evde bakımdan yararlanabilecek hastaları kabul etmeli ve hizmet verilen her hasta için bir hasta bakım planı hazırlanmalıdır. Sağlık personeli kuruluş ofisiyle koordinasyon içinde çalışarak hastanın bakım planında belirtilen hedeflerine ulaşmasını sağlamalıdır. Kuruluş hastayı, hasta ailesini ve kuruluş personelini riskli ve tehlikeli durumlardan korumayı amaçlayan programlar hazırlamalı ve uygulamalıdır. Kuruluşun üst düzey yöneticileri idari, tıbbi ve destek sistemlerinin devamlı kalitesini ölçen ve iyileştirilmesini sağlayan programları ve yöntemleri planlamalı ve uygulamalıdır (Tanlı ve Utku, 2008: 60-61).

Evde Bakım Hizmetlerinde Etik Sorunlar

Kronik hastalıklar, yol açtıkları sonuçlar itibariyle yeti yitimine neden olan hastalıklardır. Kronik hastalıklar nedeniyle yeti yitimine uğrayan ve yaşamsal etkinlikleri açısından bağımlı hale gelen hastanın bakımı, önümüzdeki yıllarda sağlık sistemlerinin önemli bir sorunu olacaktır. Hastaneler ve benzeri kurum bakımı tercihi yerini, yatak



kapasitelerindeki kısıtlılık ve yüksek maliyetler nedeniyle, hastanın kendisini daha huzurlu hissettiği evinde bakıma bırakılmaktadır (Turan, 2008: 1). Evde bakım hizmetlerinde amaç, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek maksimum tedavi ve bakıma ulaşmak yolu ile hastalığın ve engelliliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşam koşullarının niteliğini yükseltmektir. Bir anlamda, evde bakım hizmetlerinin endüstri haline dönüşmesi beraberinde özgün etik sorunları da getirmektedir. Bir hastanın evde bakım hastası konumuna gelmesiyle başlayan bu karmaşık etik süreç, kapsam alanına; hastaneye dönüştürülmüş ev ortamının, hastane dışında çalışan sağlık görevlilerinin, kendi durumu ile ilgili olarak karar verme durumundaki hasta ve yakınlarının sorunlarını da taşır (Tanlı ve Utku, 2008:61).

Bu kapsamda etik ve meslek etiği kavramını tanımlamakta fayda vardır. Etik, ahlak ve ahlaklılığı olgusal ve tarihsel gelişim süreciyle birlikte ele alan bir felsefe disiplindir. Etik, iyiyi ve doğruyu anlamlandırmak üzere insan karakteri ve ruhsal yapısı üzerine düşünce üretmektedir. Meslek etiği; *“belirli bir meslek grubunun, mesleğe ilişkin olarak oluşturup, koruduğu, meslek üyelerine emreden, onları belli bir şekilde davranmaya zorlayan, kişisel eğilimlerini sınırlayan; yetersiz ve ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan, meslek içi rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini korumayı amaçlayan mesleki ilkeler bütünü”* olarak tanımlanmıştır (Karataş, 2011: 61). Bakım hizmeti ise bakıma muhtaç bireyin günlük aktivitelerinin yerine getirilmesinde sorumluluk almayı ve karar vermeyi gerektiren bir dizi etkinliği içermektedir. Bu hizmetin sunumunda insan onurunun ve saygınlığının korunması temel bir ahlaki yükümlülük olarak değerlendirilmektedir (Karataş, 2011: 61). Bu anlamda bakım karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, ahlaki boyutu olan bir kavramdır (Dinç, 2010: 81). Bakım hizmeti sunan bireylerin yaptıkları iş gereği pek çok ahlaki prensibe sahip olmaları gerekmektedir. Bu ahlaki prensipler bakım mesleğinin etik değerlerini oluşturmaktadır. Bakım hizmetlerinde ve uygulamalarında geçerli olması gereken temel ahlakî ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır: 1) Mesleki liyakat (uzman bakıcılık), 2) Mesleki ilerleme, 3) Mesleki istişare, 4) Mesleki sorumluluk (bakım sorumluluğu), 5) Farkındalık sorumluluğu, 6) Mesleğe ve bakıma muhtaçlara saygı, 7) İnsan sevgisi, 8) Ayrımcılık yapmama, 9) Mahremiyet ve gizlilik, 10) Maddi istismardan kaçınma, 11) Psiko-sosyal istismardan kaçınma, 12) Sağlıklı iş ilişkileri, 13) Kurumsal sadakat. Burada sıralanan etik ilkeler daha çok formal bakım elemanları için ön görülse de, aile bireyi bakıcıların taşınması gereken asgari etik değerler konusunda da fikir vermektedir (Karataş, 2011: 61-65). Konuya genel tıp etiği açıdan bakıldığında ise şu ilkelerin geçerli olduğu söylenebilir (Aydın, 2001): Yararlılık ilkesi, zarar vermeme ilkesi,, özerkliğe saygı ilkesi, adalet ilkesi,dürüstlük/doğruluk ilkesi, gerçeğin söylenmesi ilkesi, gizlilik/sır saklama ilkesi, mahremiyet ilkesi ve hastaya sadakat ilkesi.

Her ne kadar bu ilkeler teorik olarak olması gerekeni ortaya koyarken, pratikte gerçekleşmesi konusunda bazı sorunların ortaya çıktığı söylenebilir. Dolayısıyla evde bakım hizmetleri kapsamında yaşanan etik sorunlar şu şekilde sıralanabilir (Can ve diğerleri, 2013: 452;): Hasta yakınlarının özerkliğine hastanın özerkliğine gösterilenden daha fazla saygı gösterilmesi; tıbbi süreçlerin onların istekleri doğrultusunda yürütülmesi. Bakımın medikal olmaktan çok medikososyal bir ortamda verilmesinden ötürü hastaya ve yakınlarına yönelik bilgilendirmenin yeterli olamaması. Kendisiyle kurulan ilişkinin yoğun ve kesintisiz olmaması veya karar verme yeterliliğiyle ilgili kuşku bulunması nedeniyle hastanın karar süreçlerinin dışında bırakılması, isteklerinin dikkate alınmaması. Hastanın sır olarak korunmasını istediği bilgilerin yakın mesafede bulunan ve kimi zaman kendileriyle işbirliğine gidilen hasta yakınlarından saklanamaması. Ortamın uygun olmamasından veya hane halkı arasında çekinme olmayacağıının varsayılmasından ötürü hastanın beden mahremiyetinin

yeterince korunamaması. Ortamın uygun olmamasından veya hane halkı arasında çekinme olmayacağı varsayılmasından ötürü hastanın kişisel bilgi mahremiyetinin yeterince korunamaması. Hastanın sağlık durumunda gerçekleşen olumsuz gelişmelerin erken aşamada fark edilememesi. Hastanın hastaneye özgü acil ve ileri müdahale olanaklarından yararlanamaması. Terminal dönemdeki hastanın tedaviyi reddetme, resüsitasyon yapılmaması talimatı verme gibi kritik kararlarını ailesinin kabul etmemesi. Hastanede izlenme endikasyonu olan hastanın veya yakınlarının sosyal izolasyondan çekinme nedeniyle evde bakım almak konusunda ısrar etmesi. Hastanede izlenme endikasyonu olan hastanın veya yakınlarının yatış giderlerini karşılayamama endişesiyle evde bakım almak konusunda ısrar etmesi. Evde bakım sırasında hastaneye sevk endikasyonu doğan hastanın sağlığını-yaşamını riske ederek evde kalmak istemesi. Hastanın kendisine bakım verenlere duyduğu minnetten ötürü kendisiyle ilgili kararları almayı tamamen onlara bırakması.

Yukarıda sıralanan evde bakım hizmetlerinde yaşanan bu etik sorunlara rağmen toplumsal yapının otoriter ve bağımlı ilişki biçimlerini belirlediği ülkemizde yaş, kıdem, yaşa ve yaşlıya saygı önemli kavramlardır. Bu konularda temel alınan ilke ise Batı'dakinden farklı olarak “özerkliğe saygı” ilkesi değil, “yararlılık ilkesidir.” Ailede yaşanan, engelli duruma düşen, güçsüz bireye bakmak sağlıklı aile bireylerinin görevi olarak görülür. Bakıma muhtaç bireyler hakkında “her türlü karar”, onların yararına olacağı düşüncesiyle ailenin sağlıklı bireyleri tarafından alınır. Yaşlıların ve engellilerin sayıca az ve olanakları açısından da yetersiz olan huzurevi ya da bakım merkezlerine gönderilmesi ise aile bireyleri ve toplum tarafından ayıplanır ve kınanır. Etik açıdan bakıldığında bakım davranışları, hizmeti sunan bireyin sahip olduğu değerlerden etkilenirler. Değerleri ise kişisel inanç ve tutumlar belirlemektedir. Bu noktada bakıcının bu hizmeti ‘hangi niyetle ve karşılığında ne umarak sunduğu’ önem taşımaktadır. Burada ortaya çıkan en temel manevi değer fedakârlık olduğu görülmektedir. (Karataş, 2011: 61-65).

Evde bakım hizmetlerinde profesyonel sağlık görevlileri ile hastalar arasındaki ilişki de yaşamsal bir öneme sahiptir. Hasta ve sağlık görevlisi arasındaki ilişki, verilen hizmetin uzunluğuna bağlı olarak resmiyet veya samimiyet arasında değişiklik gösterebilir. Uzun süreli bakımlarda sağlık görevlisinin profesyonellikten uzaklaşıp, hastanın hastalığından etkilenmesi riski vardır. Evde bakım programları hasta ve bakım veren sağlık görevlisi arasındaki ilişkiyi kontrol eden mekanizmalara sahip olmalıdırlar. Evde bakım, sağlık çalışanlarının hakları açısından da sorunlar barındıran bir süreç olabilir. Çalışanların özlük haklarının korunması, hizmeti veren kurumun sorumluluğundadır. Çalışanların çalışma süreleri, yapacakları işlerin tanımlanması, dinlenme zamanları, hak edişleri, kişisel güvenliklerinin sağlanması gibi sorunlar iş akdi olarak önceden garanti altına alınmalıdır (Tanlı ve Utku, 2008:62-63).

Evde bakım hizmetlerini yürüten sağlık ekibi içinde yer alan hemşire de özellikle bakım verici rolü açısından tedavi ve rehabilitasyonun etkin olmasında, bireyin mevcut sağlık durumunun iyileştirilmesinde çok önemli bir etkinliğe sahiptir (Akdemir ve diğerleri, 2011: 59). Bu bağlamda hemşirelik mesleğinde etik değerler konusu oldukça önem taşımaktadır. Çünkü sağlık meslek üyeleri içinde hasta ile en uzun süre ve en yakın iletişim içinde olan hemşirelerdir. Bakım fiziksel ve psikolojik açıdan yakın ilişkiyi gerektirdiği için hemşireler hastalarının en güçsüz ve mahrem yönlerini görebilmekte; onların acılarına, yalnızlık, umutsuzluk vb. duygularına tanık olabilmektedirler. Mesleki uygulamalar sırasında yaşanan duygusal yükler ise kişisel ve mesleki değerler arasında çatışma yaşanmasına ve etik ikilemlere yol açabilir. Hemşirelik insana ve bakım olgusuna temellenir. Hemşirelerin bakım verirken ahlaki sorumluluklarının farkında olmaları, bireylerin bakım gereksinimlerini yürek gözüyle görerek, özenli ve saygılı bir tutum geliştirmeleri önemlidir. Dolayısıyla hasta-



hemşire ilişkisi, bakım verilen kişilerle ilgili ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların ya da karar verememenin olası sonuçlarının analiz edilmesini gerektirir. Hemşirelik bakımı ahlaki boyutu olan ve ahlaki sorumluluk almayı gerektiren bir olgudur (Dinç, 2010: 79).

Evde bakım hizmetlerinin planlanması ve organizasyonunda yaşanan etik sorunların aşılmasında özetle şu hususların yerine getirilmesi gerekmektedir (Can ve diğerleri, 2013: 452-454): Hastanın öncelikle yapacakları ve ikincil olarak da kendisine yapılacaklar hakkında son kararı verme gücüne (özerklik) sahip olması sağlanmalıdır. Özerklik ve özerkliğe saygı ile bağlantılı sorunlar, hasta yakınlarının karar verici olarak devreye girişiyle sınırlı kalmamakta, hastanın anlayabilme ve karar verebilme yeterliliklerinin titizlikle değerlendirilmesi ve bunlara uygun biçimde bilgilendirilme ve onam-seçim süreçlerine dahil edilmesi de, sağlık profesyonellerinin tıp etiği çerçevesinde önem vererek üzerinde durması gereken konular olarak ortaya çıkmaktadır. Hastayı izleyen sağlık profesyonelleri, hastanın mahremiyete saygı göstermeyi kişisel yaklaşım olarak benimsemeli ve hasta yakınlarını da bu şekilde davranmaya yönlendirmelidir. Bunun yanında hastaya yönelik evde bakım çerçevesinde çeşitli tıbbi uygulamaların bulunması ve çoğu zaman aynı hasta için bunların birden fazlasının gündeme gelmesi söz konusudur. Bu durumda birden fazla sağlık profesyoneli aynı kişiye hizmet vermekte, birlikte bir ekip oluşturan bu kişilerin birbirleriyle iyi iletişim kurmanın ve yaptıklarını entegre etmenin yanı sıra birbirlerinin mesleki özerkliklerine saygılı olması, her birinin kendi yetki ve sorumluluk sınırları içinde kalması gerekmektedir. Yaşlı hastaların kurum bünyesinde sağlık hizmeti almasının, hem pahalıya mal olması hem de onları gündelik hayattan soyutlaması, yakın çevre içerisinde yaşamı sürdürmeyi sağlayan evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır. Hem hasta hem de yakınları açısından önem taşıyan yaşlıya evde bakım düzeninin yaygın şekilde kurulabilmesinin koşulu ise bu işe yeterli kaynak ayrılmasıdır. Evde bakım konusunda nasıl bir ekonomik model oluşturulacağı, bu hizmetlerin finansmanı için ne kadar kaynak ayrılacağı, ayrılan kaynakların kullanımının ne şekilde denetleneceği, hane halkına ne ölçüde maddi destek verileceği gibi ekonomik ve etik açımları olan konular daha bir olgunlaştırılarak uygulanmalıdır. Evde bakım almanın hastane olanaklarından yoksun kalmaya neden oluşu, yaşlı hastalar söz konusu olduğunda özellikle önem taşımaktadır. Yaşlı hastaların genel sağlık durumlarının bir dizi kritik denge içermesi, onları var olan hastalıkların alevlenmesine ve yeni hastalıklara yakalanmaya yatkın hale getirmektedir. Bu yatkınlık onlara hastanede değil evde bakım verilmesi kararının daha dikkatle alınması; yarar sağlama ve zarar vermeme dengelerinin hassasiyetle kurulması gereğini ortaya çıkarmaktadır. Terminal dönemdeki yaşlı bir hastada, küratif tedaviden vazgeçilip palyatif uygulamaların da evde yapılmasının öngörülmesi bağlamında, ciddi bir etik değerlendirme ve karar verme sürecinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Böyle bir öngörü, vakanın kendine özgü niteliklerine göre tedavinin reddi, seçici tedavi, resüsite edilmeme direktifi, pasif ötanazi niteliği taşıyabilmektedir. Yaşamın son döneminde tıbbi bakım genel başlığı altında değerlendirilen tüm bu sorunların, titizlikle üzerinde durulması gereken birer etik boyutu bulunmaktadır. Yaşlılar ihmale ve istismara uğrama riski yüksek bir gruptur ve sağlık profesyonellerinin bu grupla kurdukları her türlü mesleki ilişkide ihmal ve istismar belirtileri-bulguları yönünden değerlendirme yapması gerekmektedir. Evde bakım hizmeti veren sağlık profesyonelleri, hane halkının ihmal veya istismar niteliği taşıyan yaklaşımları, özellikle hastanın gereksinimlerinin karşılanmasını ertelenmesiyle ortaya çıkan ihmal örnekleri, konusunda dikkatli olmanın yanı sıra bizzat kendilerinin ve çalışma arkadaşlarının bu yönden denetimini de ihmal etmemelidir.



Sonuç

Yaşlı nüfusun günden güne artması onlara yönelik sağlık hizmetlerinin yeniden planlanması ve organizasyonunu gündeme getirmektedir. Evde bakım hizmeti profesyonel bir uygulama kapsamında ele alındığında, hastanelerdeki yığılmalar önlenecek, hasta yatış süreleri kısılacak ve tedavi masrafları azaltılarak ülke ekonomisine katkı sağlanmış olacaktır. Bu kapsamda ülkemizde de özellikle son yıllarda evde bakım konusu yoğun olarak gündeme gelmiş, üniversiteler ve saha işbirliği ile araştırma ve çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmeti sunacak özel kurumların çalışmalarını düzenleyen bir yönetmelik çıkarmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin planlanması ve organizasyonunun kıt kaynakların yönetimi açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir. Dolayısıyla evde sağlık hizmetleri ile ilgili projelerin geliştirilerek, gerekirse diğer kurumlarla entegre bir şekilde çalışılması ve bu sistemin daha iyi bir noktaya ulaşması sağlanmalıdır. Evde bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından sistemin uygulayıcısı olan hasta, hasta yakını, doktor ve sağlık çalışanları uygulamalarında etik ilkelere uygun davranmaya özen göstermelidirler.

Kaynakça

- 1.Akdemir, N., H. Bostanoğlu, S. Yurtsever, S. Kutlutürkan, S. Kapucu ve Z. C. Özer, (2011)"Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Gereksinimi", Dicle Tıp Dergisi, (38) 1: 57-65
- 3.Aydın, Erdem, (2001), "Tıp Etiğinde Temel İlkeler", I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı. 12-13 Kasım 2001 ODTÜ Ankara
- 4.Aydın, Dursun, (2005), Evde Bakım Hizmetleri, Sağlıklı Nesiller Derneği Yayın No.1, Başak Matbaası, Ankara
- 5.Başgül, Ç., İ. Keskin, H. Kara ve M. Aksoy, (2013), "Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmetleri",
6. www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/.../02_02_2012_10_52_37.doc (İndirilme Tarihi:03.12.2012)
- 7.Can, Rana, L. Ç. Abacı ve S. Kadioğlu, (2013), "Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Sırasında Gündeme Gelen Tıp Etiği Sorunları", Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2013-35: 448- 456
- 8.Çayır, Yasemin, (2013), "Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz?", Dicle Tıp Dergisi, 40 (2): 340-344
- 9.Dinç, Leyla, (2010), "Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu", Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,(2010): 74-82
- 10.Karadağ, Mehmet, (2013), "Akciğer Hastalarına Evde Sağlık Hizmeti Sunumu", www.akcigersagligi.org/dosyalar/mkrdbg.pdf (İndirilme Tarihi: 10.12.2013)
- 11.Karataş, Zeki, (2011), *Evde Bakım Hizmeti Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başaşağımadaki Rolü, Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Basılmamış Y.Lisans Tezi), Rize.*
- 12.Özer, Özlem ve Fatih, Şantaş (2012), "Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansman", Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt. 3, Sayı. 2:96-103
- 13.Öztop, H., A. Şener ve S. Güven, (2008), "Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri", Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (1): 39-49
- 14.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SBTSHGM), (2011), Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunumu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Haziran, Ankara
- 15.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SBTSHGM), (2013), Evde Sağlık Hizmeti Salık İstismarı (Dosya), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara
- 16.Sur, Haydar, (2012), "Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi", Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım, Sayı.24: 68-71
- 17.Tanlı, Sarper, T. Utku, (2008), "Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar", Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, Cilt.6, Sayı.4:58-63

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2011

18.Turan, Ö. Serkan, (2008), Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmer Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Ankara

19.Yüksek Planlama Kurulu, (2010), Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013), www.eyh.gov.tr (İndirilme Tarihi: 11.12.2013)

20.<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html> (İndirilme Tarihi: 10.12.2013)

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA HASTA YAKINLARININ MEMNUNİYETİ: ISPARTA ÖRNEĞİ

Aysun YEŞİLTAŞ*

Orhan ADIGÜZEL**

ÖZET

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bir kısmı hastalara kendi ev ortamlarında 2010 yılından itibaren evde sağlık hizmetleri adı altında verilmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri kamuya bağlı sağlık kurum ve kuruluşları tarafından oluşturulmuş sağlık ekiplerince gerekli şartları taşıyan bireye yaşadığı ortamda sağlık hizmeti sunulmasını kapsar. Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının hizmetten memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde 2014 yılında Isparta ili merkez, Yalvaç ve Eğirdir ilçelerinde bu hizmetten faydalanan 160 hasta yakınına anket uygulanmıştır. Anketler yoluyla elde edilen veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve faktör analizlerinden yararlanılmıştır. Hasta yakınlarına uygulanan ankette elde edilen verilere göre hasta yakınlarının Isparta ili merkez ve ilçelerinde sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun oldukları görülmüştür. Isparta ili ile Eğirdir ve Yalvaç ilçelerinde bu hizmeti alan hasta yakınlarının memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılmasına göre ilçelerde bu hizmet alanlar il merkezinde bu hizmeti alanlara göre daha fazla memnun oldukları tespit edilmiştir. Evde sağlık hizmetini almaya yönelik başvurma sürecine ilişkin ortaya çıkan bulgulara bakıldığında evde sağlık hizmeti ile ilgili tanıtım eksikliği, hizmete başvuru ile hizmetin alınmaya başlaması arasındaki sürenin uzunluğu ve hasta bilgileri takibi için otomasyon sisteminin olmaması gibi olumsuzlukların olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Hasta Memnuniyeti, Hasta Yakınları

*Doktora Öğrencisi ., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, pelineren78@hotmail.com

** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, orhanadiguzel@sdu.edu.tr

Giriş

1) Evde Sağlık Hizmetleri Kavramı

Son yıllarda Türkiye sağlık sisteminde önemli dönüşümler yaşanmaktadır. Bu dönüşüm sürecinde Sağlık Bakanlığı bir taraftan yeni bir örgütlenme modeli oluşturarak (Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu vb.) sağlık hizmetlerinin sunumunda özerk bir sisteme geçmekte, diğer taraftan ise dünyanın gelişmiş birçok ülkesinde uzun zamandır uygulanan ancak ülkemizde pek bilinmeyen bazı uygulamaları devreye sokmaktadır. Bu uygulamalardan biri de evde sağlık hizmetleridir (Yorulmaz vd., 2013: 2). Evde sağlık hizmeti; kanser, felç gibi kronik hastalıklara sahip hastalara, muayene, tahlil, rehabilitasyon gibi ev ortamında sunulabilecek hizmetlerle birlikte danışmanlık hizmetlerini de içeren, bireyin evinde yani ailesinin yanında sunulan hizmetlerdir (www.saglik.gov.tr).

A) Evde Sağlık Hizmetleri İhtiyacı

Demografik Değişiklikler

Dünya nüfusu yaşlanmaktadır. Nüfusun yaşlanması, özürsüzlük ve kronik hastalıkların artması sebebiyle birey merkezli evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç artmaktadır (Oğlak, 2007). TÜİK verilerinin bakıldığında; ülkemizde 65 yaş üstü nüfus artış hızının 2013 yılında %7,7, 2050 yılında ise %20,8 olacağı görülmektedir (www.tuik.gov.tr). Avrupa ülkeleri incelendiğinde ise 65 yaş nüfus artış hızı, 2010 yılında %16 iken, 2050 yılında %27,8 olacağı öngörülmüştür (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).

Sağlık Harcamaları

Gelişen sağlık sektöründe akılcı sağlık harcamaları yapmak için kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedeflerken hem hastaların alacağı hizmeti hem de ülke ekonomisini düşünerek hareket etmek gerekmektedir. Evde sağlık hizmeti sunumu maliyet ve etkinlik açısından değerlendirildiğinde, 2009 yılında hastane hizmetinin günlük maliyetinin evde sağlık hizmeti ziyaret başına göre kıyaslandığında 6065 \$ daha fazla maliyetli olduğu görülmektedir (www.nahc.org).

A) Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunumu ilk olarak Osmanlı padişahı Fatih Sultan Mehmet’in sağlık vasiyetnamesinde yer almıştır. Vasiyetnamede padişahın İstanbul’un her sokağı için ikişer kişi görevlendirdiği, ek olarak on cerrah, on tabip ve üç yara sarıcının ayın belirli günlerinde kapı kapı gezerek buldukları hastaları tedavi ettikleri yer almıştır. Evlerinde tedavi edilemeyen hastaları ise hiçbir ücret talep etmeden Darülaceze’de tedavi etmeleri gerektiği ifade edilmiştir. (www.vgm.gov.tr).

Cumhuriyetin ilk yıllarında ise, ağırlıklı olarak bulaşıcı hastalıklar ve ana çocuk sağlığı sorunları gölgesinde hazırlanan ve 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda, bulaşıcı hastalıkların evde tanısı ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi, evde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi gibi hükümler konmuş, hekim ve hemşireler evlere ziyaret yapmıştır (Turan, 2008: 34). 1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin, ‘sağlık kabini’ adı verilen özel işyerleri açarak, evlerde hastaların tedavilerini gerçekleştirmeye olanak sağlamıştır.

1961 yılında uygulamaya konan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ve bunun yürütülmesini düzenleyen 154 sayılı yönerge ile de kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevini halk sağlığı hemşirelerine vermiştir. Yine, gebelerin evde izlemi, uygun koşullarda evde doğum, lohusa izlemi ve 0-6 yaş çocukların izlemi ebelere verilmiş olup, hizmet denetimleri için halk sağlığı hemşireleri görevlendirilmiştir (Aydın, 2005: 17). Yasal çerçeve açısından durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Karabağ, 2007: 57). Ülkemizde henüz kamusal düzeyde multidisipliner ekip anlayışı ile ‘evde bakım hizmeti’ verilmemekle birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerdeki evde sağlık birimleri ve aile hekimleri vasıtasıyla ‘evde sağlık hizmetleri’ sunulmaya başlanmıştır (Kılınç, 2012: 14). 2010 tarihinde yürürlüğe giren ve 27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 4. Maddesi’nde ‘Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir’ ifadesine dayanarak aile hekimleri de evde sağlık hizmeti sunmakla görevlidir (www.saglik.gov.tr).

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliği takiben Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönerge ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı evde sağlık hizmeti sunacak ekiplerin kurulması, hizmet sunacak personelin görev tanımları, çalışma sistemleri, kullanılacak malzeme ve araçların standartları gibi hizmet sunumuna ilişkin usul ve esaslar ile denetim ve altyapı düzenlemeleri yapılarak kamu kurum ve kuruluşları tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde etkin bir şekilde uygulanması amaçlanmıştır (www.ailehekimligi.gov.tr). Yönergeye istinaden evde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması amacıyla özellikle devlet hastaneleri bünyesinde evde sağlık birimleri kurulması ve bunun yanında aile hekimleri tarafından da evde hasta ziyareti yapılması sağlanmıştır. Yapılan çalışmalar kısa sürede meyvesini vermiş ve ülke genelinde yaygın bir evde sağlık hizmeti ağı kurulmuştur (Yorulmaz vd., 2013: 11).

B) Hasta Ve Hasta Yakını Memnuniyeti

Memnuniyet, subjektif bir hasta/hasta yakını algısı olmakla birlikte, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir (Şahin vd., 2005: 139). Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, genel olarak ‘hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi’ olarak tanımlanabilir (Önsüz vd., 2008: 34). Kısaca hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları ve sağlık personelleri tarafından hastaların istek ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanmasına dayanmaktadır (Yaş, 2009: 108). Hasta, hekim ve sağlık sistemi ile ilgili bileşenlerden oluşan (Dinç vd., 2009: 93) hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerinden biridir. Bu gösterge sayesinde hizmet sürecinin yapısı gözden geçirilir. Sağlık kurumları bu sayede hasta gözü ile zayıf ve kuvvetli yönlerini görebilecek ve hizmetlerin iyileştirilmesi yolunda gerekli önlemleri alabilecektir (Söyleyici, 2010: 73).

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; müşteri memnuniyetini ölçmek, müşteri beklenti, öneri ve geribildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyodemografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Müşteri memnuniyeti, sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve sonucu hakkında yararlı bilgiler verir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan işletmelerin, hastanelerin rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri ve sürdürebilmeleri için müşteri memnuniyet parametrelerinin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Tengilimoğlu, 2013: 31).

2)Yöntem

Araştırma ‘tarama modeli’ olarak tasarlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hasta yakınları ve hastaların demografik özelliklerini içeren sorular bulunmaktadır (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi, kronik rahatsızlık, ikamet durumu). İkinci bölümde evde sağlık hizmetlerine başvuru sürecini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Üçüncü bölümde ise evde sağlık hizmetlerinden hasta yakınlarının memnuniyetlerini ölçmeye yönelik ifadeleri içeren 18 maddelik likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçekteki ifadelerin oluşturulmasında ilgili literatürden yararlanılmıştır. Araştırmanın evrenini Isparta ilinde 2014 yılı içerisinde Isparta Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı birimlerden evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların yakınları oluşturmaktadır. Isparta ili Kamu Hastaneler Birliği (Ocak 2014) verilerine göre 890 hasta evde sağlık hizmeti almıştır. Bu evren için %95 güven seviyesinde ve $\pm\%8$ güven aralığında gerekli örneklem büyüklüğü $n = 129$ olarak hesaplanmıştır. Daha sonra bu örnekleme belirlerken tabakalı örnekleme sistemi tercih edilmiştir. Çünkü her bir hastanenin hasta sayısı çok büyük bir farklılık gösterdiğinden dolayı tabakalı örnekleme sistemi kullanılmıştır. Tabakalı örnekleme sistemine göre örneklem sayısı Isparta merkez için 105 (Isparta Devlet Hastanesi: 98, Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi: 5, Isparta Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi: 2), Eğirdir ilçesi için 14 ve Yalvaç ilçesi için 10 olarak belirlenmiştir. Örneklem sayıları bunlar olmakla beraber daha fazla deneğe ulaşılabilmiş, araştırmada kullanılan örneklem sayıları Isparta merkez için 107, Eğirdir ilçesi için 31 ve Yalvaç ilçesi için 22 olarak gerçekleşmiştir. Analizler bu sonuçlara göre yapılmıştır.

3)Bulgular

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ilgilendiği 129 hastanın %85’i 51 yaş ve üzeri aralıkta, %63,8’i kadın, %62,9’u evli ve %84,3’ünün SGK güvencesine sahip olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların %67’si Isparta İl Merkezi, %19’u Eğirdir ilçesi, %14’ü Yalvaç ilçesinde ikamet etmektedir. Bununla birlikte hastaların evde sağlık hizmeti aldıkları süre ay cinsinden açık uçlu olarak sorulmuştur. Alınan cevaplar verilerin yığılmasına göre kategorize edilmiş olup; 1 ila 3 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %20,3, 4 ila 10 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %24,1, 11 ila 15 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %20,9, 16 ila 24 ay arası evde sağlık hizmeti alanların oranı %19,6, 25 ay ve üzeri evde sağlık hizmeti alanların oranı ise %15,2’dir. Bu dağılımdan da anlaşılacağı üzere ulaşılan örneklemin %79,7’si 4 ay ve üzeri evde sağlık hizmeti almıştır. Dolayısıyla örneklemin evde sağlık hizmetini değerlendirebilecek kadar süre hizmet almış olduğu düşünülebilir.

Bununla birlikte araştırmaya katılan hasta yakınlarının “Hastanın Mevcut Rahatsızlık Durumu” sorusuna birden fazla cevap vermeleri istenmiş ve hastaların büyük kısmında kas ve iskelet (%53) ve nöroloji (%42) rahatsızlığına sahip oldukları görülmüştür. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %47,2’si 51 yaş ve üzeri iken, %86,9’unun kadın, %86,8’inin evli ve %76,1’inin ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %67’si Isparta İl Merkezi, %19’u Eğirdir ilçesi, %14’ü Yalvaç ilçesinde ikamet etmektedir. Ayrıca hasta yakınlarının %60’ının kronik hastalığının bulunmadığı gözlemlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre hasta yakınlarının %46’sı evde sağlık hizmetini sağlık kurumundan öğrenmiş, aile hekiminden bilgilendirilenlerin oranı ise ancak %17 olarak görülmüştür. Evde sağlık hizmeti almak için yapılan başvuruların %72,5 gibi yüksek bir oranının Evde Sağlık Hizmeti Birimi’ne direkt başvurularak gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Hastaların evde sağlık hizmeti almak için başvurularının ardından ilgili mercilerin incelemeye gelme süresi gün cinsinden açık uçlu olarak sorulmuştur. Alınan cevaplar verilerin yığılmasına göre kategorize edilmiş ve yukarıdaki tablo elde edilmiştir. 0 ila 3 gün arası dönüş yapılanların oranı %30,4, 4 ila 8 gün arası dönüş yapılanların oranı %33,1, 9 ila 15 gün arası dönüş yapılanların oranı %25,7, 16 ila 40 gün arası dönüş yapılanların oranı ise %10,8’dir. Evde sağlık hizmeti almak için yapılan başvurunun ardından, hastaların kaldıkları haneye inceleme için gelinme süresi; %89 oranında ilk iki hafta içerisinde olduğu gözlenmektedir. Başvuru sonrası ilk inceleme için haneye gelen sağlık personelin arasında %83 oranında doktor, %98 oranında hemşire bulunmaktadır. Hastaların evde sağlık hizmeti almak için başvurularının ardından evde sağlık hizmeti almaya başlamalarına kadar geçen süre gün cinsinden açık uçlu olarak sorulmuştur. Alınan cevaplar verilerin yığılmasına göre kategorize edilmiş ve yukarıdaki tablo elde edilmiştir. 0 ila 3 gün hizmet almaya başlayanların oranı %22,7, 4 ila 7 gün arası hizmet almaya başlayanların oranı %21,3, 8 ila 15 gün arası hizmet almaya başlayanların oranı %31,3, 16 ila 60 gün arası hizmet almaya başlayanların oranı ise %24,7’dir. Genel olarak bakılacak olursa, hasta yakınlarının %80’i başvurularının ardından iki hafta içerisinde evde sağlık hizmeti alamaya başladıklarını beyan etmişlerdir.

Frekans Analizi

Hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik 18 maddelik 5’li likert tipi bir ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekteki ifadelerle ilişkin hasta yakınlarının yapmış olduğu değerlendirmelerin frekans analizine ilişkin bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Evde Sağlık Hizmetine Yönelik Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Frekans Analizi Verileri

İFADELER	Çok Zayıf		Zayıf		Orta		İyi		Çok İyi		N	Cevapsız
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
İ1.Hastanız için evde sağlık hizmeti başvurunuz sırasında telefondaki veya merkezdeki görevlilerin size gösterdiği nezaket düzeyi	1	0,7	-	-	12	7,9	88	57,9	51	33,6	160	8
İ2.Evde sağlık hizmetine gelen sağlık personelinin size ve hastanıza karşı nezaket düzeyi	1	0,6	-	-	9	5,6	61	38,1	89	55,6	160	-
İ3. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeyi	-	-	-	-	8	5,0	83	51,9	69	3,9	160	-
İ4.Hastanızın çeşitli nedenlerle (Röntgen, vb) hastaneye getirilip götürülme durumu oldu ise, evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyi	-	-	4	4	7	7	49	49	40	40	160	60
İ5. Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastanıza ayırdığı sürenin yeterlilik düzeyi	2	1,3	10	6,3	43	27	67	42,1	37	23,3	160	1
İ6. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personeli hastanın mahremiyetine önem verme düzeyi	-	-	1	0,6	9	5,7	71	45,2	76	48,4	157	3
İ7. Evde sağlık hizmeti sunumunda yapılan girişimsel işlemler için alınan rıza/onam ile ilgili bilgilendirme düzeyi	-	-	6	3,8	19	12,1	86	54,8	46	29,3	157	3
İ8.Evde sağlık hizmeti veren personelin önceden belirlenmiş programa uyma düzeyi	2	1,3	8	5	25	15,7	57	35,8	67	42,1	160	1
İ9.Evde sağlık hizmetini sunan personelin hastanız ile ilgili kayıtların tutulmasındaki dikkat düzeyi	-	-	7	4,5	17	10,8	72	45,9	61	38,9	160	3
İ10. Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik isteklilik düzeyi	3	1,9	6	3,8	11	6,9	78	48,8	62	38,8	160	-
İ11. Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu	-	-	-	-	5	3,2	39	24,7	114	72,2	160	2
İ12. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda (hasta yatağı, oda ısı vb.) sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi	8	5	35	21,9	31	19,4	42	26,3	44	27,5	160	-
İ13. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak	12	7,5	38	23,8	26	16,3	53	33,1	31	19,4	160	-

yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi												
İ14. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi	1	0,6	13	8,1	11	6,9	105	65,6	30	18,8	160	-
İ15. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazların kullanım şekli konusunda sizi ve hastanızı yeterince bilgilendirme düzeyi	4	2,5	23	14,5	39	24,5	68	42,8	25	15,7	160	1
İ16. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi	9	5,7	32	20,1	30	18,9	59	37,1	29	18,2	160	1
İ17. Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi	-	-	5	3,1	18	11,3	77	48,1	60	37,5	160	-
İ18. Hastanıza sunulan evde sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyiniz	2	1,3	7	4,4	15	9,4	56	35	80	50	160	-

Faktör Analizi

Faktör analizi ve güvenilirlik testi sonucu 15 değişken gruplanarak 3 değişkene (Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi, Görevlilerin Davranış Biçimi ve Resmi Prosedürler) dönüştürülmüştür. Sonuçlar incelendiğinde hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri, 1 en düşük, 5 en yüksek düzeyi belirtmek üzere, en yüksek memnuniyetin 4,4 ortalama ile sağlık personelinin davranışları ile ilgili olduğu gözlenmektedir. Hasta yakınları ikinci sırada 4,1 ortalama ile resmi prosedürler boyutunda memnundurlar. Sağlık personelinin hasta yakınlarını bilgilendirmesi hususunda ise memnuniyet 3,6 ortalama ile son sırada yer almaktadır. “Görevlilerin Davranış Biçimi” boyutunda il merkezi ile ilçeler arasında anlamlı farklılık gözlenmezken, “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” boyutunda ve “Resmi Prosedürler” boyutunda il merkezi ile ilçeler arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,01$). “Görevlilerin Hastanın Sağlığı Konusunda İlgisi ve Bilgilendirmesi” konusunda ilçelerde hizmet alanların ilde hizmet alanlara göre tatmin düzeyi daha yüksektir ($p<0,01$). Yine “Resmi Prosedürler” konusunda ilçelerde hizmet alanların ilde hizmet alanlara göre tatmin düzeyi daha yüksektir ($p<0,01$). Ayrıca boyutların ortalamalarından oluşturulan “Ortalama Genel Memnuniyet Düzeyi” için il merkezi – ilçeler ayrımında genel memnuniyet hususunda anlamlı farklılık mevcuttur. İlçelerde yaşayanlar il merkezinde yaşayanlara göre evde aldıkları sağlık hizmetinden daha fazla memnundur ($p<0,01$).

2) Sonuç

Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin sağlık kuruluşları dışında hastaların evlerinde sunulmasını sağlayan evde sağlık hizmetleri hem Kamu Hastaneler Birlikleri hem de Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı birimlerce verilmektedir. Bu hizmetin Sağlık Bakanlığı bünyesinde iki farklı kurum tarafından verilmesi hizmetin sunumunda problemler yaratabilmektedir. Özellikle, hastalara ait bilgiler tek bir merkezde toplanamamaktadır. Bunun en büyük nedeni ortak bir otomasyon sisteminin olmamasıdır. Dolayısıyla daha önce hastaya hangi girişimsel işlemlerin yapıldığı ya da hastaya ait tetkik sonuçları gibi veriler hizmet veren birimde kayıt altına alınmakta, hastanın ikamet değişikliği yapması durumunda bilgilerin paylaşımına gidilememektedir. Ayrıca aynı bölgede aile hekimlerinin ve evde sağlık hizmetlerinin evde sağlık hizmeti sunması hastaya verilecek hizmetin hangi birim tarafından sunulacağı aşamasında sıkıntı oluşturmaktadır.

Bu çalışmada hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerinden aldıkları memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan araştırma sonucunda ortaya çıkan bulgulardan yola çıkarak söylenebilecek sonuçlar şunlardır:

- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerine ilişkin bilgileri hangi kaynaktan öğrendiğine yönelik en önemli bulgu ‘hastaneden’ ifadesidir. ‘Aile hekimlerinden’ öğrenme ifadesinin düşük olması, aile hekimlerinin bu konuda hastalarını yeterince bilgilendirmediğini göstermektedir. Aynı şekilde ‘iletişim araçlarından’ öğrenme düşük düzeydedir. Bu sonuçta Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık hizmetleri hakkında kitle iletişim araçları ile halka ulaşamadığını göstermektedir.
- ‘Başvuru sonrası ilk incelemeye gelme süresi’ ile ilgili gecikmeler, birimlere ait hasta yoğunluğu ya da evde sağlık hizmeti sunan personeller içerisinde özellikle hekimlerin bu hizmet dışında diğer görevlerine (nöbet tutma, poliklinikte çalışma gibi) bağlı olduğu ile ilgili olabilmektedir. Sonuçta ilk başvuru ile ilk inceleme arasında zorunlu olarak hastanın alması gereken hizmetlerin alınmadığı görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ‘İlk incelemeye gelen sağlık personeli’ ile ilgili verdikleri bilgilere bakıldığında ‘hekim’ ifadesi ile ‘hemşire’ ifadesi ise en üst sıralarda yer almaktadır. Bu ifadelerden de yola çıkarak, ilk incelemeye doktor ve hemşirenin birlikte gitmesi evde sağlık hizmetlerinin ilk aşamasında iyi bir başlangıçta olduğunu göstermektedir. Özellikle evde sağlık hizmeti sunma amacıyla hastanın evine hekim ve hemşirenin birlikte gidiyor olması, hastanın kendisini önemli hissetmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastanın ve hasta yakınlarının hastanın hastalıklarına yönelik ayrıntılı bilgi edinme, sağlık görevlilerinin ise hastanın yaşadığı ortama ilişkin fikir edinme gibi karşılıklı bilgi alışverişi sayesinde hastaya daha verimli sağlık hizmeti sunulabilmektedir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmetlerine ilişkin gerek başvuru gerekse hizmet sunumu sırasında sağlık personelinin hasta ve yakınlarına karşı nezaket düzeyinin oldukça iyi olduğu görülmektedir. Bu durum evde sağlık hizmeti sunan personelin iletişim konusunda yeterli olduğuna işaret etmektedir.
- Evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin tedavi işlemlerinde dikkatli ve titiz davranma düzeylerine yönelik katılımcıların görüşlerine baktığımızda %55,8 oranla ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ ifadelerini kullandıkları görülmektedir. Bu sonuç göstermektedir ki; sağlık hizmetini sağlık kuruluşu dışında evde sunan sağlık personelinin, tedavi

işlemlerine yönelik dikkatli ve titiz davranma düzeyinin, fiziksel ortama göre değişmediğidir. Yine hastaların röntgen çekilmesi ve bunun gibi nedenlerle hastaneye getirilip götürülme sırasında evde sağlık hizmeti veren personelin bu transferde dikkatli ve titiz davranma düzeyleri de hasta yakınları tarafından oldukça iyi olarak değerlendirilmiştir.

- Araştırmaya katılan hasta yakınları evde sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastalara ayırdıkları süreyi yeterli bulmuştur. Hizmetin hastaya ait bir ortamda sunuluyor olması gereksiz oyalanmaların veya yetersiz sürede hizmet sunulmasının olmadığını düşündürmektedir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınları sağlık personelinin hasta mahremiyetine oldukça önem verdiğini belirtmektedir. Özellikle mahremiyet gerektiren sonda takmak gibi hastaya uygulanan girişimsel işlemlerin, yatalak durumdaki hastaların çoğunluğuna uygulandığı bu bölgede hastaların mahremiyete yönelik olumlu ifadeleri, hasta haklarının bir parçası olan hasta mahremiyetine personelin özen gösterdiğini göstermektedir. Yine hasta haklarına verilen önemin bir göstergesi olarak; evde sağlık hizmeti sunan personelin girişimsel işlemler için rıza/onam alma ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi yaptığına yönelik ‘iyi’ ifadesi ilk sıradadır.
- Araştırmaya katılan hasta yakınları randevu sistemi doğrultusunda hizmet veren evde sağlık hizmetleri personelinin önceden belirlenmiş programa özen gösterdiğini ifade etmektedir. Hastaların ihtiyacı olduğu sağlık hizmetini belirlenmiş programa göre alıyor olması, tedavisinin düzenli yapıldığını hissetmesine dolayısıyla hastaların sağlık personeline karşı güven duymasına neden olmaktadır. Ayrıca evde sağlık hizmeti sunan personelin hasta ile ilgili kayıtların tutulmasında yeterince dikkatli olduğu anlaşılmaktadır. Hastalara kullandığı ilaçlar veya hastanın adresi gibi kişisel bilgilerin sağlık personeli tarafından kayıt edilmesi, hastaların tekrar tekrar aynı sorularla karşı karşıya kalmasını önlemektedir diyebiliriz.
- Evde sağlık hizmetinin özellikle yaşlı, yatalak hastalara sunulması ve hastanın evinde hizmet veriliyor olması gibi özelliklerinin bulunması, hizmeti ayrıcalıklı yapmakta ve bu hizmeti sunan sağlık personelinin de hizmet sunumuna yönelik istekli davranması evde sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet oranını olumlu düzeyde tutmaktadır.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının ‘Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetinin uygunluğu’ ifadesine ilişkin görüşleri alındığında büyük bir çoğunluğun personelin hizmet sunumuna yönelik kıyafetlerini ‘çok iyi’ olarak nitelendirdiğini görülmektedir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarına ‘Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin, hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda, sizi ve hastanızı bilgilendirme düzeyi’ ifadesine yöneltilen cevaplar değerlendirildiğinde; sağlık personelinin hastanın bulunduğu fiziksel ortamın nasıl olması gerektiği hususunda hasta veya hasta yakınlarını bilgilendirmede yeterli özeni göstermedikleri anlaşılmaktadır. Özellikle yatalak durumda hastalara verilen bu hizmette; hastada uzun süre yatağa bağımlı kalma neticesinde oluşabilecek olan yatak yarasının (dekubitus) oluşumunu engellemede önemli bir faktör hastanın yatağı ve hastanın yatış pozisyonudur. Yine KOAH gibi solunum yolu ile ilgili hastalıklarda hastanın yatağının pozisyonu hastanın solunum sıkıntısı çekmemesi açısından önemlidir.

Ayrıca hastanın bulunduğu odanın ısısı gibi değerlendirmelerde sağlık personelinin özensiz davranması hastanın hastalığa ek sıkıntılar yaşamasına neden olabilir.

- Hasta yakınlarının ‘Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanın hastalığı dışında beslenmesi, yatak yarası, vb. konularla ilgilenme düzeyi’ ile ilgili görüşlerine bakıldığında bir düşüklük söz konusudur. Evde sağlık hizmeti veren personel hastayı sadece hastanın ifade ettiği şekliyle ele almamalı, hastanın sağlığını etkileyen beslenme, ruhsal durum gibi konulara da dikkat etmelidir. Özellikle dolaşımın bozulduğu durumlarda ortaya çıkan yatak yaralarının oluşmasını önlemek amacıyla hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmelidir.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarına yöneltilen ‘Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın sağlık durumu ve tedavi işlemleri ile ilgili sorularınıza açıklayıcı ve yeterli cevap verme düzeyi’ ile görüşlerine bakıldığında; ‘iyi’ görüşü ilk sırada yer almaktadır.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının evde sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin hastanın kullanacağı ilaçların ve tıbbi cihazları kullanım şekli konusunda ve hastanın kullanacağı ilaçların yan etkileri konusunda, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmede yeterince açıklayıcı olmadıkları görülmektedir.
- ‘Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin hastanızın problemi olduğunda problemi çözmek için samimiyet düzeyi’ ile ilgili değerlendirme incelendiğinde evde sağlık hizmeti personelinin samimi davranma düzeyi oldukça iyidir.
- Genel olarak Isparta ilinde evde sağlık hizmeti alan hasta yakınlarının bu hizmetten memnun oldukları söylenebilmektedir.

İl ve ilçeler açısından hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında ilçelerde hizmet alanların ildekilere göre daha fazla memnun oldukları görülmüştür. Bunun nedeni il merkezinde personel başına düşen hasta sayısının ilçeler de hizmet veren personel sayısına oranla daha fazla olduğu olabilir. İlçelerde bireyler bir üst sağlık kuruluşuna ihtiyaç duyduklarında il merkezine gitmek için ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşayabilirler. Bu durum ilçelerde yaşayan hastaların il merkezinde sunulan bazı sağlık hizmetlerine ulaşmak için, evde sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, dolayısıyla hizmete ilişkin memnuniyet düzeylerinin daha fazla olmasını sağlamış olabilir.

Gelişen sağlık sektörünün yeni bir parçası olan evde sağlık hizmetleri sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğinin en önemli göstergesidir. Bu çerçevede;

- Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulamasına Yönelik Yönerge’de hizmet alacak hastalara yönelik daha belirgin bilgilerin (hangi hastalığa sahip hastalar) yer alması, hizmette daha çok ihtiyacı olan bireylere ulaşılmasında etkili olacaktır.
- Hizmetin tek bir kurum aracılığıyla verilmeli ve ortak bir otomasyon sisteminin kurulmalıdır. Bu durum hastalara ait geçmiş verilerin paylaşılmasını sağlayacak ve daha verimli hizmetin sunulmasına imkan verecektir.
- Evde sağlık hizmeti sunan personelin hizmeti hastanın evinde sunması personel güvenliğini sağlama konusunda sıkıntı yaratabilmektedir. Bu nedenle personelin



güvenliğini sağlayacak, merkezle irtibat halinde olmasına imkan verecek bir iletişim sisteminin oluşturulması gerekmektedir.

- Evde sağlık hizmetlerini alan hastaların belirli bir yaşa sahip olması ve bakımlarını sağlayacak yakınlarının olmamasından dolayı bazı hastalar yemek yapmak, ev temizliği yapmak gibi elzem ihtiyaçlarını kendileri zor karşılayabilmektedir. Bu sebeple Evde Sağlık Hizmeti veren birimlerin belediyeler ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı birimlerle daha sıkı işbirliği içinde olmasını gerektirmektedir.
- Bireylerin evde sağlık hizmetlerine ilişkin yeterli düzeyde bilgi sahibi olabilmeleri için Sağlık Bakanlığı'nın evde sağlık hizmetlerine ilişkin tanıtıcı faaliyetlere (kamu spotu gibi) ağırlık vermesi gerekmektedir. Bu durum bu hizmetten haberdar olmayan ve bu hizmete ihtiyacı olan insanların bu hizmetten yararlanmasına imkan sağlayacaktır.
- Evde sağlık hizmetinin aksamaması ve sürdürülebilirliği açısından evde sağlık hizmeti sunan personelin nöbet tutmak, poliklinikte çalışmak gibi başka görevlerinin olmaması gerekmektedir.
- Evde sağlık hizmeti sunan personelin sertifikalandırılması hizmetin kalitesini artırmaya ve memnuniyete yönelik önemli bir katkı sağlayacaktır.
- Hizmetin hedeflenen düzeyde sunulması, aksaklıkların ortaya çıkması açısından planlı ve plansız denetimler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Dinç, D., Ünalın, P. C., Topsever, P. ve Özyavaş, S. (2009), ‘Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim’, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 13(2): 93-98.
2. Karabağ, H. (2007), ‘Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri Ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi’, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
3. Kılınç, A. S., Çatak, B., Badıllıoğlu, O., Sütlü, S., Sofuoğlu, A. E., Aslan D. (2012), ‘Burdur’da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri’, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10(1).
4. Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U.C., Ertürk, S., Yılmaz, F. ve Birol, S. (2008), İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi, Marmara Medical Journal, 21 (1):33-49.
5. Söyleyici, T. (2010), ‘Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması’, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli.
6. Şahin T. K., Bakıcı H., Bilban S., Dinçer Ş., Yurtçu M., Günel E., (2005), Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması, Genel Tıp Dergisi, 15:137-142.
7. Tengilimoğlu, D. (2013), ‘Sağlık Kurumlarında Müşteri Memnuniyeti’, Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821, 30-60.
8. Turan, S. Ö., (2008), ‘Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması, Uzmanlık Tezi’, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
9. Yaş, S. (2009), ‘Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi İle Edirne Devlet Hastanesi’nin Karşılaştırılması’, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
10. Yorulmaz, M., Özata, M., Küçükkendir, H. ve Demirkıran, M. (2013), ‘Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması: Konya İli İle İç Anadolu Bölgesi Ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması’, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 4 (8):1-13.
11. Fatih Sultan Mehmet’in Sağlık Vasiyetnamesi, <http://www.vgm.gov.tr/sayfahtml.aspx?Id=1>, Erişim Tarihi: 27.12.13.
12. Oğlak, S. (2007), ‘Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri Ve Bakım Sigortası’, Turkish Journal of Geriatrics, 10 (2): 100-108.
13. www.nahc.org. Percentage of population aged 65 years and over on 1 January of selected years., <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>. Erişim Tarihi: 07.01.14.

DÜNYADA Palyatif Bakım ve Hospis Merkezlerinin Gelişimi: Türkiye için Uygulama Örnekleri

Mahmut AKBOLAT*

Çiğdem UĞAN**

Zeynep CÜRE***

ÖZET

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler sonucu uzayan yaşam süresi, kronik hastalıklardaki artış, değişen sosyal koşullar her geçen gün artan sayıda insanın tedavi süreçlerinde ve yaşamlarının son döneminde bakıma ihtiyaç duymalarına yol açmaktadır. Bunun sonucu olarak 19. yüzyılın ortalarında ortaya çıkan palyatif bakım kavramı tüm dünyada üzerinde önemle durulan ve bu konuda politikalar geliştirilen bir sağlık hizmeti haline gelmiştir. Birleşmiş Milletler palyatif bakım ve hospis hizmetlerini bir insan hakkı olarak nitelemiştir ve dünyada palyatif bakım ve hospis hizmeti veren kurum sayıları hızla artmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, dünyada palyatif bakım ve hospis merkezlerinin gelişimini inceleyerek, Türkiye'ye özgü ihtiyaçları ortaya koymak ve bu ihtiyaçların giderilmesi için uygulama örnekleri sunmaktır. Çalışma literatür incelemesine dayanmaktadır.

Türkiye'de palyatif bakım ve hospis uygulamalarına 1990'lı yıllarda ilgi duyulmaya başlanmıştır. 2000'li yıllarda düzenlenen mevzuatla evde bakım hizmetleri kapsamında palyatif bakım hizmetleri verilmeye başlanmıştır. 2010 yılı itibari ile 2 Sağlık Bakanlığı, 7 Üniversite ve 1 özel sektör olmak üzere toplam 10 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Palyatif bakım merkezinin bu kadar sınırlı kalmasında onkoloji kliniklerinde bu hizmetlerin verilmesi ve Türk aile yapısının etkili olduğuna ilişkin görüşler olmakla birlikte, son yıllarda özellikle kamu sağlık kuruluşları bünyesinde palyatif bakım merkezlerinin açılması hız kazanmıştır.

Çalışmanın sonucuna göre, Türkiye'de palyatif bakım ve hospis merkezlerinin gelişmiş ülke seviyelerine ulaşabilmesi için, Türkiye'nin sosyo-kültürel yapısına uygun, hasta ve ailelerinde karara katılımının sağlandığı, yataklı, sadece gündüz bakımevi ya da evde bakım hizmeti sunabilecek kurumlar ya da sağlık kuruluşlarına bağlı birimler geliştirilmeli ve palyatif bakım ve hospis hizmetleri sosyal güvenlik kapsamında tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, hospis, terminal dönem

*Yrd.Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

**Arş.Gör., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, cigdemugan@sakarya.edu.tr

***Hemşire, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Zynp-cr88@hotmail.com

DEVELOPMENT OF HOSPICE AND PALLIATIVE CARE IN THE WORLD : EXAMPLES OF APPLICATIONS FOR TURKEY

ABSTRACT

As a result of advances in medicine and technology, extending life expectancy, the increase in chronic diseases, the changing social conditions of the treatment process, a growing number of people needing care in end of their lives. The concept of palliative care emerged in the mid-19th century emphasizes all over the world, and developing policy in this regard has become a health services. Hospice and palliative care services have been described as a human right by the United Nations and the number of palliative care and hospice services in the world is rapidly increasing.

The aim of this study, examining the development of palliative care and hospice centers around the world, put forward specific needs of Turkey, and demonstrate application examples to resolve these needs. The study is based on a literature review.

Palliative care and hospice practices in Turkey has begun to be interested in the 1990s. In the 2000s, palliative care services within the scope of home care services have also been provided with edited legislation. By 2010, there are 2 public hospital, 7 university hospital and 1 private hospital, a total of 10 palliative care centers. Although the opinion that the Turkish family structure and provision of services in the oncology clinics limiting the palliative care center, in recent years, the palliative care center within public health agencies opening has accelerated.

According to the study results, for palliative care and hospice centers in order to reach the level of developed countries in Turkey, appropriate to the Turkish family structure and patients and their families can participate in decisions, day center, health agency that provide home care services should be developed and palliative care and hospice services must be covered by social security.

Key Words: *Palliative care, hospice, terminal stage*

1. Giriş

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler insanoğlunun yaşam süresinin uzamasına, nüfusun yaşlanmasına ve kronik hastalıklarda artışa neden olmuştur. Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde daha görünür olan yaşlanma olgusu, gelişmekte olan ülkeler açısından da önemli hale gelmiştir. Türkiye’de 2005 yılında yüzde 5,7 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun oranının 2050 yılında yüzde 17,6’ya ulaşacağı düşünülmektedir (<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>). Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün 2012 verilerine göre Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm oranı %86’dır (www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/). Sosyal yapıdaki değişiklik, bağımlı yaşlı nüfus oranında artış, tıp alanındaki gelişmeler sonucu hastalıkların kronik bir süreç kazanması, hane nüfus sayısında azalma, kadınların ev dışında çalışma oranında artış gibi çeşitli gerekçelerle, kronik süreçteki hastalara aileleri gerekli bakımı sağlayamamakta ve profesyonel bakım ihtiyacı doğmaktadır (Sucaklı, 2013: 54). Bu ihtiyacı karşılamak amacıyla

tüm dünyada özellikle gelişmiş batı toplumlarında palyatif bakım ya da hospis bakım merkezleri oluşturulmaktadır.

Terminal dönem bakım ya da palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların bakımları günümüzde hastane ortamlarından ayrılarak bu amaçla özel olarak kurulmuş terminal bakım ya da palyatif bakım merkezlerine devredilmektedir. Böylece, tedavisi tamamlanmamış ya da tedavi şansı kalmayan hastalara, bu konuda eğitim almış özel personel ve teknik donanımına sahip kurumlarda, multidisipliner anlayış içerisinde tıbbi bakım sunulmakta, aynı zamanda da hastanelerin özellikle yoğun bakım servislerinde yoğunluğa sebep olan ve bu kurumların hizmet sunumunu zorlaştıran görüntüler ortadan kaldırılmaktadır. Bu haliyle bakıldığı zaman palyatif bakım merkezleri ve hospislerin sosyal, psikolojik, ekonomik, hukuki ve aynı zamanda etik yönü öne çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2011 yılında, 29 milyon (29.063.194) kişi palyatif bakım gerektiren hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Yaşamları sonunda palyatif bakıma muhtaç insanların sayısının 20,4 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu veriler her yıl 15 yaş üstü 100.000 yetişkinden 377'sinin, 15 yaş altı 100.000 çocuktan 63'ünün yaşamlarının son döneminde palyatif bakıma ihtiyacı duyduğunu göstermektedir. Palyatif bakıma ihtiyacı olan yetişkinlerin ölüm nedenleri sırasıyla, kardiyovasküler hastalıklar (%38.5), kanser(%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%10.3) ve HIV/AIDS (%5.7)'tir. HIV/AIDS nedeniyle ölümler 15-59 yaş grubunda yoğunlaşırken, Alzheimer, Parkinson, kronik solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, romatoid artrit nedeniyle ölümler daha ileri yaş grubunda yoğunlaşmaktadır (WPCA, 2014: 12-13).

Tüm bu oranlar hasta ve yakınlarına insan onuruna yakışır fiziksel ve psikososyal bakım sunarak, son dönemlerini rahat ve huzurlu şekilde geçirmelerini sağlayacak palyatif bakım ve hospis merkezlerinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu sebeple son yıllarda, palyatif bakım, semptom yönetimi, psikososyal bakım, iletişim, kompleks karar verme ve bakımın geçiş sürecinde uzmanlaşmıştır (Bruera ve Hui, 2010:4013).

2. Palyatif Bakım ve Hospis

Palyatif bakım, giderek sağlığın bozulmasına neden olan ve çoğunlukla hızlı bir şekilde ölüme doğru giden hastaların ihtiyaçlarına hitap eden özel sağlık alanıdır (Neuendorf, ve Davis, 2014). Dünya Sağlık örgütü, palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailelerinin, başta ağrı olmak üzere, fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerinin erken tanı ve tedavisini yapmak suretiyle yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım şeklinde tanımlamaktadır (WPCA,2014:5). O halde palyatif bakım, biyomedikal modelin dışında doktorun görevini yalnızca hastalığın biyolojisi ile ilgili değil, aynı zamanda acısı ile ilgili, yalnızca tedavisiyle değil aynı zamanda bakımı ve yalnızca yaşam süresini değil, aynı zamanda yaşam kalitesini de dikkate alacak şekilde geniş bir bakış açısıyla ele almaktadır (Mount ve diğ, 2006:1).

Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi palyatif bakım yalnızca hastanın bakımıyla değil, bir bütün olarak tedaviden ölümüne kadar geçen sürecin tamamını kapsayacak genişlikte bir hizmettir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım aşağıdaki özellikleri taşımaktadır (WPCA, 2014:5):

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar,
- Yaşamı destekler ve ölümü doğal bir süreç olarak dikkate alır,

- Ölümü hızlandırma ya da erteleme amacı yoktur,
- Hasta bakımının psikososyal ve ruhsal yönlerini entegre eder,
- Hastaların, ölümüne kadar, olabildiğince aktif bir yaşam sürmelerini sağlayacak destek sistemi sunar,
- Hastaların ailelerine, hastalık süresince ve yas süreçlerinde yardımcı olacak destek sistemi sunar,
- Eğer gerekirse, yas dönemi danışmanlığı da dahil olmak üzere, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasında ekip yaklaşımı kullanır;
- Bir taraftan yaşam kalitesini artırırken, diğer yandan hastalık seyrini olumlu yönde etkileyebilir,
- Hastalık sürecinin erken evrelerinde, kemoterapi ve radyoterapi gibi yaşam süresini uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte kullanılabilir ve daha üzücü klinik komplikasyonları anlamak ve yönetmek için gerekli olan araştırmaları da kapsamına alır.

Palyatif bakımın amacı, hastalıklarının sınırları dahilinde hastaların mümkün olan en iyi kalitede yaşamını sürdürebilmesi için semptomların ortadan kaldırılması ve hastaların ölümünden önce ve sonra hasta ailelerine destek olmaktır (Neuendorf ve Davis, 2014). Palyatif bakım, ölümü doğal bir süreç olarak kabul eder. Bu süreci uzatmaya ya da kısaltmaya yönelik bir amacı yoktur. Bu amaçla takip edilen bir hastaya gereksiz incelemeler yapılması palyatif bakım felsefesine aykırıdır. Böylelikle hasta ve yakınlarının yıpranmalarına engel olduğu gibi, maliyet artışlarına da yol açılmaz (Döventaş, 2012:158).

Palyatif bakım hem tedaviyle ilgili süreçlerden hem de biyopsikososyal modelden oluşan bir bütündür. Bu bütüne ise sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenen çeşitli meslek disiplinlerinden oluşan bir ekiple ancak ulaşılabilir (Bağ, 2012: 144). Klinik palyatif bakım üç farklı düzeyde sağlanabilir. Birinci düzeydeki palyatif bakım tüm hekim ve sağlık çalışanları için gerekli olan temel beceri ve yetkinliklerinde zaten söz konusudur. Bu tür bakım herhangi bir klinik pratikte verilen hizmetlerle birlikte sunulabilir. İkinci düzeydeki palyatif bakım, uzman hekimleri, danışmanlık ve özel bakım sağlayan kuruluşlarda sunulan hizmeti ifade etmektedir. Üçüncü düzey palyatif bakım ise karmaşık sorunlar hakkında uzmanlık bilgisi olan akademik merkezlerde uygulanan, araştırılan ve öğretilen palyatif bakıma karşılık gelmektedir (Neuendorf, ve Davis, 2014).

Yukarıdaki açıklamalardan sonra palyatif bakım kısaca şu şekilde özetlenebilir (SB, 2010:23)

- Palyatif Bakım bir insan hakkıdır.
- Palyatif bakım, kanserin kendisinden kaynaklanan veya tedavi yöntemleri nedeniyle meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan yaklaşımdır.
- Yeni tanı almış, tedavi sürecinde ve terminal dönemde olan hastalara uygulanabilir.
- Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür.

Hospis (Hospice): Tedaviye yanıt vermeyen veya ölmekte olan hastaların, semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip hastanelerdir (Aydoğan ve Uygun, 2011: 5). Başka bir ifade ile hospis, bir ölümcül hastalıkla yüz yüze gelen tüm hastalar ve aileleri için şefkatli ve maliyet-etkin bir bakım sağlamak amacıyla oluşturulan kurumdur (Carrion ve Bullock, 2012:9). Hospis tedaviye odaklanmaz, onun yerine bakıma odaklanır. Pek çok vakada hastaya evinde hizmet verilir, fakat hizmet bağımsız olarak kurulmuş hospis

merkezlerinde, hastanelerde, hemşirelik bakım merkezlerinde ve diğer uzun dönem bakım merkezlerinde de verilebilir (NHPCO, 2013:3).

Hospis bakım, yaşamının sonuna yaklaşan kişiler için sunulmaktadır. Bu tür bakım, ölümü yaklaşan hastaların ağrısını azaltmak ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarına cevap vermek suretiyle maksimum konfor yaşamasını sağlayan sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından sunulmaktadır. Hospis, ailelere yardım etmek için danışmanlık, geçici bakım ve pratik destekler de sağlamaktadır (Mayo Clinic, 2014). Bir başka tanıma göre hospis; sağlık personeli ve gönüllüler tarafından verilen son dönem bakımıdır. Sağlık personelleri ve gönüllüler hasta ve ailesine tıbbi, psikolojik ve manevi destek verirler. Son dönem bakımın amacı ölümü yaklaşan hastaların bu süreci huzurlu ve onurlu bir şekilde geçirmesine yardımcı olmaktır. Hospis programları da hastanın ailesine destek hizmetleri sağlamaktadır(WPCA, 2014:6).

Bununla birlikte, tipik bir hospis bakımında bir aile üyesi birincil bakıcıdır ve uygun zamanlarda terminal dönem hastasının özel kararlarını vermesinde yardımcı olarak görev yapmaktadır (NHPCO, 2013:3). Ancak, her aile terminal dönemdeki hasta üyesine bakacak durumda olmayabilir. Bu görevi üstlense de bir süre sonra fiziksel veya psikolojik yıpranmayla karşı karşıya kalabilir (Bag, 2012:144). Bu sebeple, hospis personeli, hastayı düzenli olarak ziyaret ederek ilave hizmetleri veya hastanın yakını tarafından verilemeyen diğer hizmetleri sunar. Hospis çalışanları haftada yedi gün 24 saat göreve hazır olarak beklerler (NHPCO, 2013:3).

Görüldüğü gibi, tanımlar üzerinde gidildiği zaman, hospis ve palyatif bakım birbirine çok benzemektedir ve bu sebeple de genellikle karıştırılmaktadır. Ancak hospis palyatif bakımdan daha farklı bir hizmettir. Palyatif bakım hastanın tedavisi ile birlikte başlar ve tüm tedavi süresince devam ettirilir. Hospis bakımı, hastanın kalan son günlerini rahat geçirmesini ve insana yakışır, onurlu bir ölümü hedefler (Aydoğan ve Uygun, 2011: 5). Dolayısıyla hospis bakım, yaşamının sonuna gelen hastalara ve onların yakınlarına sunulan bir hizmet türü olması sebebiyle palyatif bakıma göre farklılık göstermektedir.

3. Palyatif Bakımın Gelişimi ve Dünyada Uygulama Örnekleri

Bir dinlenme yeri olarak tanımlanan ve ilk kez Romalılarda rastlanan hospisler, MS IV. yüzyılda dini kuruluşlara devredilmiştir (Bag, 2012b: 121). İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. (Kabalak ve diğ., 2013: 57; Bag, 2012: 143). Bu anlamda Fransa'da palyatif bakımın tarihi, ondokuzuncu yüzyılın ortalarında Jeanne Garnier'in Lyon'da ölmek üzere olan kişiler için kurduğu Calvaire'e kadar götürülebilir. Garnier'in çalışmaları, 1970'lerde Associations de Soins Palliatifs organizasyonu palyatif bakımı bir şemsiye altında toplayıncaya kadar devam etmiştir. 1986 yılında the Circulaire Laroque palyatif bakımın sağlanması konusunda, özellikle hastane bağlamında geniş öneriler geliştirmiştir. 1999 yılında palyatif bakım bir insan hakkı olarak Fransa yasaları kapsamına alınmıştır (Wright ve diğ., 2006: 17).

Palyatif bakım 20. yüzyılın sonlarında toplumsal bir hareket ve tıpta uzmanlık olarak gelişmeye başlamıştır. Cicely Saunders, Güney Londra'da, 1967 yılında, St Christopher Hospis'ini kurduğunda hızla başkalarına ilham kaynağı olmuştur. Modern palyatif bakımın gelişiminin merkezinde, Saunders'ın yaşamının sonunda olan hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal etkiyi içeren bakımının iyileştirilmesi için titiz klinik uygulama, eğitim ve araştırmanın önemini vurgulayan fikirleri vardır (Clark ve Graham, 2011). Hospis bakım modelinin temel ilkeleri; (1) terminal hastalık döneminin ağrı ve diğer belirtilerinin kontrolü; (2) Hasta ve hasta yakınları / bakıcılarına psikolojik, sosyal ve manevi destek sağlamaktır



(Golijani-Moghaddam, 2014: 30). İngiltere'deki bu hareket kısa sürede kabul görmüş ve dünyaya yayılmaya başlamıştır. İlk kez 1986 yılında DSÖ palyatif bakımın tanımlamasını yapmış ve 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlanmıştır (Kabalak ve diğ., 2013: 57; Bag, 2012:143; www.hospicefoundation.org). Günümüzde gelişmiş ülkelerde terminal hastaların rutin evde bakımı, evde günlük vizitler, evde hemşirelik hizmetleri ve gerektiğinde hospitalizasyon hizmetlerini de sağlayan bir nitelik kazanmıştır (Döventaş, 2012: 158; Bag, 2012: 143).

Almanya'da palyatif bakım, ilk kez 1983 yılında Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı olarak kurulan bir serviste hizmet sunmaya başlamıştır. Alman Sağlık Bakanlığının 1991-1996 yıllarında palyatif tedavi için model çalışma başlatmasıyla palyatif servis sayısı çok kısa bir sürede artmıştır ve her geçen gün yeni servisler açılmaya devam etmektedir (Bag, 2012: 143). 2005 verilerine göre Almanya'da evde bakım hizmetleri içinde sunulan 111 hospis hizmeti, yataklı kurum olarak hospis, 116 hastanede palyatif bakım ünitesi ve 40 evde bakım palyatif bakım hizmeti faaliyette bulunmaktadır (Schindler, 2006; akt. Bag, 2012: 148). Ayrıca, Almanya örneğinde, gerektiğinde evde bakım hizmeti alanların ailelerine nefes aldirmek için gündüz bakım evleri kurulmuştur. Almanya'da 12000'den fazla bu tip işletme mevcuttur. 9000'den fazla kurum da bakım yurtları işlemektedir. Bu rakamın içine sivil toplum kuruluşları (%64) ve kâr amaçlı kuruluşlar da dahildir. Gündüz bakım evleri ve bakım yurtlarında hizmetlerin bir kısmı sigorta tarafından karşılandığı için kalan kısım sivil kuruluşlar veya hasta tarafından ödenmektedir (Ayдын, 2005: 39).

Çin'de ilk hospis 1988 yılında Tianjin'de kurulmuştur. 1992 yılında Çin Ulusal Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen "Kanser ağrısı ve palyatif bakım" yöntemini başlatmıştır. 2000 yılından itibaren kanser hastalarına bakım veren tüm klinisyenler opioid reçete yazım eğitimi alabilmektedir ve Çin hükümeti tarafından bu eğitim hizmet gereği olarak kabul edilmektedir. Ulusal sağlık bakanlığı tarafından 2006 yılından itibaren yapılan düzenlemeler, ilerlemiş kanser ve kötü huylu olmayan hastalıklar için toplumdaki sağlık merkezlerinin hospis ve palyatif bakım departmanlarının kurulmasına imkan verilmiştir. Palyatif bakımdaki bu gelişmelerin ardından, Chengdu, Şangay, Pekin, Kunming, Shantou ve Shenyang gibi kentsel alanlarda birçok hospis ve/veya palyatif bakım departmanları kurulmuştur. Aynı zamanda toplumda palyatif bakımı sağlamak üzere, bir tür hospis olarak 32 Ning Yang Yuan (huzur ve bakım hastaneleri) kuruldu.(Li ve diğ., 2011: 292). Üniversitelerin eğitim hastanelerindeki palyatif bakım üniteleri, illerdeki hastaneler, belediye hastaneleri ve sağlık merkezlerindeki palyatif bakım, hastanede bakım ve evde toplum içinde bakım olmak üzere iki kategoriye ayrılarak sunulmaktadır (Li ve diğ., 2011: 293).

Palyatif bakım, ABD'de Birleşik Krallık'tan ABD'ye hospis bakımının taşınmasıyla başlamıştır. 1963 yılında Florence Wald, bir dizi konferans vermesi için İngiltere'den Dr. Cicely Saunders'ı davet etmiştir. Hospis hareketinin dünya çapında lideri olan Cicely Saunders, bir ekip kullanmak suretiyle, ölen hastaların ağrı ve diğer tüm ihtiyaçlarını yönetmek üzere yaklaşımlar geliştirdi. Saunders'ın ziyareti, 1973 yılında hastalara evde bakım hizmetleri vermeye başlayan Branford, Connecticut'taki ABD'nin ilk hospisinin açılmasına yol açmıştır (Connor, 2007: 90). ABD'de ilk hospis girişimleri gönüllüler tarafından başlatılmış olup 2008 yılında 550.000 hospis gönüllüsü 25 milyon saat görev yapmışlardır. Gönüllüler 3 ana alanda hizmet vermektedirler: Hasta ve ailesiyle zaman geçirmek (direkt hasta bakımı % 61,2), büroda, hasta bakımını destekleyen diğer servisler ve klinik hizmetlerde çalışmak (klinik destek % 28,3), yardım toplanmasına ve/veya idareye yardımcı olmak (genel destek % 16,8). 2008 yılında hizmet saatlerinin % 6'sı gönüllüler tarafından

karşılanmıştır. Ortalama bir hospis gönüllüsü yılda 46. 8 saat görev yapar ve yirmi hospis hastasına ziyarette bulunmaktadır (Elevli, 2012: 121). 1982 yılında çıkarılan bir yasa ile hospis hizmetleri medicare kapsamına alınmıştır (Connor, 2007: 91).

Danimarka’da ilk hospis 1992 yılında Kopenhag’da 10 yataklı bir kuruluş olarak kurulmuştur. 1995’de ikinci hospis 12 yataklı olarak, 1996’da üçüncü hospis 10 yataklı olarak kişisel kaynaklarla başlamıştır. Her yıl yaklaşık 60.000 kişinin yaşamını yitirdiği Danimarka’da, 16.000 kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu kişilerin üçte ikisinin yaşamı hastanede, %24’ünün evde ve %12’sinin diğer merkezlerde sona ermektedir. Ulusal sağlık hizmetleri kapsamında doktorlar, hemşireler, hastaneler ve bakım merkezleri palyatif bakım için çalışmakta ve hastanedeki bakım ve destek hizmetleri sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmaktadır(Elevli,2012:121-122).

Türkiye’de palyatif bakım ve hospis hizmetinin önemi 1990’lı yıllarda anlaşılmaya başlanmıştır. Ancak geçmişte bu alanda yalnızca birkaç girişim olmuştur. Türkiye’de hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek, hospis kavramına yakın ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı’nın, İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yıllarında hizmete soktuğu kuruluştur. Ancak, bu tür kuruluşlara sosyal güvenlik sistemi tarafından ödemenin yapılmaması ve o tarihlerde palyatif bakım ve hospisin öneminin yeterince anlaşılabilmesi, bu kuruluşun kapanmasına sebep olmuştur. Palyatif bakım amaçlı ikinci “Hospis” girişimi, Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında gerçekleştirilmiş ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine çok yakın, tarihi bir Ankara evi yeniden dizayn edilerek, 12 odalı bir hospis’e dönüştürülmüştür. “Hacettepe Umut Evi” olarak adlandırılan bu girişim, yasal düzenlemelerin olmaması sebebiyle, sınırlı tutulmuş ve kanserli hastaların tedavi ve sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklamalarını ve minimal ölçüde hemşire hizmetlerinden yararlanmalarına imkan verecek şekilde hizmet sunulması öngörülmüştür (Akgül, 2006).

Literatür incelendiğinde Türkiye’de resmi olarak kurulmuş ve işletilen 2 Sağlık Bakanlığı, 7 Üniversite ve 1 özel sektör olmak üzere toplam 10 palyatif bakım merkezi olduğu görülmektedir (Gültekin ve diğ., 2010: 4; Özgül ve diğ., 2011:9). Genellikle palyatif bakım onkoloji merkezlerinde verilmektedir. Bununla birlikte, bu spesifik konuya odaklı merkezler son yıllarda açılmaya başlanmıştır. Örneğin 2012 yılı başlarında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi, Destek Bakım Ünitesi’nde, kanser hastalarına hizmet vermek üzere palyatif bakım merkezi hizmete sokulmuştur (Döventaş,2012: 158). Benzer örnekleri başka kurumlarda da görmek mümkündür. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi 2013 yılında hizmet vermeye başlamış, hizmet alanı sadece onkoloji hastalarıyla sınırlı olmayıp, geriatri ağırlıklı hastalara da hizmet vermeye başlamıştır (<http://www.ikkh.gov.tr/Haberler.php?id=74>). Farklı branşlardan hekim ve hemşirelerin görev yaptığı 20 yataklı bir başka palyatif bakım ünitesi 2013 yılı başlarında Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet sunmaya başlamıştır (<http://www.trabzonkanuni.gov.tr/bolumbilgi.php?gID=171>). Bu örnekleri artırmak mümkündür.

4. Tartışma ve Sonuçlar

Palyatif bakım ve hospis hizmeti gün geçtikçe yaşlanan ve kadınların işgücüne katılımıyla birlikte çekirdek aileye dönüşen Türkiye’de önemini artırmaktadır. Ancak Türkiye’de palyatif bakımın önünde önemli engeller bulunmaktadır (Kömürcü, 2011: 79):

- Palyatif bakım konusunda sosyal ve sağlık personelinin farkındalık eksikliği
- Genel antitümöral tedavilerin palyatif bakımdan ayrılması
- Piyasada opioidlerin yeterince bulunmaması
- Yetersiz ekonomik destek
- Eğitimli sağlık personelinin bulunmaması
- Kaynakların dağılımında eşitsizlik
- Palyatif bakımla ilgili düzenlemelerin eksikliği

Bu engeller sebebiyle Türkiye’de uygun koşullarda palyatif bakım ve hospis hizmetinin verilmesi çok zor gözükmektedir. Ayrıca, European Association for Palliative Care (EAPC); raporuna göre Türkiye de uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmetinin verilememesinde farklı sorunlar da bulunmaktadır. Bu sorunlar; (EPAC, 2006).

- Eğitimli sağlık personelinin yetersizliği,
- Sadece, kanser tedavisinde odaklanma
- Ekonomik kaynakların yetersizliği
- Sosyal güvenlik sisteminin evde palyatif bakım hizmetini kapsam dışı tutması: Bu sorunun çözümü için bazı düzenlemeler yapılmaktadır
- Güçlü opioidlerin sayısının azlığı, sadece morfin ve fentanil kullanımının olması
- Güçlü opioidlere psikolojik ve fiziksel bağımlılık gelişimi korkusu
- Bazı hekimlerin güçlü opioidlerin reçetelenmesi ile ilgili isteksizlikleri.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesine dair eylem planı (SB, 2010) ile başlayan palyatif bakım ve hospis hizmetlerinde, son yıllarda bazı gelişmeler olmaktadır. Ancak hospis hizmetinin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için farkındalık yaratmak gerekmektedir. Bu amaçla açılan birtakım kurum ve kuruluşlar ise yeterli olmamaktadır. Aynı zamanda sağlık çalışanları eğitilerek palyatif bakım konusunda farkındalık oluşturulmalıdır. Özellikle evde bakım hizmetlerinin gelişme eğiliminde olduğu ülkemizde bu yönde eğitimler verilerek ve farkındalık kazandırılmak suretiyle evde bakım hizmetleri ekiplerine katılacak yeni uzmanlarla palyatif bakıma ihtiyacı olan kişilere bu hizmet de verilebilir.

Gelişmiş ülkelerde yaşlı veya yatağa bağımlı hastaların tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının sağlık kuruluşları yerine kişinin kendi evi ve aile ortamında yapılması, hastanede kalış sürelerinin kısaltılması amacıyla evde sağlık hizmetleri yaygın bir uygulama olarak ön plana çıkmıştır. Bu ihtiyaç Türkiye’de de algılanıp özel sektör bu alan girmeye başlayınca, Sağlık Bakanlığınca ilk aşamada 10/03/2008 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile özel sektör tarafından sunulmakta olan hizmetleri disipline etmeyi amaçlamıştır. 01/02/2010 tarihinde yürürlüğe sokulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Sağlık Bakanlığı’nın kendi sağlık kurum ve kuruluşlarınca da evde sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Ayrıca bu yönerge ile, evde sağlık hizmeti verecek Sağlık Bakanlığınca bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde oluşturulacak evde sağlık hizmet birimlerinin tanımı, bu hizmetleri alacak hastalara ilişkin tıbbi ve sosyal ölçütlerin tespiti, evde sağlık hizmeti verecek sağlık ekibinin ve gerekli ekipmanın standartlarının belirlenmesi, ilgili personelin görev yetki ve sorumlulukları, randevu, kayıt ve takip sistemlerinin

kurulması, çalışma sistemine ilişkin usul ve esaslar ile denetim esaslarına ilişkin mevzuat ve altyapı düzenlemeleri yapılarak evde sağlık hizmetlerinin kamu kuruluşları vasıtasıyla sosyal devlet anlayışı içerisinde verilmesi ve tüm ülke genelinde etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulamaya konulması hedeflenmiştir.(SB, 2010:25). Ancak bu düzenlemeler palyatif bakım ve hospis hizmetlerini de kapsayacak şekilde geliştirilmelidir.

Palyatif bakım veya hospis kliniklerinin amacı; onaylanan yaşamı ve kabullenilen ölümü normal sürecinde götürmek ve yaşam kalitesini artırmaktır(Sucaklı,2013:53). Birleşmiş Milletler toplantılarında kabul edildiği üzere palyatif bakıma erişim yasal zorunluluktur ve uluslararası kuruluşlar tarafından fiziksel ve zihinsel olarak erişilebilecek en yüksek standartlara dayanan bir insan hakkı olarak görülmektedir (EAPC, 2013:1). Ancak, Türkiye'nin bu konuda yeterince hizmet sunacak alt yapı ve hizmet alanına sahip olduğu söylenemez. O halde ülkemizde diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, palyatif bakım ve hospis hizmetine ihtiyaç duyan hasta ve yakınlarına hizmet sunmada ön plana almalı ve yeni projeleri hızlandırmalıdır.

Pek çok ülke hospis hizmeti ödemelerini sosyal güvenlik kapsamında planlamaktadır. Örneğin, ABD'de hospis giderleri medicaid tarafından karşılanmakta, hospislerden hizmet alan hastaların ilaç vb., diğer giderleri için katılım payları ödenebilmektedir (HFA, 2014). Buna karşılık Türkiye'de halen palyatif bakıma odaklanılmakta ve hospis hizmetine ilişkin gelişmeler istendik düzeyde olmamaktadır. Halbuki, yaşamının sonuna gelmiş insanların aileleri ile başbaşa terkedilmeleri, hem hastaların son zamanlarını huzursuz geçirmelerine, hem de ailelerin sosyal ve psikolojik açıdan sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir ve yurt dışında bu alanda yapılmış çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu sebeple Türkiye palyatif bakım hizmetleriyle birlikte hospis hizmetlerine de odaklanmalı ve bu iki hizmet paralel ve çeşitli alternatifler kullanılarak sürdürülmelidir. Bu amaçla aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

Hospis ve palyatif bakım hizmetleri bu alanda gelişmiş ülke modellerinde olduğu gibi kurum, aile ve gündüz bakım evi gibi farklı imkanlar kullanılarak sunulmalıdır. Örneğin evde bakım hizmeti alması güç olan hastalar kurumlara yatırılarak hizmet alabilmelidir. Buna karşılık isteyen hasta ve yakını kendi evlerinde, ancak hospis veya palyatif bakım hizmet ekibinin desteğiyle yaşamını sürdürebilmelidir. Ya da farklı bir alternatif olarak, eşlerin çalışması sebebiyle gündüz evde bakımı problemlili olan hastalara gündüz bakımevi şeklinde imkanlar sunulabilmelidir. Bütün bu hizmetler sunulurken hasta ve yakınlarının belirleyici olduğu hizmet planları geliştirilmeli ve hizmet bu planlara uygun olarak sunulmalıdır.

Hospis hizmetler de palyatif bakım hizmetleri gibi sosyal güvenlik kapsamına alınmalıdır. Bazı giderler için katılım payları alınabilir ya da bu paylar çeşitli vakıf veya fonlar tarafından karşılanabilir. Ancak, hospis hizmetlerinin sürdürülebilmesi için mutlaka fon akışının sağlanması önem arz etmektedir.

Bazı görüşlere göre, Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin yıllarca ihmal edilmesinin en önemli nedenlerinden biri Türk aile yapısıdır. Türk kültüründe, aile büyükleri veya kanserli hastalar yalnız bırakılmamakta ve her türlü bakım ve destekleri bizzat hastaların ailelerince yapılmaktadır (Gültekin ve diğ., 2010: 4). Ancak bu yaklaşım günümüzde geçerliliğini yitirmektedir. Tabii ki aile palyatif bakımda çok önemli bir unsurdur, hatta zaman zaman hasta adına bakım planlarının yapılmasında yardımcı olur. Ancak, palyatif bakım ve hospis hizmetleri sadece hastalar için sunulmaz. Hizmet sunumunda hasta yakınları da dikkate alınmalıdır. Özellikle kent merkezlerinde yaşayan hasta yakınları hastalarını kaybettiklerinde acılarıyla baş başa bırakılmamalı, cenaze işlemleri ve cenaze sonrası

dönemde onların yaşama uyumunu sağlayacak yardımcı hizmetler sunulmalıdır. Dolayısıyla Türk aile yapısı veya kültürü gibi bir takım mazeretler, palyatif bakım ve hospis hizmetlerinin gelişimi için engel olarak ileri sürülmemelidir. Aksine bu avantaj, palyatif bakım gelişiminde pozitif bir destek olarak kullanılmalı ve evde bakım hizmetleriyle entegre palyatif bakım hizmetleri de geliştirilmelidir.

Kaynaklar

- 1.AKGÜL, Hikmet (2006). “Türkiye’de Kanser Hastaları İçin Palyatif Bakım”, Medimagazin, 25 Aralık 2006, <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hikmet-akgul/tr-turkiye8217de-kanser-hastalari-icin-palyatif-bakim-72-3-984.html>, Erişim Tarihi: 11.08.2014
- 2.AYDIN, Dursun (2005), Evde Bakım Hizmetleri, Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları 1, Başak Matbaası, Ankara.
- 3.AYDOĞAN, Fatma ve Kazım Uygun (2011), “Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler”, Klinik Gelişim, 24: 4-9.
- 4.BAG, Beyhan (2012a), “Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları”, Türk Onkoloji Dergisi, 27(3):142-149.
- 5.BAG, Beyhan (2012b), “Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma”, Akad Geriatri, 4: 120-125.
- 6.BRUERA, Eduardo ve David Hui (2010), “Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer: Establishing Goals and Models of Care”, Journal of Clinical Oncology, 28(25): 4013-4017.
- 7.CARRION, Iraida V. ve Karen Bullock (2012), “A Case Study of Hispanics and Hospice Care”, International Journal of Humanities and Social Science, 2(4): 9-16.
- 8.CLARK David ve F. Graham (2011), “Evolution and change in palliative care around the World”, Medicine, 39 (11): 636-638.
- 9.CONNOR Stephen R. (2007), “Development of Hospice and Palliative Care in The United States”, OMEGA, 56(1): 89-99.
- 10.Devlet Planlama Teşkilatı(2007). Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 25.07.2014.
- 11.DÖVENTAŞ, Alper (2012), “Palyatif Bakım ve Yaşlı”, 5. Akademik Geriatri Kongresi Bildiriler Kitabı, 23 - 27 Mayıs, Belek, Antalya, ss. 158-165.
- 12.ELEVLİ, Emel (2012), Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 13.EAPC (European Association for Palliative Care) (2006), EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe: Turkey, 7th August 2006, <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=sAOL09nehJg%3D&tabid=634>, Erişim Tarihi: 11.08.2014

- 14.EAPC (European Association of Palliative Care) (2013), The Prague Charter: Urging Governments to Relieve Suffering and Recognize Palliative Care as a Human Right, <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=aQZF46STuX0%3d&tabid=1958>, Erişim Tarihi: 11.08.2014
- 15.GOLIJANI-MOGHADDAM, Nima (2014), “Practitioner Psychologists in Palliative Care: Past, Present, and Future Directions”, *Counselling Psychology Review*, 29(1): 29-40.
- 16.GÜLTEKİN, M., N. Özgül, E. Olcayto ve A. M. Tuncer, (2010), “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu”, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2010-1: 1-6.
- 17.HFA (Hospice Foundation of America) <http://hospicefoundation.org/End-of-Life-Support-and-Resources/Coping-with-Terminal-Illness/Paying-for-Care> , Erişim Tarihi: 11.08.2014
- 18.<http://www.ikkh.gov.tr/Haberler.php?id=74>, Erişim Tarihi: 11.08.2014
- 19.<http://www.trabzonkanuni.gov.tr/bolumbilgi.php?gID=171>, Erişim Tarihi: 11.08.2014
- 20.KABALAK, A.A., H. Öztürk ve H. Çağil (2013), “Yaşam sonu bakım organizasyonu; Palyatif bakım”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2): 56-70.
- 21.KÖMÜRCÜ Şeref (2011), “Current Status of Palliative Care in Turkey”, *J Pediatr Hematol Oncol*, 33, Supplement 1: 78-80.
- 22.LI, J., M. P. Davis ve P. Gamier (2011), “Palliative Medicine: Barriers and Developments in Mainland China”, *Curr Oncol Rep.*, 13:290-294
- 23.Mayo Clinic, (2014) “Hospice care: Comforting the terminally ill”, <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/end-of-life/in-depth/hospice-care/art-20048050>, Erişim Tarihi: 11.08.2014
- 24.MOUNT, B., G. Hanks, ve L. Mcgoldrick (2006), “The principles of palliative care”, In, M. Fallon ve G. Hanks (eds), *ABC of Palliative Care*, Second edition, Blackwell Publishing, Massachusetts, pp. 1-3.
- 25.NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization) (2013), *NHPCO’s Facts and Figures Hospice Care in America 2013 Edition*, USA.
- 26.NEUENDORF, Kathleen ve Mellar Davis, (2014), “Palliative Care”, *Practice Based Pharmacology Online Series*, <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/hematology-oncology/palliative-medicine/>, Erişim Tarihi: 11.08.2014
- 27.ÖZGÜL, N., O. Koç, M. Gültekin, F. Göksel, S. Kerman, P. Tanyeri, H. Ekinci, M. A. Tuncer ve İ. Şencan (2011), “Opioids for Cancer Pain: Availability, Accessibility, and Regulatory Barriers in Turkey and Pallia-Turk Project”, *J Pediatr Hematol Oncol.*, 33, Supplement 1: 29-32.
- 28.SB (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü) (2010), *Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı-(2010-2023)*, Ankara
- 29.Schindler T. (2006), *Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz*, 49: 1077-1086.
- 30.SUCAKLI, Mustafa Haki, (2013), “Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 7(3): 52-57



- 31.WHO (World Health Organization), “WHO Definition of Palliative Care”, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim Tarihi: 08.07.2014
- 32.WHO (World Health Organization) (2014). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/ Erişim Tarihi: 11/08/2014
- 33.WPCA (Worldwide Palliative Care Alliance) (2014), Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Stephen R CONNOR. ve Maria Cecilia Sepulveda Bermedo (Eds.), World Health Organization, http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf, Erişim Tarihi: 11.08.2014.
- 34.WRIGHT, M., J. Wood, T. Lynch ve D. Clark (2006), Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View, National Hospice and Palliative Care Organization,<http://cuidadospaliativos.org/archives/Mapping%20levels%20of%20palliative%20care%20development,%20a%20global%20view.pdf>, Erişim Tarihi: 11.08.2014.

TÜRKİYE'DE YEREL YÖNETİMLER TARAFINDAN SUNULAN EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Ceyhun ÖZDEMİR*

A. Ezel ESATOĞLU**

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye’de yerel yönetimler tarafından verilen evde bakım hizmetleri hakkında durum değerlendirmesi yapmak amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında Türkiye’de bulunan 81 il belediyesi (30 büyükşehir, 51 il belediyesi), tarafından evde bakım hizmeti verilir verilemediği, hizmet verilmesi durumunda verilen hizmet çeşitliliği, büyükşehir statüsündeki belediyelerin evde bakım hizmeti sunum çeşitliliği araştırılarak, hizmet verme şartları, verilen hizmetin kapsamı ve içeriği, ne kadar süredir evde bakım hizmeti verildiği, hizmetin denetiminin kim tarafından yapıldığı, kaç personel ile hizmet verildiği ve çalışan personelin nitelikleri, hizmet sunumunun belediye bünyesinde mi yoksa hizmet alımı yoluyla mı yapıldığı sorularına yanıt aranmıştır. Araştırma sırasında belediyelerin resmi internet siteleri taranarak evde bakım hizmeti verilir verilemediği bilgisine ulaşılmaya çalışılmış, ulaşılan bilgiler telefon ile aranarak teyid edilmiş, hizmet veren belediyelerin yetkililerine araştırma konusu aktarılarak detaylı bilgi alınmaya çalışılmıştır.

Araştırma sonucunda, Türkiye’de yerel yönetimler tarafından sunumu yapılan evde bakım hizmetlerinin yetersiz olduğu, verilen hizmetlerin sosyal yardım amaçlı olduğu ve bu başlık altında sunumun yapıldığı, hizmet standardının olmadığı ortaya çıkmış ve Türkiye’de bulunan 81 il belediyesi içerisinde, 27 tanesinin evde bakım hizmeti verdiği, hizmet veren belediyelerin sadece 7 tanesinin evde sağlık, temizlik ve sıcak yemek gibi evde bakım hizmetinin önemli organlarını bir arada verdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Özellikle doğu ve güneydoğu illerinde evde bakım hizmetinin yerel yönetimlerce algılanamadığı, belediyelerin sağlık işleri biriminin dahi olmadığı dikkat çekici bir bulgu olarak iletilmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Belediyeler, belediyelerin verdiği evde bakım hizmetleri, evde bakım, sağlık, yerel yönetimler.

*Hasta Danışmanı, Özel TOBB ETÜ Hastanesi, Acil Servis, ceyhunozdemir@mynet.com

**Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yön. Bölümü, afsunezel@yahoo.com

TURKEY HOME CARE SERVICES OFFERED BY PROVINCIAL MUNICIPALITIES

ABSTRACT

In this study, the aim is to assess the situation of the home care services which provided by municipalities provincial of the government in Turkey. In this study we asked 81 provincial municipalities in Turkey (30 metropolitan, 51 provincial municipalities) questions about if home care services are given or not by the municipalities, the variety of the services, variety of the services of the metropolitan municipalities, conditions of the provided services, content, duration, and control mechanism of the home care services, the number and the quality of authorized personnel which provide these services, the nature of the services provided by municipalities or by the external companies. This research is applied by scanning the official website of the municipal to get the information about home care services than, to check the accuracy of the information, phone calls are made to the personnel of the municipal and after this we concluded the content of the services with the authorised personnel.

At the end of the research we found that the presentation of the home care services are insufficient. All this services are provided for only the social assistance and there is no standardization on these services. Also generally these services are given only for last 3 years by the municipals. Of the 81 municipalities, 27 of these are providing home care services and 7 of these 27 municipalities are also providing health care, food and cleaning services combined with the home care services. Especially in eastern and southeastern provinces, home care services are not provided by the municipalities and also they don't have any health care services.

Key Words: municipalities, the municipalities provide home care services, home care, health care, local governments.

1. Giriş

Bireylerin bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanması olarak (Karahana ve Güven, 2002:156) kısaca tanımlanabilen evde bakım hizmetleri; hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, ev ekonomisti ve bakım destek elemanı gibi farklı meslek ve branş üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetler bütünü ifade etmektedir (Aksayan ve Cimete, 1998:5). Evde bakım hizmetlerinden yararlanan gruplar çoğunlukla kronik hastalar, yaşlılar ve özürlülerdir. Bu grupların yararlandığı evde bakım hizmetleri uzun süreli olup, doğum sonrası ya da taburcu sonrası geçici bir süreliğine bakıma ihtiyaç duyan kimseler ise kısa süreli evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır (Arno vd., 1994:16).

Evde bakım hizmetleri ile bakıma muhtaç bireylerin sadece tıbbi bakım ihtiyaçları değil, sosyal bakım ihtiyaçları da karşılanmaktadır. Sosyal bakım hizmetleri yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri ile ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini içermektedir (Çoban, 2004). Evde bakım hizmetlerinin amacı, bireylere kaliteli, ihtiyaca uygun ve düşük maliyetli bakım hizmetleri sunarak, onların bağımsızlıklarını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek ve bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak aileye destek vermek, böylece hem bir bütün olarak ailenin hem de tüm aile üyelerinin işlevselliğini arttırmaktır (Bulut, 2001:34). Evde bakım hizmetleri Batı'da özellikle 1950'li yıllardan

itibaren tercih edilmeye başlamış ve tüm dünyada yaygınlaşma eğilimi göstermiştir. Gerek demografik, gerek toplumsal gerekse de ekonomik nedenler evde bakım hizmetlerini öncelikli hale getirmiştir. Ayrıca bilim ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler evde bakım hizmetlerinin sunumunun kolaylaştırılmasına katkıda bulunmuştur. Yapılan pek çok araştırma, evde bakım hizmetleri ile bireylerin kendilerini daha iyi hissettiklerini/daha çabuk iyileştiklerini göstermiş, insanların kurum bakımı yerine evde bakım hizmeti almak istediklerini ortaya koymuştur (Davey and Patsios, 1999:277).

Resmi Gazete’de yayımlanan 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Yönetmelikteki tanıma göre evde bakım "Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır". Bu tanımda evde bakım hizmetlerinin sosyal yönüne değinilmemiştir. Evde bakım hizmetlerinin sosyal boyutu unutulmamalıdır. Evde bakım hizmetinde hedef, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviyi uygulayarak hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir. Hizmet ayrıca; evde kalmayı tercih eden ve tedavisi, bakımı devam eden; ancak yakın aile çevresi ve arkadaşları tarafından bakımı gerçekleştirilemeyen bireyler için gereklilik göstermektedir.

Evde bakım hizmetleri bir çok hasta ve hastalık için uygulanabilir bir sağlık hizmeti olmakla birlikte hizmet götürülen hasta grupları içinde daha baskın olanlar vardır. Bu grupların başında son dönem hastalar, kanser hastaları, yaşlılar, yeni doğan bebek ve anneleri, evde aile bireyleriyle birlikte yaşayan veya kimsesiz, özürlü, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç, hastanede gördüğü tedavi veya ameliyatı sonrasında taburcu edilen ve idame tedavisinin evde sağlanması gereken hastalar, kaza geçirmiş olup kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinimi duyan hastalar gelmektedir (Çoban, 2004). Türkiye’de engelli birey ve yaşlı birey sayısı hızla artmaktadır.

Çizelge 1.1. Türkiye Nüfusunun Engel Grubuna Göre Dağılımı

ENGEL GRUBU	ENGELLİ SAYISI
Dil ve Konuşma	46.494
Görme	259.889
İşitme	189.726
Ortopedik	390.528
Ruhsal ve Duygusal	205.963
Süreğen Hastalıklar	949.105
Zihinsel	547.455
TOPLAM	1.778.228

*Bir Kişi Birden Fazla Gruba Dahil Olabileceğinden, Satır Toplamı “TOPLAM” Satırından Büyük Çıkabilir

Kaynak: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013

Türkiye’de 2011 yılı resmi verilerine göre 1.778.228 engelli birey bulunmaktadır. Bunların; 46.494 kişi dil ve konuşma, 259.889 kişi görme, 189.726 kişi İşitme, 390.528 kişi ortopedik engelli, 205.963 kişi ruhsal ve duygusal, 949.105 kişi Süreğen hastalık sahibi, 547.455 kişi de zihinsel engelli bireyler oluşturmaktadır (Çizelge.1).

Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008) araştırmasına göre yaşlılara günlük hayata ilişkin aktiviteleri yerine getirirken zorlanıp zorlanmadıkları sorulmuş, yaşlıların büyük bir çoğunluğu ev içerisindeki birçok faaliyeti (yatağa yatmak/kalkmak, giyinmek, yemek yemek, tuvalete gitmek, banyo yapmak) kolaylıkla yerine getirdiklerini ifade etmişlerdir (Çizelge. 2). Evin dışında yapılan faaliyetleri zorlanmadan yapabilen yaşlıların yüzdesi belirgin olarak azalmıştır ve yaşlıların yüzde 15’inden fazlası için alışveriş yapmak, banka/hastaneye gitmek veya şehir dışına seyahat etmek mümkün görünmemektedir. Yaşa göre bakıldığında ise, 75-84 yaş grubundakilerin dörtte biri, 85 yaş ve üzeri nüfusun ise yarısından fazlası için bu aktiviteleri gerçekleştirmek imkansız hale gelmiştir. Günlük ev işleri ve yemek pişirme konusunda zorlanan veya bu faaliyetleri yerine getirmesi imkansız olan yaşlıların yüzdesi de azımsanamayacak ölçüdedir. Yaşlıların ekonomik bağımlılığının yanı sıra yaşları ilerledikçe günlük hayattaki aktiviteleri yerine getirme konusunda da daha bağımlı hale geldikleri görülmektedir. Dolayısıyla, yaşlılar için evde bakım hizmetlerinin önemi giderek ön plana çıkmaktadır. Bunun için yerel yönetimlere ve sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

Çizelge 1.2. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Günlük Hayata İlişkin Aktiviteleri Yapabilme Becerisi

Günlük aktiviteler	65-74				75-84				85+				Toplam (65+)			
	Kolaylıkla	Güçlüğüle	Yardımla	İmkansız	Kolaylıkla	Güçlüğüle	Yardımla	İmkansız	Kolaylıkla	Güçlüğüle	Yardımla	İmkansız	Kolaylıkla	Güçlüğüle	Yardımla	İmkansız
Yatağa yatmak/kalkmak	87.6	8.3	3.8	0.4	79.2	13.4	6.7	0.7	64.5	14.0	19.8	1.7	83.4	10.3	5.8	0.6
Giymek/soyunmak	88.4	6.3	4.9	0.4	82.4	8.8	8.0	0.8	59.9	10.5	27.3	2.3	84.6	7.4	7.3	0.6
Yemek yemek	95.5	2.8	1.5	0.1	90.7	4.5	4.0	0.8	76.2	11.0	12.2	0.6	92.8	3.9	3.0	0.4
Tuvalete gitmek	91.2	5.7	2.9	0.2	84.3	8.2	6.7	0.8	65.9	9.8	20.2	4.0	87.3	6.8	5.3	0.7
Banyo yapmak	85.2	5.3	9.0	0.5	73.1	5.8	19.8	1.2	34.3	8.7	53.5	3.5	77.9	5.7	15.4	1.0
Alışveriş yapmak	68.3	10.6	10.0	11.1	49.0	14.8	11.2	25.0	17.4	12.8	14.0	55.8	58.7	12.1	10.6	18.6
Yemek pişirmek	73.8	12.1	4.9	9.3	58.5	13.9	7.8	19.8	20.9	18.0	8.7	52.3	65.4	13.1	6.1	15.5
Günlük ev işleri	64.2	17.1	7.3	11.5	46.6	18.8	9.4	25.2	15.1	17.4	10.5	57.0	55.3	17.7	8.2	18.9
Bankaya/hastaneye vs. gitmek	56.7	10.3	17.3	15.7	39.4	11.4	18.6	30.6	12.8	13.4	12.8	61.0	48.2	10.9	17.4	23.5
Şehir dışına seyahat	57.1	12.4	20.0	10.5	35.5	13.7	29.1	21.7	9.4	15.2	33.3	42.1	46.9	13.0	23.8	16.2

Kaynak:Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008

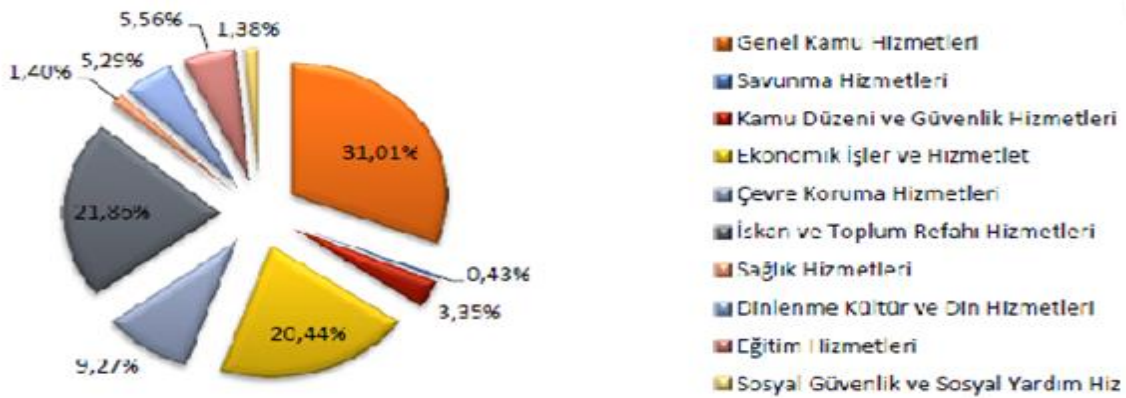
1.2. Yerel Yönetimler

Türkiye'nin idari yapısı bir bütün olarak merkezi yönetim ve yerinden yönetim esaslarına dayanmaktadır. Kamu Yönetimi Sözlüğünde yerel yönetimler; “merkezi yönetimin dışında, yerel bir topluluğun ortak gereksinimlerini karşılamak amacıyla oluşturulan, karar organlarını doğrudan halkın seçtiği demokratik ve özerk bir yönetim kademesi, bir kamusal örgütlenme biçimi” olarak tanımlanmaktadır (Bozkurt ve Ergun, 1998: 259).

Yerel Yönetimler; halkın mahalli ve müşterek ihtiyaçlarını karşılamak üzere kuruluş esasları, görevleri ve yetkileri yerinden yönetim ilkesine uygun olarak kanunla düzenlenen kamu kuruluşlarıdır. Türkiye’de yerel yönetim sistemi il özel idaresi, belediye ve köy olmak üzere üç kademelidir. Ancak bu üç kademe arasında tüzel olarak hiyerarşik ilişki bulunmadığı

gibi eşgüdüm amaçlı ilişki de bulunmamaktadır. Bunların birbirleri arasındaki ilişkisizlik, genel yönetimin taşra kuruluşları olan ilçe (kaymakamlık) ve il (valilik) kanalları ile giderilmektedir.

Türkiye’de yerel yönetimlerin fonksiyonel giderlerinin toplam gidere oranı ve personel giderleri incelendiğinde, en fazla harcama yapılan kalemlerin, genel kamu harcamaları, iskan ve toplum refah hizmetleri, ekonomik işler ve hizmetler olduğu izlenmektedir. En az harcama yapılan kalemlerin ise; eğitim hizmetleri, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar, savunma



hizmetleri ve sağlık hizmetleri olarak sıralandığı görülmektedir (Şekil.1).

Şekil 1. Mahalli İdarelerin Fonksiyonel Giderlerinin Toplam Gidere Oran, (%),(Muhasebat Genel Müdürlüğü, 2013)

Yerel yönerimler ve evde bakım ilişkisi incelendiğine; Türkiye’de bulunan 81 il belediyesinden 27 tanesinin evde bakım hizmeti vermektedir. Yerel yönetimlerin bütçelerinden sağlık ve sosyal hizmetler için ayırdığı paya bakıldığında evde bakım hizmetlerine ayrılan payın yetersiz olduğu, hizmet veren az sayıdaki belediyenin de sosyal yardım hizmetleri sunduğu görülmektedir. Yaşlıların kentin gündelik yaşantısından soyutlanmadan yaşayabilmesi için yerel yönetimlerin sağlayacakları başlıca hizmet alanları; fiziksel erişebilirliğin sağlanması, barınma ve dolaylı gelir desteği, evde bakım servisleri, sağlık servisleri, gündelik yaşama katılım organizasyonu olarak sayılmaktadır (Şentürk, 2012). Sosyal belediyeçilik adına sağlık hizmetine erişimde sorun yaşayan özürli bireylere evde tıbbi ve bunu tamamlayıcı olarak sosyal bakım hizmetlerinin sunulması gerekmektedir (Seyyar, 2010).

2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma kapsamında 30 büyükşehir, 51 il belediyesi, toplamda 81 belediye tarafından evde bakım hizmeti verilir vermediği, hizmet veren belediyelerde evde bakım hizmetleri kapsamında verilen hizmetler, verilen sağlık hizmetlerinin içeriği, belediye olarak ne kadar süredir evde bakım hizmeti verildiği, evde bakım hizmetlerinin denetiminin nasıl sağlandığı, hangi durumlarda hizmetin sonlandırıldığı, kaç kişi ile hizmet sunulduğu, çalışan personelin nitelikleri, evde bakım hizmetlerinin belediyenin kendi bünyesinde mi, dışarıdan hizmet alımı yoluyla mı verildiği, sorularına yanıt aranmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem:

Araştırmanın çalışma evrenini, Türkiye'de bulunan 81 il belediyesi oluşturmuştur. Bunların 30 tanesi büyükşehir statüsünde olan belediyelerdir. İlçe ve belde belediyeleri sayılarının çokluğu ile hizmet alanları ve aktarılan kaynakların kısıtlılığı nedeniyle çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı:

Araştırmada veriler belediyelerin resmi web adresleri incelenerek ve telefon ile anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Web siteleri ve telefon üzerinden yapılan çalışmada, araştırmacı tarafından geliştirilen farklı bir form kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan formda, evde bakım hizmetlerinin belediyenin resmi web sitesinde yer alıp almadığı, hizmetten yararlanma koşullarının neler olduğu, hizmete erişim yöntemleri, hizmet çeşitliliği v.b. bilgiler yer almıştır.

3. Bulgular:

Türkiye' de il belediyeleri evde bakım verme çeşitliliğine göre incelendiğinde;

- Ankara, Aydın, Bursa, İstanbul, Mersin ve Samsun İl Belediyelerinin evde sağlık, evde sıcak yemek, evde temizlik ve kişisel bakım hizmetlerinin tamamını verdiği belirlenmiştir.
- Balıkesir, Çanakkale, Çankırı, Çorum, Kırşehir, Kahramanmaraş il belediyelerinin sadece evde temizlik hizmeti verdiği,
- Bolu, Eskişehir, Denizli, Diyarbakır, Karaman, Kocaeli, Kırklareli, Sakarya ve Tokat İl Belediyelerinin sadece evde sıcak yemek hizmeti verdiği,
- İzmir Büyükşehir Belediyesinin sadece evde sağlık hizmeti verdiği,
- Kayseri, Kütahya Niğde ve Trabzon İl Belediyelerinin ise evde sıcak yemek ve temizlik hizmetini bir arada verdiği saptanmıştır.

Yukarıdaki belediyeler dışında, Konya Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmeti vermediği halde Sosyal İşler Daire Başkanlığı'na bağlı Yaşlı ve Özürlü Hizmetleri Müdürlüğü tarafından evde bakım başvurularını kabul etmekte, başvuru sahiplerini, sosyal yönden inceledikten sonra, ihtiyaç sahibinin ikamet ettiği belediye sınırlarına göre ilgili ilçe belediyesi, kaymakamlıklar ve il-ilçe sağlık müdürlükleri ile iletişime geçerek başvuru sahibinin ihtiyacı olan sağlık, temizlik, kişisel bakım, evde-tamir tadilat, evde sıcak yemek gibi sosyal amaçlı hizmetler ile evde sağlık hizmetlerinin hastaya ulaşmasını sağlamakta ve takibini yapmaktadır.

Çizelge 3.1. Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinde Verilen Hizmetin Dağılımı

Belediyelerin Evde Bakım Hizmeti Verme Çeşitliliğine Göre Dağılımı						
Hizmet Türü	Hizmet Veren		Hizmet Vermeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evde Sıcak Yemek	20	74.1	7	25.9	27	100
Evde Temizlik	17	62.7	10	37.3	27	100
Evde Sağlık	8	29.6	19	70.4	27	100
Evde Sağlık-Sıcak Yemek-Temizlik	7	25.9	20	74.1	27	100

81 il belediyesi üzerinde yapılan bu çalışmada, Türkiye'de yalnızca 27 il belediyesinin evde bakım hizmeti verdiği sonucunu ulaşılmıştır. Evde bakım hizmeti veren 27 il belediyesi içerisinde; % 74.1'inin evde sıcak yemek hizmeti verdiği, % 62.7'sinin evde temizlik hizmeti verdiği, % 29.6'sının evde sağlık hizmeti verdiği ve % 25.9'unun ise evde sıcak yemek, evde temizlik ve evde sağlık hizmetini bir arada verdiği bulgusuna ulaşılmıştır (Çizelge 3.1). Türkiye genelinde 81 il belediyesi içerisinde; % 24.7'si evde sıcak yemek hizmeti vermektedir. Belediyelerin % 20.9'u evde temizlik hizmeti, % 9.9'u evde sağlık hizmeti, % 8.6'sının ise bu üç hizmeti bir arada verdiği belirlenmiştir.

Evde bakım hizmeti veren il ve büyükşehir belediyelerinin personel sayılarına göre dağılımı incelendiğinde;

- Ankara, Antalya, Bursa ve İstanbul Belediyelerinin 30 ve üzeri personel sayısı ile evde bakım hizmeti verdiği,
- Balıkesir, Çankırı, Çorum, Eskişehir, Diyarbakır, Kayseri, Kocaeli, Kırklareli, Kütahya, Mersin, Niğde, Samsun Belediyelerinin 11-20 arası personel sayısı ile hizmet verdiği belirlenmiştir.
- Bolu, Çanakkale, Denizli, İzmir, Karaman, Kırklareli, Kahramanmaraş, Sakarya, Trabzon ve Tokat Belediyelerinin 5-10 arası personel ile evde bakım hizmeti verdiği belirlenmiştir.

Çizelge 3.2. Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinin Personel Sayısına Göre Dağılımı

Evde Bakım Hizmeti Sunulan İl Belediyelerinde Personel Sayısı		
Personel Sayısı	n	%
5—10	10	37.1
11—20	12	44.4
21—30	1	3.7
31 ve üzeri	4	14.8

Evde bakım hizmeti veren belediyelerin sahip olduğu personel sayısı incelendiğinde; il belediyelerinin % 44.44'ünün 11-20 arası personel ile hizmet verildiği, % 37.04'ünün 5-10 arası personel ile hizmet verdiği, % 14.81'inin ise 31 ve üzeri personel sayısı ile hizmet verdiği görülmüştür. Bir tek Aydın Büyükşehir Belediyesinin 21-30 arası personel ile hizmet verdiği belirlenmiştir (Çizelge 3.2).

Evde bakım hizmeti veren il belediyeleri, hizmet veren personel türüne göre incelendiğinde;

- Sosyal hizmet uzman ile hizmet veren belediyelerin, Ankara, Antalya, Aydın, Bursa, İstanbul, İzmir, Mersin ve Samsun Belediyeleri olduğu belirlenmiştir.
- Evde doktor ile hizmet veren belediyeler; Ankara, Antalya, Aydın, Bursa, İstanbul, İzmir ve Samsun Belediyeleri olduğu belirlenmiştir.
- Evde hemşire hizmeti veren belediyeler; Ankara, Antalya, Aydın, Bursa, İstanbul, İzmir, Mersin ve Samsun Belediyesi olduğu belirlenmiştir.

- Evde Fizik Tedavi hizmeti veren belediyeler; Ankara, Antalya, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyesi olduğu belirlenmiştir.
- Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik hizmeti veren belediyeler; Ankara, Antalya ve İstanbul Büyükşehir Belediyeleri olduğu belirlenmiştir.
- Dış Hekimliği hizmeti; Ankara, Antalya, İstanbul Büyükşehir Belediyeleri tarafından verilmekte olduğu belirlenmiştir.

Evde bakım hizmeti veren illerde, hizmet veren personel mesleklerine göre incelendiğinde; evde bakım hizmeti veren belediyelerin % 29.6'sının sosyal hizmet uzmanı, doktor ve hemşire çalıştığı görülmektedir. Psikolojik değerlendirme ve rehberlik hizmeti veren belediye oranı % 18.5, fizik tedavi hizmeti veren belediye oranı % 14.8 ve dış hekimliği hizmeti sunan belediye oranının ise, % 11.1 ile sınırlı kaldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.3. Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinin Personel Türüne Göre Dağılımı

Hizmet Türü	Hizmet Veren		Hizmet Vermeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sosyal Hizmet Uzmanı	8	29.6	19	70.4	27	100
Doktor	8	29.6	19	70.4	27	100
Hemşire	8	29.6	19	70.4	27	100
FTR Uzmanı	4	14.8	23	85.2	27	100
Psikiyatr	5	18.5	22	81.5	27	100
Dış Hekimi	3	11.1	24	88.9	27	100

* Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediye Sayısı 27 dir.

Evde bakım hizmeti veren belediyelerin hizmet verme sürelerine göre dağılımı incelendiğinde;

- 10 yıl ve üzeri süredir hizmet veren belediyelerin, Ankara ve İstanbul Büyükşehir Belediyeleri olduğu belirlenmiştir.
- 4-6 yıl arası evde bakım hizmeti veren belediyeler; Aydın, Balıkesir, Bolu, Bursa, Eskişehir, Denizli, Kahramanmaraş ve Samsun Belediyeleri dir.
- Çanakkale, Çankırı, Çorum, Diyarbakır, İzmir, Karaman, Kayseri, Kırklareli, Kocaeli, Kütahya, Mersin, Niğde, Sakarya, Trabzon ve Tokat Belediyeleri hizmet verme süreleri ise 1-3 yıl arasındadır.
- Antalya Büyükşehir Belediyesi; 7-9 yıldır evde bakım hizmeti vermektedir.

Evde bakım hizmeti veren il belediyelerinin hizmet verme sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; il belediyelerinin % 59.2'si Türkiye geneli ile doğru orantılı olarak (1-3 yıl) hizmeti yeni vermeye başladığı, % 29.7'sinin 4-6 yıldır evde bakım hizmeti sunumu yaptığı, Ankara, İstanbul ve Antalya illerinin ise Türkiye geneline oranla daha uzun süredir (7 yıl ve üzeri) hizmet verdiği belirlenmiştir (Çizelge 3.4)

Çizelge 3.4. Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinin Hizmet Verme Süresine Göre Dağılımı

Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinin Hizmet Verme Süresine Göre Dağılımı		
Hizmet Süresi	Sayı	%
1—3 Yıl	16	59.2
4—6 Yıl	8	29.7
7—9Yıl	1	3.7
10 Yıl ve Üzeri	2	7.4
Toplam	27	100

* Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediye Sayısı 27 dir.

Evde bakım hizmeti veren il belediyelerinde hizmet sunumunun kim tarafından yapıldığı incelendiğinde;

- Ankara, Aydın, Balıkesir, Bursa, Çanakkale, Çankırı, İstanbul, Samsun belediyelerinin hizmet satın alma veya belediye içerisinde belediyeye bağlı ayrı bir şirket kurarak, hizmet sunumunu bu şirket aracılığı ile yerine getirme yoluna gittiği, ancak evde bakım hizmetinin organizasyon ve denetimini kendi kadrolu çalışanları ile yaptığı görülmektedir.
- Bolu, Çorum, Eskişehir, Diyarbakır, İzmir, Karaman, Kayseri, Kocaeli, Kırklareli, Kahramanmaraş, Kütahya, Mersin, Niğde, Sakarya, Trabzon ve Tokat Belediyeleri evde bakım hizmetini kadrolu belediye personeli ile vermektedir.
- Kırşehir ilinde belediye desteği ile kurulan "Gönül Dağı" adlı dernek ile gönüllü bireyler ihtiyaç sahiplerine gönüllülük ilkesine bağlı çalışarak evde temizlik, sıcak yemek, sosyal yardım ve destek amaçlı hizmet vermektedir.

Çizelge 3.5. Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinin Hizmet Sunum Şekline Göre Dağılımı

Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinin Hizmet Sunum Şekillerine Göre Dağılımı		
Hizmet Sunumu	Sayı	%
Hizmet Belediye Tarafından Veriliyor	17	62.9
Hizmet Dışardan Satın Alınıyor	10	37.1
Toplam	27	100

Hizmet sunumunun belediyenin kendi bünyesi veya özel şirket tarafından yapıldığı araştırılmasına bakıldığında; 27 il belediyesinin 17 tanesinin (% 62.9) evde bakım hizmetini belediye kadrolu personeline verdiği, 10 tanesinin ise (% 37.1) hizmeti satın alma yoluna gittiği görülmüştür (Çizelge 3.5).

Evde bakım hizmeti veren belediyelerde hizmetin esasına uygun verilip verilmediği ve hizmet alan bireylerin memnuniyet denetiminin kim tarafından yapıldığı incelenmiştir. Buna göre;

- Ankara, Antalya, Aydın, İstanbul, İzmir, Mersin, Samsun, Trabzon illerinde hizmet denetimi belediye sosyal hizmetler uzmanı tarafından yapıldığı,
- Balıkesir, Bolu, Çanakkale, Çankırı, Çorum, Denizli, Diyarbakır, Karaman, Kayseri, Kocaeli, Kahramanmaraş ve Sakarya Belediyelerinde evde bakım hizmeti denetimi sosyal işler görevlilerince yapıldığı,
- Kırşehir Belediyesi'nde hizmet dernek tarafından verildiği için, denetimi derneğin kendi yönetimi çerçevesinde yapıldığı,
- Niğde ilinde ise, evde bakım hizmetinin denetimi belediye başkan yardımcısı tarafından yapıldığı saptanmıştır.

Çizelge 3.6. Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinde Hizmeti Denetleyen Personel Dağılımı

Evde Bakım Hizmeti Veren İl Belediyelerinin Hizmet Denetim Biçimine Göre Dağılımı		
Denetim Kim Tarafından Yapılıyor	Sayı	%
Sosyal Hizmet Uzmanı	9	33.3
Belediye Sağlık İşleri görevlisi	4	14.9
Belediye Sosyal İşler Görevlisi	16	59.2
Diğer	2	7.5

* Bazı belediyelerde hizmet denetimini sosyal işler ve sağlık işleri görevlileri beraber yürütmektedir

Evde bakım hizmeti veren il belediyelerinin hizmet denetim biçimine göre dağılımı incelendiğinde; 16 il belediyesinin (% 59.2) denetimi belediye sosyal işler görevlisi, 9 il belediyesinin (% 33.3) denetimi sosyal hizmet uzmanı ile, 4 il belediyesinin ise (% 14.9) hizmet denetimini belediye sağlık işler görevlilerince yapıldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.6).

Büyükşehir Belediyelerinin evde bakım hizmeti verme çeşitliliğine göre dağılımı incelendiğinde;

- Evde sağlık, sıcak yemek, temizlik ve bakım hizmetlerini bir arada veren belediyelerin, Ankara, Antalya, Aydın, Bursa, İstanbul, Mersin ve Samsun Büyükşehir belediyeleri olduğu belirlenmiştir.
- Evde sıcak yemek ve temizlik hizmetini beraber veren büyükşehir belediyeleri, Diyarbakır, Kayseri ve Trabzon Büyükşehir Belediyeleri'dir.
- İzmir Büyükşehir Belediyesi, Türkiye'de hastane işleten tek belediye olarak Eşrefpaşa Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri Birimi'nce sadece evde sağlık bakım hizmeti vermektedir.
- Evde sıcak yemek hizmeti veren büyükşehir belediyeleri, Denizli, Eskişehir, Kocaeli ve Sakarya Büyükşehir Belediyeleri dir.
- Evde temizlik hizmeti veren büyükşehir belediyeleri, Balıkesir ve Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyeleri'dir.
- Adana, Erzurum, Gaziantep, Hatay, Malatya, Manisa, Mardin, Muğla, Ordu, Urfa, Tekirdağ ve Van Büyükşehir Belediyeleri ise, evde bakım hizmeti vermemektedir .

- Konya Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmeti vermemektedir. Ancak evde bakım hizmeti başvurularını, sağlık ve sosyal bakım hizmetleri olarak değerlendirmekte büyükşehir belediyesi kendi bünyesinde fiili olarak hizmeti vermediği halde, belediye sınırları içerisinde evde sağlık, temizlik, sıcak yemek ve sosyal yardım işleri veren kurum ve kuruluşlar ile irtibata geçerek ihtiyaç sahibinin hizmet almasını sağlamaktadır.

Çizelge 3.7 Büyükşehir Belediyelerinin Evde Bakım Hizmeti Verme Türüne Göre Dağılımı

Hizmet Türü	Hizmet Veren		Hizmet Vermeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evde Sağlık-Temizlik-Sıcak Yemek	7	23.3	23	76.7	30	100
Evde Sıcak Yemek	14	46.7	16	53.3	30	100
Evde Temizlik	12	40.0	18	60.0	30	100
Evde Sağlık	8	26.7	22	73.3	30	100
Hizmet Vermiyor	13	43.3	17	56.7	30	100

* Bir Büyükşehir Belediyesi Birden Fazla Hizmet Verebilmektedir.

Büyükşehir Belediyelerinin evde bakım hizmeti verme çeşitliliğine göre dağılımı incelendiğinde; 14 büyükşehir belediyesinin (% 46.7) evde sıcak yemek hizmeti verdiği, 12 büyükşehir belediyesi nin (% 40) evde temizlik hizmeti verdiği, 8 büyükşehir belediyesinin (% 26.7) evde sağlık hizmeti verdiği, 7 büyükşehir belediyesinin (% 23.3) evde sağlık hizmeti, sıcak yemek ve temizlik hizmetini bir arada verdiği görülmüştür. 13 büyükşehir belediyesinin ise (% 43.3) evde bakım hizmeti vermediği saptanmıştır. Çizelge (3.7).



Hiçbir Hizmet Vermeyen	Sıcak yemek – Ev Temizlik Hizmeti
Yalnızca Temizlik Hizmetleri	Evde Bakım Hizmetleri (Sağlık, Temizlik, yemek)
Yalnızca Yemek Hizmetleri	Sadece Sağlık Hizmetleri
Hizmet Vermeyip Organize Eden	

Şekil 3.1. Türkiye'de İl Belediyelerinin Evde Bakım Hizmeti Verme Çeşitliliği

Türkiye haritası üzerinde, il belediyeleri evde bakım hizmeti verme çeşitliliğine göre incelendiğinde;

- Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan 11 il, 3 büyükşehir belediyesinin hiçbirinde evde bakım hizmeti verilmediği görülmektedir
- Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan 4 il, 4 büyükşehir belediyesinden sadece Diyarbakır Büyükşehir Belediyesinin evde bakım hizmeti verdiği, hizmet içeriğinin ise evde sıcak yemek ve temizlik hizmeti olduğu görülmektedir.
- Karadeniz Bölgesinde bulunan 15 il, 3 büyükşehir belediyesi içerisinde, Samsun Büyükşehir Belediyesi evde sağlık, evde temizlik ve evde sıcak yemek hizmeti vermektedir. Trabzon Büyükşehir Belediyesi evde temizlik ve evde sıcak yemek hizmeti verdiği saptanmıştır. Tokat ve Bolu il belediyeleri evde sıcak yemek hizmeti vermektedir. Çankırı ve Çorum il belediyelerinin evde temizlik hizmeti verdiği görülmektedir.
- İç Anadolu Bölgesinde bulunan 9 il, 4 büyükşehir belediyesinden, Ankara Büyükşehir Belediyesi evde sağlık bakımı, sıcak yemek ve temizlik hizmetleri vermektedir. Kırşehir ve Kayseri Büyükşehir Belediyesi sıcak yemek ve temizlik hizmeti vermektedir. Eskişehir, Karaman ve Niğde il belediyeleri evde sıcak yemek hizmeti verdiği görülmektedir.
- Kırşehir belediyesi evde bakım hizmetini farklı bir şekilde değerlendirmektedir. Belediye desteği ile kurulan gönüllülük ilkesine dayalı çalışan, adını bölgenin halk ozanı Neşet ERTAŞ'ın bir eserinden alan “Gönül Dağı” yardımlaşma derneği aracılığı ile belediye bütçesine külfet sağlamadan ihtiyaç sahiplerine evde sıcak yemek, temizlik, tadilat ve sosyal bakım hizmeti vermektedir.
- Konya Büyükşehir Belediyesi ise diğer örneklerden farklı olarak evde bakım hizmetinin sunumunu kendisi yapmamakla beraber, başvuran ihtiyaç sahibi bireylere ilçe belediyeleri, il sağlık müdürlüğü, kaymakamlık ve sivil toplum kuruluşlarınca evde bakım hizmetinin ulaşmasını sağlamakta, koordine ederek denetimini yapmaktadır.
- Marmara Bölgesinde bulunan 5 il 6 büyükşehir belediyesinden; İstanbul ve Bursa Büyükşehir Belediyesi evde sağlık, evde temizlik ve evde sıcak yemek hizmeti vermektedir. Sakarya, Kocaeli ve Kırklareli il belediyeleri evde sıcak yemek hizmeti, Çanakkale ve Balıkesir il belediyeleri de evde temizlik hizmeti vermektedir.
- Ege Bölgesinde bulunan 3 il, 5 büyükşehir belediyesinden; Aydın Büyükşehir Belediyesi kurmuş olduğu AYBA adlı “Aydın Büyükşehir Belediyesi Hizmet Ağı” ile evde sağlık, evde temizlik ve evde sıcak yemek hizmeti vermektedir. İzmir Büyükşehir Belediyesi Türkiye’de hastane işleten tek belediye olarak Eşrefpaşa Hastanesi Evde Bakım Merkezi aracılığı ile evde sağlık hizmeti vermektedir. Kütahya Belediyesi evde temizlik ve sıcak yemek hizmeti vermektedir. Denizli Belediyesi evde temizlik hizmeti vermektedir.
- Akdeniz Bölgesi; Antalya ve Mersin Büyükşehir Belediyeleri evde sağlık, sıcak yemek ve temizlik hizmeti vermektedir. Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi evde temizlik hizmeti vermektedir.

Bölgelere göre en çok Marmara Bölgesi ve İç Anadolu Bölgesi 7’şer adet belediye ile evde bakım hizmeti veren belediyelerin %51.9’unu sınırlarında bulundurmaktadır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde, Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmeti vermekte, Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan 14 il belediyesinin (bunlardan 3 tanesi büyükşehir statüsünde olan belediyelerdir) hiçbirinde evde bakım hizmeti verilmemektedir.

Çizelge 3.8. Türkiye’de Bulunan İl Belediyelerinin Evde Bakım Hizmeti Verme ve Verilen Hizmetin Çeşitliliğine Göre Dağılımı

İl Belediyelerinin Evde Bakım Hizmeti Verme ve Verilen Hizmetin Çeşitliliğine Göre Dağılımı						
Hizmet Türü	Hizmet Veren		Hizmet Vermeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evde Sağlık-Temizlik-Sıcak Yemek	7	8.6	74	91.4	81	100
Evde Sıcak Yemek	20	24.7	61	75.3	81	100
Evde Temizlik	18	22.2	63	77.8	81	100
Evde Sağlık	8	9.9	73	90.1	81	100
Evde Sıcak Yemek-Temizlik	5	6.2	76	93.8	81	100

Türkiye geneline göre il belediyelerinin evde bakım hizmeti verme çeşitliliği değerlendirildiğinde; 20 il belediyesinin (% 24.7) evde yemek hizmeti, 18 il belediyesinin (% 22.2) evde temizlik hizmeti verdiği, 8 il belediyesinin (% 9.9) evde sağlık hizmeti verdiği, 7 il belediyesinin (% 8.6) evde temizlik, sıcak yemek ve sağlık hizmetlerini bir arada verdiği, 5 il belediyesinin (% 6.2) evde yemek ve temizlik hizmetini bir arada verdiği ve 54 il belediyesinin (% 66.7) evde bakım hizmeti vermediği saptanmıştır (Çizelge 3.8).

4. Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de evde bakım hizmetleri üzerine yapılan literatür taramalarında pek çok farklı uzman, farklı yorumlarla kendi görüşünü savunmaktadır. Dünyadaki örneklerine bakıldığında, Belçika, Fransa, İtalya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık gibi çok sayıda ülkede evde bakım hizmetlerinin sağlık bileşeni, sağlık hizmetleri sistemine, sosyal bileşeninin ise sosyal sisteme dahil olduğu bir organizasyon yapısı bulunmaktadır. Özellikle Danimarka, Finlandiya, İsveç gibi ülkelerde karar mercileri evde bakım hizmetini tek bir kurumun sorumluluğunda toplamanın avantajlarını fark etmiştir; o da belediyelerdir. Örneğin Danimarka’da belediyeler 1992 yılından beri evde bakım hizmeti vermektedir. Yerel yönetim odaklı, tek bir aktörlü çözümlerin aksine, Almanya ve Hollanda, evde hemşirelik ve sosyal bakım hizmetlerini, sigorta tabanlı tek bir fon ile finanse etmektedir. Bu kurumsal aktörlere ek olarak gönüllülerin, derneklerin ve kar amaçlı kurumların da evde bakım hizmetleri sağlanmasında geniş rolü bulunmaktadır (Çoban, 2004).

Sağlık Bakanlığı’nın sunduğu evde bakım hizmetleri yeterlidir. Ancak Sağlık Bakanlığı’nın sunduğu evde bakım hizmetinin içeriği incelendiğinde; doktor muayenesi, yara pansumanı, enjeksiyon, fizik tedavi gibi sadece sağlık hizmetleri verildiği, evde bakımın diğer sosyal gerekleri olan hasta refakati, kişisel bakım ve temizlik, yemek, ev temizliği ve tamir tadilat işlerinin verilememekte olduğu görülmüştür. Sağlık Bakanlığı sadece evde sağlık hizmeti vermektedir. Bu durumda verilen hizmetin sosyal yönü eksik kalmaktadır. (Çoban, 2010:166) Halbuki evde bakım ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi ile sosyal yönden bireylerin güçlendirilmesini kapsamaktadır.

Bir kısım görüş de, evde bakım hizmetleri dahil tüm sosyal hizmet uygulamalarının yerel yönetimler tarafından sunulması gerektiğini düşünmektedir. Seyyar ve Selek Öz’ ün “Yerel Siyaset” dergisi için Ankara Büyükşehir Belediyesi temsilcileri ile 2010 yılında yaptığı röportajda, belediye yetkilileri kendi işleyişleri ile evde bakım ve sosyal hizmetleri neden yerel yönetimlerin vermesi gerektiğini şu şekilde açıklamaktadır:

“Ankara Büyükşehir Belediyesi Meclisi’nde Ankara’nın bütün ilçesinden gelen 130 tane meclis üyesi vardır. İlçe meclis üyelerinin altında mahalle temsilcileri ve mahalle muhtarları bulunmaktadır. Mahalle muhtarları kendi mahallesinde bulunan yoksulu, engelli, yaşlı, ihtiyaç sahibini ilçe meclis üyesine bildirmektedir. Ayın ilk haftası ilçelerde, ikinci haftası büyükşehir belediyesinde toplantılar yapıldığı için mahalledeki sorunun büyükşehir belediye başkanına bir ay içerisinde mutlaka ulaşmaktadır. Halkın ihtiyaçlarını en iyi belediyeler tespit ederek, en iyi belediyeler karşılar. Kapasitesi yeterli olmayan belediyelere dengeyi sağlamak için merkezi idareden fon aktarılabilir. Evde bakım sadece sağlıkla alakalı değildir.”

Konya Büyükşehir Belediyesi’nin yaptığı uygulama evde bakım hizmetleri sunumuna alternatif bir örnek olabilir. Merkezi yönetim Sağlık Bakanlığı, bağlı hastane, ASM ve ADSM’ler aracılığı ile evde sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadır. Bu durumda ülkenin her il, ilçe, beldesinde organize olmuş evde sağlık hizmetleri yapısı mevcuttur. Yine merkezi yönetim tarafından örgütlenmiş valilik ve kaymakamlıklar, ilçe belediyeleri ve yardım kuruluşları sosyal bakım alanında kullanılabilir. Asıl sorun, ihtiyaç sahiplerine hizmetlerin koordinasyon ve organizasyon eksikliğine neden olmadan ulaştırılabilmesidir. Bunun takibini de belediye yapmaktadır. İhtiyaç sahibi birey farklı organizasyonlara, farklı kurum ve kuruluşlara gidip hizmet talep etmek yerine, tek bir merkez olarak belediyeye başvurabilir. Belediye ihtiyaç sahibine en uygun evde bakım hizmetini en iyi şartlardan verebilecek kurumu organize ederek hizmet sunumunu sağlarken, verilen hizmetin takibini de yapabilir.

Hulusi Şentürk, "Belediyeler İçin Sosyal Politika Rehberi" adlı kitabında, “yaşlıların kentin gündelik yaşantısından soyutlanmadan yaşayabilmesi için yerel yönetimlerin sağlayacakları başlıca hizmet alanları; fiziksel erişebilirliğin sağlanması, barınma ve dolaylı gelir desteği, evde bakım servisleri, sağlık servisleri, gündelik yaşama katılım organizasyonu olarak sayılmaktadır. Özellikle geniş aileden çekirdek aileye geçişin sonucunda yaşlıların toplumsal hayattan soyutlanmaları sorunu artmaya başlamıştır.” şeklinde yerel yönetimlerin, yaşlılar için yaşadığı ortamdan soyutlanmadan bakım hizmetleri vermeleri gerektiğini savunmaktadır.

Ali Seyyar, “Sosyal Siyaset Ekseninde Yerel Özürlüler Politikası” adlı çalışmasında sosyal belediyecilik adına sağlık hizmetine erişimde sorun yaşayan özürlü bireylere evde tıbbi ve bunu tamamlayıcı olarak sosyal bakım hizmetlerinin sunulması gerekliliğinden bahsetmektedir.

Saime Şahinöz ve diğerleri, 2007 yılında yayınlanan “Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri” isimli eserde; dağınık ve karmaşık bir ulusal sağlık sistemsizliği yerine, bütüncül, merkezi-yerel yönetim dengesinin sağlandığı, genel bütçeden aktarılabilecek kaynaklar ile yerel kaynakların birleştirilerek verimli kullanıldığı, köy-ilçe-il-bölge ekseninde yatay-dikey etkileşim ağı ile oluşturulacak demokratik, özerk, katılımcı bir yapı içerisinde başta sağlık, eğitim, konut, çevre olmak üzere en temel hizmetleri çözmeye yönelik bir sistem oluşturmaya çaba gösterilmesi gerekliliğini savunmaktadır.

Türkiye’de yerel yönetimlerin verdiği evde bakım hizmetlerini derinlemesine işleyen bu araştırmada, Türkiye’de bulunan 81 il belediyesinin yalnızca 27 tanesinin evde bakım hizmeti verdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Türkiye genelinde 81 il belediyesi içerisinde; % 24.7’si evde sıcak yemek hizmeti, % 20.9’u evde temizlik hizmeti, % 9.9’u evde sağlık hizmeti, % 8.6’sının ise evde sağlık, sıcak yemek, temizlik ve tadilat hizmetlerini bir arada verdiği belirlenmiştir.

Sonuç

Türkiye’de evde bakım hizmetleri konusunda organizasyon eksikliği ve hiyerarşik uyumsuzluk olduğu bir gerçektir. Evde bakım hizmetleri çok sektörlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle yurt dışı modellerden örnek alınarak Türkiye’nin kendi şartlarına uygun farklı bir model geliştirmesi gerekmektedir. Türkiye modelinde bakım süreçlerinde farklı bakanlıkların rol alması ve yerelde hizmet sunan farklı birimlerin olması görev, yetki ve sorumlulukların net tanımlanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulan evde bakım hizmetinin sınırları tanımlanmalıdır. Bu sınırlar belirlenirken kurumların mevcut yapılanmaları ve hizmetin gerektirdiği koordinasyon ve işbirliği göz önünde bulundurulmalıdır.

Türkiye’de bulunan 51 il belediyesi, 30 büyükşehir belediyesi üzerinde yapılan araştırmada, yerel yönetimlerin çalışan personel sayıları, toplam giderleri, verilen evde bakım hizmetleri ve çeşitliliği incelendiğinde, sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini merkezi yönetime bıraktığı ortaya çıkarılmıştır.

Türkiye’de evde bakım hizmetleri konusunda farkındalık henüz yaratılamamıştır. Evde bakım ne sadece bir sağlık bakım hizmeti ne de sadece sosyal bakım hizmetidir. Evde bakım bu hizmetlerin bütünüdür. Yerel yönetimlerin evde bakım hizmetlerini belediyeler tarafından verilmesi gereken bir hizmet olarak değil de, yardım amaçlı, yoksul ve yoksun bireylere, gönüllülük ilkesine bağlı şekilde verdikleri söylenebilir. Bu araştırmada belediyelerin hizmet sunumunda gelir grubu düşük olan bireyleri öncelediği saptanmıştır. Hizmet bu gruba sunulmaktadır. Bu sonuç çerçevesinde orta gelir grubunun hizmetten yararlanmadığı söylenebilir. Türkiye’de evde sosyal bakım hizmeti alan grup, ya ekonomik durumu çok iyi olup özel şirketlerden ihtiyacını karşılamakta, ya da ekonomik durumu kötü olup yerel yönetimler ve STK lardan hizmet almaktadır. Türkiye’de orta gelir grubuna hitap eden evde sosyal bakım sisteminin olmadığı belirlenmiştir. Yerel yönetimler tarafından sunulan evde bakım hizmetleri sadece yemek veya temizlik hizmeti ile sınırlı kalmaktadır. Toplamda 81 il belediyesi içerisinde ancak 27 tanesinin bu hizmetlerden bir veya birkaçını sunduğu belirlenmiştir. Türkiye’de bu hizmetleri bir bütün olarak aynı çatı altında veren kurum sayısı ise Ankara, Antalya ve İstanbul Büyükşehir Belediyeleri ile sınırlıdır. Bu belediyeler dışında verilen bakımlar ya sağlık bakımı ya da sosyal yardım hizmeti olarak kalmıştır. Bu şekilde yapılan hizmet sunumunun da hizmet alanları rencide edebileceği düşünülmelidir.

Öneriler

- Sınırlı sayıda belediyede evde bakım hizmeti mevcuttur, daha fazla sayıda olması gereklidir.
- Türkiye’de evde bakım hizmeti alan grup ya, çok düşkün olup, belediye ve sağlık bakanlığından hizmet almakta, yada sosyal durumu çok iyi olup özel merkezlerden faydalanmaktadır. Orta gelir grubuna evde bakım hizmeti verecek bir yapı bulunmamaktadır. Bu durumda ülke nüfusunun en büyük kısmı evde bakım hizmetlerinden mahrum kalmaktadır. Orta gelir grubuna hitap eden evde bakım sisteminin kurulması gereklidir.
- ,Belediyelerde sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmesi ve evde bakım başvurularının mutlaka sosyal hizmet uzmanı gözetiminde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.



Verilen hizmet sürecinin koordinasyonunda ekonomiklik ve hizmetin denetimi adına sosyal hizmetler uzmanının sürecin verimliliğini artırabileceği söylenebilir.

- Yerel yönetimlerin kendi bütçelerinden evde bakım hizmetlerine daha fazla pay ayırmasının uygun olacağı, yeterli bütçesi bulunmayan yerel yönetimlere merkezi bütçeden kaynak aktarımı sağlanması gerektiği düşünülmektedir.
- Evde bakım hizmetlerinin sağlık bakım hizmetleri merkezi yönetimin (Sağlık Bakanlığı) halihazırda bulunan örgüt yapısı tarafından en doğru şekilde verileceği muhakkaktır. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin eksik kalan yönü olan sosyal bakım hizmetleri yerel halka en yakın birimler olan yerel yönetimler tarafından eksiksiz bir şekilde verilmesinin uygun olduğu düşünülmektedir. Yerel yönetimler bu konuda bilinçlendirilmeli ve desteklenmeli, merkezi yönetim tarafından gerekli kaynak kullanımı da bu yönde yapılmalıdır. Evde bakım hizmetlerinde asıl sorun olan koordinasyon eksikliği de, bu hizmetlerin tek bir merkez tarafında ciddiyle organize edilmesi ile çözüleceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. AKSAYAN, S., CİMETE, G. (1998). ‘Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri’. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu ve Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, ss: 79-90.
 2. ARNO, P.S., KAREN, A., PADGUG, R. (1994). “The Economic Impact of High-Technology Home Care”. The Hastings Center Report, Vol. 24, No. 5. (Sep.-Oct.), p. S:15-19; aktaran, Çoban, 2004.
 3. BOZKURT, Ö., ERGUN, T., "Kamu Yönetimi Sözlüğü", TODAİE, Ankara, 1998.
 4. BULUT, I. (2001). “Evde Bakım Hizmetleri ve Sosyal Hizmet”, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 009, Ankara, s. 33-37.
 5. CMS. (2002). Centers for Medicare & Medicaid Services, Department of Health & Human Services-USA (2002), Medicare and Home Health Care. Publication No. CMS-10969, Baltimore; aktaran, Çoban, 2004.
 6. ÇOBAN, M., ESATOĞLU, A.E. (2004). “Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve Hemşireleri Üzerine Bir Uygulama”. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı, 3-6 Kasım, Ankara, s:266.
 7. ÇOBAN M., ESATOĞLU A.E. (2010). “One story of Uncertainty-Home Care Services in Turkey”. Sixth International Conference on Health Care Systems, Zirve University, Proceeding Book, p:166-170.
 8. DAVEY, A., PATSIOS D., (1999). “Formal and Informal Community Care to Older Adults: Comparative Analysis of the United States and Great Britain”, Journal of Family and Economic Issues, Vol. 20(3), Fall, p. 271-299, aktaran; Seyyar ve Selek Öz 2009.
 9. Engelli Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8110/files/istatistik_03-2014.pdf, “Engelli Bireylere İlişkin İstatistik Bilgiler”, Erişim Tarihi: 05.04.2014
 10. KARAHAN, A., GÜVEN, S. (2002). “Yaşlılıkta Evde Bakım”. *Geriatrics*, 5(4): 155-159.
Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, “Mahalli İdarelerin Türlerine Göre Harcamaları” http://www.migm.gov.tr/Istatistik/Mahalli_Idarelerin_Turlerine_Gore_Harcamalar.pdf, Erişim Tarihi: 10.04.2014.
 11. Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, “Türleri İtibarıyla Mahalli İdarelerin Personel Sayıları”, http://www.migm.gov.tr/Istatistik/Turleri_Itibariyle_Mahalli_Idareler_Personel_Sayilari.pdf, Erişim Tarihi: 10.04.2014.
 12. ÖZ C.S., SEYYAR A., (2010). “Yerel Siyaset” dergisi. Sayı:42.
 13. ÖZER, Ö., ŞANTAŞ, F., “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt. 3, Sayı. 2, http://acibadem.org/pdf/pdf_AUD_127.pdf
 14. T.C. İçişleri Bakanlığı (2013). “Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, 2012 Yılı Mahalli İdareler Genel Faaliyet Raporu”. Ankara.
 15. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri 2014, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. Erişim Tarihi: 01.04.2014 T.C Resmi Gazete. 13 Temmuz 2005. Sayı :25874.
 16. VELİOĞLU, P. (1999). 'Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar'. (1. Baskı), İstanbul: Alaş Ofset.
- World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html, erişim: 25 Temmuz 2008)

BİR TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İLAÇ HATASI NEDENLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ali YILMAZ*

Meltem SAYGILI**

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin, meydana gelen ilaç hataları nedenlerine ilişkin görüşlerini değerlendirmektir. Araştırma, 2014 Nisan- Mayıs tarihlerinde yüz yüze anket uygulamasıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket; Wakefield ve ark. (1998) tarafından “Nurses perceptions of why medication administration errors occur” çalışmasında yer alan “ilaç hatasına katkıda bulunan nedenler” başlıklı sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş toplam evrenini oluşturan yüz elli hemşireye ulaşılmaya çalışılmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %72,6 olarak gerçekleşmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, iki bağımsız grupta Mann Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grupta Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin hata nedenlerine ilişkin en fazla katıldığı ifadeler sırasıyla; “Bu serviste çalışanların sayısı yetersizdir (%84,4)”, “Hekimlerin ilaç istemleri (order) okunaklı değildir (%67,9)”, “Hekimlerin ilaç istemleri (order) açık değildir (%61,5)” ve “Birçok hasta aynı ya da benzer isimli ilaç kullanmaktadır (%55)” olurken, “Bu serviste hemşireler, kabul edilmiş ilaç uygulama prosedürlerine bağlı kalmazlar (%70,6)”, “Hemşireler, bilinen bir alerjinin farkında değildir (%65,1)” ve “İlaçlar eczaneden hatalı dozlarda gönderilmektedir (%64,2)” ifadelerine yüksek oranda katılmadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca “Kurumda ilaç hataları bildirimini yapabileceğiniz bir sistem var mı?” sorusuna ise hemşirelerin % 48,6’sı “hayır, yok” cevabı verirken, %34,9’u “Böyle bir sistemin var olup olmadığı olmadığından haberdar değilim” şeklinde yanıtlamışlardır.

Anahtar Kelimeler: ilaç hatası, hemşire, güvenli ilaç uygulaması

* Yrd. Doç.Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bil. Fakültesi, Sağlık Yönetimi Blm., aliyilmaz69@gmail.com

** Arş. Görv., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri. Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, meltmsaygili@hotmail.com , meltmsaygili@kku.edu.tr

EVALUATION OF VIEWS ON DRUG FAILURE CAUSES OF NURSES WORKING IN A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

The purpose of this study; nurses working in a university hospital, to assess their views on the causes occurring medication errors. Research, between April-May 2014, face to face interviews were carried out with the application. The questionnaire used in this study as data collection tools; Wakefield et al. (1998), "Understanding Why Medication May Not Be Reported Errors" work "in the reasons that contribute to medication errors entitled" consists of questions. In this study, the total sample selected one hundred and fifty nurses make up the universe has tried to reach the return rate of the survey was realized as 72.6%. In the analysis of data, descriptive statistics, Mann Whitney U was used for two independent groups test and Kruskal Wallis test was used more than two independent groups.

According to a study involving more than nurses statements regarding the cause of the error, respectively; "The service of the employees are insufficient in number (84.4%)", "Physicians drug claims (order) is unreadable (67.9%)", "Physicians' drug claims (order) is not clear (61.5%)" and "Many patients also or similarly named drug use (55%)", while "the department nurses, accepted drug application procedures do not rely (70.6%)", "nurses, known allergies are not aware of (65.1%)" and "incorrect doses of drugs are sent from the pharmacy (64.2%)" it was determined that the high rate of participation. In addition, "the institution medication errors statement you can make a system do you have?" Is the question of nurses 48,6% "no, not found" answer, while 34.9% "is there such a system exists, I am not aware," she gave the answer.

Key Words: medication errors, nurse, safe medication practice.

1. Giriş

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusu önemli bir yere sahiptir. İlaç hataları en yaygın olarak görülen, önlenebilir tıbbi hatalardır. ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) *ilaç hatasını*; sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenebilir bir olay” olarak tanımlamaktadır (NCCMERP, 2009).

Hastanelerdeki ilaç uygulama hataları mortalite ve morbiditenin yanı sıra birincil tedavinin aksaması, ayrı tedavi gerektirmesi, yatış süresinin uzamasıyla beraber maliyet artışına neden olmaktadır (Sharek ve Classen, 2006:53). Yapılan çalışmalara göre; ilaç hataları ve advers ilaç reaksiyonları, hastaneye kabullerin %6,5’tan fazlasında sakatlık ve ölüme yol açan istenmeyen olayların ana nedenlerinden biridir (Lisby et al, 2005:15) ve bunlar tıbbi hatalara bağlı ölümlerin yaklaşık %3 ila %7’sini oluşturmaktadır (Briggs, 2005:9)

IOM (Institute of Medicine) 1999 raporunda, sağlık kuruluşlarının ilk önceliğinin ilaç güvenliği olması gerektiğini vurgulamaktadır. “To Err Is Human: Building a Safer Health System” ismiyle yayınlanan raporda, özellikle üç temel sorun vurgulamıştır (IOM, 2004):

- İlaç hatalarından zarar gören hasta popülasyonu oldukça yüksektir.
- İlaç hatalarının topluma getirdiği maliyet oldukça yüksektir.

-En yaygın hataların önlenmesine yönelik stratejiler iyi bilinmesine rağmen uygulanmamaktadır. Yukarıdaki tespitler bugün de geçerliliğini korumakla birlikte konunun önemini ortaya koymaktadır.

İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilmekte ve hatalar bu sürecin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilmektedir (Valizadeh et al, 2008:39). İstemin alınması, ilaçların temini, hazırlanması ve hastaya uygulanmasında hemşirenin sorumluluğu büyüktür. Bu bağlamda; birçok ilaç uygulama hatası olgusunda, öncelikle hemşireler zor durumda kalmaktadır. İlaç uygulama hatalarının çoğunluğunun uygulama evresinde olması, bu durumu desteklemektedir (Uzun ve Arslan, 2008:22).

Hemşirelerin ilaç yönetimi konusunda yapılan bir çalışmada; zamanlarının %27'sini ilaçla ilgili aktivitelerde harcadıkları bulunmuştur: çalışmaya göre hemşirelerin zamanlarının % 7,4'ünü ilaçları getirmek ve kontrol etmek için, % 6,7'sini ilaç dağıtımı için, %3,9'unu bilgileri düzeltmek için, %3,9'unu tıbbi istemleri ele almak, %2,8'ini ilaç dokümanlarını oluşturmak için kullandıkları tespit edilmiştir (Keohane et al, 2008:19-26). Çünkü ilaç uygulama süreci kompleks bir süreçtir, bu süreçte çok fazla potansiyel hata vardır. Hemşireler gerçekte hastaya ilaç uygulayan meslek grubu olduğu için sıklıkla bu hatalar için sorumlu varsayırlar; ancak sistemdeki her bir aktivite ve sistem tasarımının kendisi hatalara katkıda bulunur (Wakefield et al, 1998:39).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) “sentinel olayı” sağlık hizmetlerinin sunumunda, ölümü, ciddi fiziksel ve psikolojik zararları ve riskleri beraberinde getiren hatalar olarak tanımlamıştır. JCAHO, tarafından Sentinel Olay Politikası kapsamında, 2004-2013 yılları arasında olay tiplerine göre 7881 sentinel olay incelemiştir. Bu olayların yaklaşık %6,4'ünün ilaç hatalarına yönelik olduğu tespit edilmiştir. Bu olayların her biri için detaylı neden-sonuç analizi çalışması yapılmış, olaylara yönelik risk azaltma stratejileri geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Analiz çalışmaları sonucunda ilaç hatalarının en önde gelen nedenleri olarak; yetersiz ve hatalı iletişim, sağlık çalışanları arasında koordinasyon eksikliği, sağlık çalışanlarının oryantasyonunun ve sürekli eğitiminin tam olarak sağlanamaması, hastaların sürece dahil edilmesinde ve hasta eğitiminde eksiklik ve ilaç hakkında yetersiz bilgi olduğu görülmüştür (JCAHO, 2014). Bu sonuçlar, meydana gelen hataların nedenlerinin anlaşılmasına anlamlı bir katkı sağlamakla birlikte, insan faktörü konusunu ön plana çıkararak, ilaç yönetimine yönelik sistemlerin, süreçlerin ve bu süreçlerde görev alan insanların hata yapabilme olasılığının görülmesine, proaktif yaklaşımların desteklenmesine, sağlık bakımında ekip yaklaşımının cesaretlendirilmesine ve hataları azaltmak için sistemlerin yeniden dizaynına ihtiyaç duyulmasına büyük katkılar getirmiştir (Gosbee and Gosbee, 2010:3-34).

İlaç hataları hastanelerde bilinen problemlerdendir. Ancak, bütün ilaç hataları ölümcül bir zararla sonuçlanmaz. Konuyla ilgili çalışmalar gösteriyor ki, bütün ilaç hatalarının %6,7'si potansiyel beklenmedik ilaç hatası olayı (potential adverse drug events) olarak değerlendirilirken, %1'inden daha azı beklenmedik ilaç hatası (adverse drug events) olayıyla sonuçlanmaktadır (Bates et al, 1995:200, Kaushal et al, 2001: 2116). Ne var ki, ilaç hazırlama ve uygulama aşamasında ilaç hatalarını belirlemek için direk gözlem yöntemi kullanılarak yapılan bir çalışmada, hataların % 20'si kadarı potansiyel beklenmedik ilaç hatası olayı olarak değerlendirilmiştir (Tissot et al, 1999:355).

İlaç uygulamasında beş doğru (doğru ilaç, doz, yol, hasta ve zaman) ilaç uygulama performansını değerlendirmek için altın kuraldır ancak; diğer hata türlerini ya da hataların

ortaya çıkma nedenlerini içermediği için uygun değildir. İlaç uygulama hatalarının nedenleri hemşire hatalarını, sistem tasarımı (ilaç yönetimi sistemi, ilaç şirketlerinin uygulamaları) ve hekimlerin eczacıların ya da diğer hemşirelerin aktivitelerini içerebilir. İlaç uygulamalarında hemşireler merkezi bir rol oynadıklarından, hataları önleme konusunda temel oluşturmak için ilaç hatalarının neden meydana geldiği konusunda hemşirelerin ne düşündüklerini anlamak çok önemlidir (Wakefield et al, 1998:39).

Literatür değerlendirildiğinde hata oluşumuna neden olan faktörler farklı araştırmalarda incelenmiştir. Meurier ve arkadaşları (1997) yaptıkları çalışmada tıbbi hataların oluşmasına katkıda bulunan faktörleri sırasıyla; çalışanların bilgi eksikliği, stresli çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması, tecrübesizlik, üst düzey personel ile ilgili sorunlar ve yetersiz denetim olarak belirtmiştir. Göktaş (2007) ise günlük çalışma süresi 12 saati aşan hemşirelerin daha fazla olumsuz olayla karşı karşıya kaldığını tespit etmiştir. Blegen ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmada birimlerde hasta sayısının fazla olmasının ilaç hataları ve hasta düşmelerini arttırdığını oraya koymuştur. İlaç hatası olaylarının değerlendirilmesi ve hata oluşumuna katkıda bulunan nedenleri ortaya koymak, ilaç hatalarının oluşumunu engelleyecek planlamalar yapabilmek için ve ayrıca hasta güvenliği ve bakım kalitesini yükseltebilmek için gereklidir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada bir Tıp Fakültesi Hastanesinde hizmet veren hemşirelerin ilaç hatası oluşumuna katkıda bulunan faktörlere ilişkin görüşleri değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini bir Üniversite Hastanesi'nde hizmet veren hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmış ve örneklem seçilmemiş, toplam evrenini oluşturan 150 hemşireden araştırmaya katılmak isteyen toplam 109 hemşireye ulaşılmıştır. Katılım %72,6 olarak gerçekleşmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada ilaç hatalarının oluşumuna katkıda bulunan nedenler konusundaki görüşleri belirlemek amacıyla veri toplama aracı olarak kullanılan anket; Wakefield ve arkadaşları (1998) tarafından “*Nurses perceptions of why medication administration errors occur*” çalışmasında kullanılan soru formu Türkçe'ye çevirilerek kullanılmıştır. 29 sorudan oluşan ankette, hemşirelerin ifadelerine katılma sıklığı 6'lı likert tipi (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Orta Derecede Katılmıyorum, 3=Biraz Katılmıyorum 4= Biraz Katılıyorum, 5=Orta Derecede Katılıyorum 6=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde ağırlıklandırılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik kat sayısı ,869 bulunmuştur. Veriler IBM SPSS Statistics 21 paket programından yararlanılarak, tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizi, parametrik test varsayımları yerine gelmediği için, iki bağımsız grupta Mann Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grupta Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre dağılımları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde
Cinsiyete Göre Dağılım			Medeni Duruma Göre Dağılım		
Kadın	89	81,7	Evli	75	68,8
Erkek	20	18,3	Bekâr	34	31,2
Yaş Göre Dağılım			Eğitim düzeyine göre dağılım		
24-30	59	54,1	Sağlık Meslek Lisesi	22	20,2
31-40	44	40,4	Önlisans	21	19,3
41-50	6	5,5	Lisans	66	60,5
Hemşire Olarak Çalışma Süresine Göre Dağılım			Kurumda Çalışma Süresine Göre Dağılım		
1-5 yıl	37	33,9	1-5 yıl	77	70,6
6-10 yıl	48	44,0	6-10 yıl	28	25,7
11-15 yıl	18	16,5	11 yıl ve üstü	4	3,7
16 yıl ve üstü	6	5,5			
Çalışılmakta Olan Birime Göre Dağılım			Genel Çalışma Saatlerine Göre Dağılım		
Cerrahi Servisler	53	48,6	Sürekli Gündüz	35	32,1
Dâhili Servisler	28	25,7	Vardiya Usulü	67	61,5
Diğer	28	25,7	(*08-16 *16-24 *24-08)		
Toplam	109	100	Sürekli Gece	7	6,4
			Toplam	109	100

Tablo 1’e göre araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bir bölümü (% 81,7) kadınlardan oluşmaktadır. Yaş açısından bakıldığında katılımcıların %54,1’inin 24 ile 30 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %68,8’i evlidir ve % 60’5’i ise lisans mezunudur. Çalışmamızda hemşirelerin %44’ü 6-10 yıl ve %70,6’sı 1-5 yıldır görev yapmaktadır. Çalıştıkları birime göre değerlendirme yapıldığında hemşirelerin %48,6’sı cerrahi birimlerde çalışmakta ve %61,5’i Vardiya (*08-16 *16-24 *24-08) Usulü hizmet vermektedir.

Tablo 2’de araştırmaya katılan hemşirelerin ilaç hatalarına katkısı olabilecek durumlara ilişkin özellikleri verilmiştir. Buna göre, hemşirelerin %41,3’ü “İlaç Güvenliği” Konusunda, %78’i “İlaç Hataları, Hata Raporlanması ve Bildirim Konusunda eğitim almadıklarını bildirmişlerdir. Bu hemşirelerin % 48,6’sı ayda en az bir kere başka bir birimde nöbet tuttuklarını ya da görev aldıklarını, %64,2’si yılda en az bir kere başka bir birimde görev yaptıklarını iletmışlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 42’si sık sık Non-IV ilaç uyguladıklarını ve % 80. 7’si ise sık sık IntraVenöz ilaç uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2: Katılımcıların İlaç Güvenliği Konusu ile İlgili Özellikleri

	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlaç Güvenliği Konusunda Aldınız mı?				
Evet	64	58,7	Evet	24
Hayır	45	41,3	Hayır	85
Çalıştığınız serviste ünite- doz sistemi kullanılmakta mıdır?			İlaç Hataları ve Raporlama- Bildirim Konusunda Eğitim Aldınız mı?	
Evet	70	64,2	Asla	9
Hayır	39	36,8	Nadiren	20
Yılda kaç kere başka bir serviste görev alırsınız?			Arasıra	34
Hayır, birimler arası görevlendirmem olmaz.	39	35,8	Sık Sık	46
1 – 3 kere	35	32,1	Ne kadar sıklıkta non-IV ilaç uygularsınız?	
4 ve üstü	35	32,1	Asla	6
Ayda ortalama kaç kere başka bir serviste görev alırsınız?			Nadiren	9
Hayır, birimler arası görevlendirmem olmaz.	56	51,4	Arasıra	6
1 – 3 kere	43	39,4	Sık Sık	88
4 ve üstü	10	9,2	Toplam	109
Toplam	109	100		100
Çalıştığınız Kurumda İlaç Hataları Bildirimi Yapabileceğiniz Bir Sistem Var mı?			Sayı	Yüzde
Evet var, rahatlıkla bildirimde bulunabilirim.	12	11,0		
Evet var, ama uygun şekilde kullanılmıyor.	4	3,7		
Evet var, ama nasıl bildirim yapacağımı bilmiyorum.	2	1,8		
Hayır yok.	53	48,6		
Böyle bir sistemin var olup olmadığından haberdar değilim.	38	34,9		
Toplam	109	100,0		

Tablo 2’nin devamında katılımcılara yöneltilen “Çalıştığınız Kurumda İlaç Hataları Bildirimi Yapabileceğiniz Bir Sistem Var mı?” katılımcıların %48,6’sı “hayır yok”cevabı verirken, % 34,9’u ise “Böyle bir sistemin var olup olmadığından haberdar değilim.” şeklinde yanıtlamışlardır.

Tablo 3’te araştırmaya katılan hemşirelerin, ilaç hatalarına katkıda bulunan nedenleri sorguladığımız 29 soruluk ankette, en fazla katıldıkları ifadeler yer almaktadır. Katılımcıların değerlendirmeleri 6’lı likert tipi (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Orta Derecede

Katılmıyorum, 3=Biraz Katılmıyorum 4= Biraz Katılıyorum, 5=Orta Derecede Katılıyorum 6=Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde ağırlıklandırılmış ancak tabloda 1 ve 2 ifadeleri *Katılmayanlar*, 3 ve 4 ifadeleri *Kararsızlar* ve 5 ve 6 ifadeleri *Katılanlar* olarak değerlendirilmiştir. Buna göre en yüksek ortalama 3 olmuştur.

Tablo 3'e göre anketi cevaplayan hemşirelerin en fazla katıldıkları ifadeler (ort. 2,71, %84,4) “Bu serviste çalışanların sayısı yetersizdir.”, “Hekimlerin ilaç istemleri (order) okunaklı değildir. (ort. 2,45, %67,9)”, “Hekimlerin ilaç istemleri (order) açık değildir. (ort.2,39, %61,5)” ve “Birçok hasta aynı ya da benzer isimli ilaç kullanmaktadır (ort. 2,36, %55,0)” olmuştur. Bu sonuçlardan çalışan sayısının yetersizliği gibi kurumsal bir sorunun yanı sıra hekimlerin ilaç istemleriyle ilgili bazı sorunların kurumda ilaç hatasının oluşumuna katkıda bulunduğu çıkarımı yapılabilir.

Tablo 3. Hemşirelerin İlaç Hatalarına En Fazla Katkıda Bulunduğunu Düşündükleri İfadeler

	Ort. Min: 1- Max:3	Std. Sap.	Katılmayanlar Yüzde	Kararsızlar Yüzde	Katılanlar Yzde
Bu serviste çalışanların sayısı yetersizdir.	2,71	,698	13,8	1,8	84,4
Hekimlerin ilaç istemleri (order) okunaklı değildir.	2,45	,844	22,9	9,2	67,9
Hekimlerin ilaç istemleri (order) açık değildir.	2,39	,828	22,0	16,5	61,5
Birçok hasta aynı ya da benzer isimli ilaç kullanmaktadır.	2,36	,788	19,3	25,7	55,0
İlaçların isimleri çok sık değişmektedir (örn. ticari isimlerin jenerik isimlerle yer değiştirmesi)	2,30	,811	22,0	25,7	52,3
Yazılı istemler yerine sözlü istemler kullanılmaktadır.	2,28	,795	21,1	29,4	49,5
Bu serviste çalışanlar, yeni ilaçlar hakkında yeterince hizmet içi eğitim almamaktadır.	2,27	,824	23,9	25,6	50,5

Tablo 4'te araştırmaya katılan hemşirelerin, ilaç hatalarına katkıda bulunan nedenleri sorguladığımız 29 soruluk ankette, en az katıldıkları ifadeler yer almaktadır. Tabloya göre hemşireler “Bu serviste hemşireler, kabul edilmiş ilaç uygulama prosedürlerine bağlı kalmazlar. (ort.1,39, %70,6)”, “İlaçlar eczaneden hatalı dozlarda gönderilmektedir.(ort. 1,49, %64,2)”, “Hemşireler, bilinen bir alerjinin farkında değildir. (ort. 1.50,%65,1) ve “Hastaya uygulanacak ilacın zamanı geciktiğinde, uygulanması gerekli diğer dozun zamanı için, hemşireler birbirleriyle iletişim kurmazlar. (ort.1,50, %65,1)” ifadelerine yüksek oranda katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4. Hemşirelerin İlaç Hatalarına Katkısı Bulunmadığını Düşündükleri İfadeler

	Ort.		Katılmayanlar	Kararsızlar	Katılanlar
	Min: 1	Std.	Yüzde	Yüzde	Yüzde
	Max:3	Sap.			
ilaç istemleri hastane bilgi sistemine doğru bir şekilde aktarılmaz.	1,56	,787	62,4	19,3	18,3
ilaçlar, tıbbi olarak doğru bir şekilde hazırlanmamaktadır.	1,52	,728	61,4	24,8	13,8
Hastaya uygulanacak ilacın zamanı geciktiğinde, uygulanması gerekli diğer dozun zamanı için, hemşireler birbirleriyle iletişim kurmazlar.	1,50	,753	65,1	19,3	15,6
Hemşireler, bilinen bir alerjinin farkında değildir.	1,50	,741	65,1	20,2	14,7
ilaçlar eczaneden hatalı dozlarda gönderilmektedir.	1,49	,715	64,2	22,9	12,9
Bu serviste hemşireler, kabul edilmiş ilaç uygulama prosedürlerine bağlı kalmazlar.	1,39	,667	70,6	19,3	10,1

Ankette yer alan ifadeler, normal dağılıma uymadığı için, bağımlı değişkenlerle bağımsız değişkenler arasındaki farkı değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Tablo 5’te (bağımlı değişkenler, ölçekte yer alan ve en fazla katılım gösterilen ifadelerden oluşmaktadır ve $p < 0,05$ olarak alınmıştır). Yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre; “Bu serviste çalışanların sayısı yetersizdir.” ifadesi *yaş’a* ($p=0,042$) ve *hemşire olarak çalışma süresine* ($p=0,023$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Yine “Hekimlerin ilaç istemleri (order) okunaklı değildir ($p=0,045$)”, “Hekimlerin ilaç istemleri (order) açık değildir ($p=0,042$)” ve “Birçok hasta aynı ya da benzer isimli ilaç kullanmaktadır ($p=0,040$)” ifadeleri *bir yıl içerisinde başka bir serviste görev alma durumuna* göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

Değişkenler	23. ifade		4. ifade		5. ifade		15. ifade		13. ifade		8. ifade		16. ifade	
	Sayı	Mean	Sayı	Mean	Sayı	Mean	Sayı	Mean	Sayı	Mean	Sayı	Mean	Sayı	Mean
Yaş														
24-30	59	57,20	59	55,12	59	57,31	59	54,14	59	53,66	59	58,16	59	53,08
31-40	44	54,67	44	52,45	44	50,48	44	57,49	44	57,70	44	51,55	44	55,77
41-50	6	35,75	6	72,50	6	65,42	6	45,25	6	48,33	6	49,25	6	68,17
df=2		p=0.042*		p=0.207		p=0.289		p=0.578		p=0.658		p=0.368		p=0.466
Eğitim Düzeyi														
Sağlık Meslek Lisesi	22	58,39	22	54,82	22	53,55	22	58,14	22	68,59	22	61,14	22	55,68
Önlisans	21	55,14	21	52,86	21	59,50	21	53,93	21	47,07	21	46,19	21	51,95
Lisans	66	52,98	66	54,92	66	53,21	66	53,45	66	52,13	66	54,94	66	54,92
df=2		p=0.532		p=0.948		p=0.644		p=0.792		p=0.027*		p=0.229		p=0.897
Hemşire Olarak Çalışma Süresi														
1-5 yıl	37	57,73	37	53,01	37	54,24	37	55,31	37	51,45	37	55,64	37	57,09
6-10 yıl	48	57,90	48	56,97	48	57,00	48	57,08	48	56,65	48	58,78	48	53,64
11-15 yıl	18	48,08	18	48,00	18	47,75	18	48,25	18	62,50	18	47,92	18	52,25
16 yıl ve üstü	6	35,75	6	72,50	6	66,42	6	56,67	6	41,25	6	42,08	6	61,25
df=3		p=0.023*		p=0.210		p=0.492		p=0.730		p=0.346		p=0.378		p=0.864
Çalışılmakta Olan Birim														
Cerrahi Servis.	53	57,22	53	56,19	53	58,01	53	58,37	53	60,06	53	54,37	53	54,51
Dâhili Servis.	28	53,89	28	54,63	28	49,50	28	55,39	28	59,07	28	55,11	28	62,36
Diğer	28	51,91	28	53,13	28	54,80	28	48,23	28	41,6	28	56,09	28	48,57
df=2		p=0.492		p=0.877		p=0.414		p=0.311		p=0.014*		p=0.968		p=0.202
Çalışma Saatleri														
Sürekli Gündüz Çalışma	35	53,99	35	50,00	35	48,14	35	49,31	35	52,19	35	54,44	35	43,10
Vardiya Usulü Çalışma	67	56,30	67	57,56	67	58,92	67	58,11	67	58,34	67	55,81	67	61,06
(*08-16 *16-24 *24-08)	7	47,64	7	55,50	7	51,79	7	53,64	7	37,14	7	50,07	7	56,50
df=3		p=0.513		p=0.377		p=0.161		p=0.330		p=0.140		p=0.875		p=0.012*
Sürekli Gece														
df=3														
Yılda Başka Bir Serviste Görev Alma Sayısı														
Birimler arası görevlendirmem olmaz	39	52,33	39	53,38	39	52,09	39	54,17	39	52,12			39	48,99
1-3 kere	35	53,82	35	50,26	35	52,46	35	49,07	35	55,76			35	52,07
4 ve üstü	35	61,28	35	66,06	35	64,12	35	66,98	35	58,14			35	52,07
df=2		p=0.187		p=0.045*		p=0.042*		p=0.040*		p=0.698			35	70,96
												35	70,96	
													p=0.085	
													p=0.006*	

*Kruskal Wallis Test Sonucu p<0,005

Tablo 5:İlaç Hatası Oluşumuna En Fazla Katkıda Bulunduğu Düşünülen İfadelerin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı

Ayrıca “İlaçların isimleri çok sık değişmektedir (örn. ticari isimlerin jenerik isimlerle yer değiştirmesi) ifadesi, *hemşirelerin eğitim düzeyine* (p=0,027) ve *çalışılmakta olan birime* (p=0,014) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Son olarak “Bu serviste çalışanlar, yeni ilaçlar hakkında yeterince hizmet içi eğitim almamaktadır.” ifadesi hemşirelerin *çalışma saatleri durumuna* ve *bir yıl içerisinde başka bir serviste görev alma durumuna* göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

Ankette cinsiyet, medeni durum, ilaç güvenliği eğitimi alma, ilaç hatası raporlama eğitimi alma, ünite doz sistemi kullanma gibi durumlara ilişkin dağılımı karşılaştırmak için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarında ise, tüm sorularda p>0.05 olduğu için istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırmanın temel amacı hemşirelerin ilaç hatalarına katkıda bulunan nedenlere ilişkin algılarını değerlendirmektir. Bu amaçla bir üniversite hastanesinde çalışan 150 hemşireden 109'una anket uygulanmıştır. Hemşireler ilaç yönetimi sisteminde önemi bir role sahip olduğu için, bu araştırma hemşireler üzerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde; hemşirelerin ilaç hatasına katkıda bulunan en büyük neden olarak hemşirelik personeli yetersizliği konusunu (%84,4) ön plana çıkardıkları görülmektedir. Yine hemşirelerin büyük bir kısmı vardiya usulü çalışmakta (%61,5) ve %48,6'sı ayda en az bir kere başka bir serviste nöbet tutmaktadır. Özata ve Altuncan (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sağlık çalışanının tıbbi hata nedenlerine ilişkin görüşleri değerlendirilmiş ve hataya yol açan ilk nedenler sırasıyla; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk olarak belirlenmiştir. Hicks ve arkadaşları (2008) ise tıbbi hataların en fazla dikkatsizlik (%37,8) ve iş yükünün fazla olmasından (%19,7) kaynaklandığını, hataların ortaya çıkmasına yol açan diğer faktörlerin ise sırasıyla; deneyimsiz personel, vardiya değişiklikleri, geçici personel çalıştırılması ve personel sayısının azlığı olduğunu ortaya koymuşlardır. Aştı ve Kıvanç (2003) hemşirelerin hata yapma nedenlerini belirlemeye yönelik yapıları çalışmada, hemşirelerin %23,3'ünün çalışma saatlerinin fazla olmasını, % 16'sının ise hemşire sayısının yetersizliğini ve yorgunluğu hata sebebi olarak gösterdiklerini belirlemiştir. Chang ve Mark (2009) ise servislerde çalışan hemşire sayısının artması ile ilaç hatalarının azaldığını belirlemiştir. Bu bulgular bizim sonuçlarımızı desteklemektedir.

Araştırmada, ilaç hatasına katkıda bulunan ikinci en büyük problem olarak, hekim istemlerinin açık (%61,5) ve okunaklı (%67,9) olmadığı tespit edilmiştir ki bu durum ilaç hatalarına katkı sağlayan önemli nedenlerden biridir. Eşer ve arkadaşları (2007) hemşirelerin ilaç hatası yapmalarına yol açabilecek etkenleri saptadıkları çalışmada; hemşirelerin %91,7'si ilaç hazırlarken çoğunlukla telefonlara yanıt vermek durumunda kaldıklarını, %43,7'si ilaç uygulamalarında fizik koşullarla ilgili güçlüklerle karşılaşmalarını dış ortamla ilgili etkenler olarak bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada Hemşirelerin ilaç hatalarına yol açabilecek etkenler konusunda genellikle hekim istemleri ile ilgili etkenlerle karşılaştıkları (hemşirelerin %60,4'unun hekimlerin bazen istem üzerinde düzeltme yaptığını, %46,8'inin hekimlerin istemleri bazen okunaklı yazdığını, % 41,3'unun ilaç dozlarının bazen tam ve açık yazılmadığını ifade etmesi) belirlenmiştir.

Yine sonuçlara göre hemşirelerin “*Çalıştığınız Kurumda İlaç Hataları Bildirimi Yapabileceğiniz Bir Sistem Var mı?*” katılımcıların %48,6'sı “*hayır yok*” cevabı verirken, % 34,9'u ise “*Böyle bir sistemin var olup olmadığından haberdar değilim.*” şeklinde yanıtlamışlardır. Buradan hareketle kurumda ilaç hatasının ne, nasıl, niçin olduğu protokolleri ve hata bildirim sistemi ile ilgili kurumsal bir boşluk söz konusu olduğu söylenilebilir. Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük bir kısmı ilaç hataları ve raporlanması ve bildirim sistemiyle ilgili herhangi bir eğitim almamıştır.

Bu bulgulardan hareketle, çalışan personel sayısının artırılması, hekimler için ilaç istemlerini daha düzgün yapabilmeleri ve yazım hatalarını en aza indirmek amacıyla, elektronik ortamda istem oluşturacak sistemler oluşturulması, hemşirelerin başka serviste görev almalarının en aza indirilmesi, ilaç hatalarının önemi ve nasıl raporlanacağı konusunda tüm personele eğitim yapılması ve ilaç hatası bildirim sistemi kurularak, bu sistemin işlerliğinin sağlanması önerilebilir. Elde edilen bulgular özellikle, hemşirelerin bir ilaç hatası olayında

hemşirelere odaklanmaktan çok diğer faktörlerin göz önüne alınması konusunu vurguladıklarını ortaya koymuştur. Kurulacak bildirim sisteminin işlerliğini sağlamak için yetkililerin suçlayıcı ve cezalandırıcı bir tavırdan kaçınarak daha yapıcı bir tavır benimsemeleri önemlidir.

Kaynaklar

1. AŞTI Türkinaz, Kıvanç Madenoğlu Meral (2003), *Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:6, Sayı: 3.
2. BATES D.W, Boyle D.L, Vander Vliet M.B, Schneider J, Leape L. (1995), *Relationship between medication errors and adverse drug events. J. Gen Intern. Med.* Volume; **10**: 199–205.
3. BLEGEN MA, Goode CJ, Reed L. (1998), *Nursing staffing and patient outcomes*, Nursing Research, Volume; 47(1):43-50.
4. BRIGGS J, (2005), “*Strategie to reduce medication errors with reference to older adults*”, Journal of Best Practice, Vol.9, No4, pp. 1-5.
5. CHANG KY, Mark B. (2009), *Antecedents of severe and nonsevere medication errors*, Journal Of Nursing Scholarship, Volume 41(1):70-78.
6. EŞER İ, Khorshid L, Türk G, Toros F. (2007), *Hemşirelerin İlaç Hatası Yapmalarına Yol Açabilecek Etkenlerin Saptanması*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi;23(2):81-91.
7. GOSBEE, John W., Gosbee Laura L. (2010), *Using Human Factors Engineering To Improve Patient Safety*, Joint Commission Resources, Second Edition, USA.
8. GÖKTAŞ, Selma (2007), *Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi*, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
9. HICKS R.W, Sikirica V, Nelson W, Schem JR, Cousins DD. (2008), *Medication errors involving patient-controlled analgesia*, Am J. Health-Syst.Pharm, Volume;65:429-440.
10. Institute of Medicine (IOM), (2004), *Medication Errors: Risk Analysis For Pharmacy And Medications*, HRC, Volume: 4, November.
11. JCAHO (2014), *Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission* http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004_to_2Q_2013_SE_Stats_-_Summary.pdf
Erişim Tarihi: 12.08.2014
12. KAUSHAL R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F *et al.* (2001), *Medication errors and adverse drug events in paediatric inpatients. J. Am. Med. Assoc.* Volume; **285**: 2114–2120.
13. KEOHANE C.A, Bane A.D, Featherstone E, Hayes J, Woolf S, Hurley A, *et al.* (2008), *Quantifying nursing workflow in medication administration. J. Nurs. Adm.* Volume;38(1):19-26.
14. LISBY M., L. P. Nielsen and J. Mainz (2005), *Errors in the medication process: frequency, type, and potential*, International Journal for Quality in Health Care, Volume;17, Number 1: pp. 15–22.
15. MEURIER C.E, Vincent C.A, Parmar D.G. (1997), *Learning from errors in nursing practice*, Journal of Advanced Nursing, Volume;26:11-119.



16. NCCMERP, About Medication Errors, (2009), www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html, Erişim tarihi: 12.08.2014.
17. ÖZATA Musa, Altuncan Handan (2010), *Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği*. Tıp Araştırmaları Dergisi;8(2):100-11.
18. SHAREK P.J, Classen D. (2006), “*The incidence of adverse events and medical errors in pediatrics*”, Journal of Pediatric Clinics of North America, Vol;53, pp.1067-1072.
19. TISSOT E, Cornette C, Demoly P, Jaquet M, Barale F, Capalleier G. (1999), *Medication errors at the administration stage in an intensive care unit*. Intensive Care Med Volume; **25**: 353–359.
20. UZUN Şenay, Arslan Filiz, (2008), *İlaç Uygulama Hataları*. Türkiye Klinikleri J. Med Sci .28(2):217-22.
21. VALİZADEH F., Ghasemi S.F,Najafi S.S,Delfan B,Mohsenzadeh A. (2008), Errors in medication orders and the nursing staff’s reports in medical notes of children, İnan J Pediatr; Volume;18:39-45.
22. WAKEFIELD, B., Wakefield, D.S., Uden-Holman, T., & Blegen, M.A. (1998), *Nurses perceptions of why medication administration errors occur*. MedSurg Nursing. Volume;7(1), 39-44.



ÖĞRENEN ORGANİZASYONLARDA HASTAGÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Orhan ADIGÜZEL*

Ümmü Asma BİLENOĞLU**

ÖZET

Öğrenen organizasyon uygulamaları yaratıcılığı geliştirmekte, kişisel esnekliği artırmakta ve yeni iş süreçleri oluşturmaktadır.

Karmaşık bir yapıya sahip sağlık bakım hizmetlerinde hasta güvenliğinin sağlanması, tıbbi hataların azaltılması için en önemli adım çalışanlarda etkin bir güvenlik kültürü oluşturulmasıdır. Bütün sağlık çalışanları ve hastalar hasta güvenliği konusunda sorumluluk almalı, hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, organizasyonların öncelikli konusu olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Öğrenen organizasyonlar, örgütsel öğrenme, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü*

* Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, orhanadiguzel@gmail.com

**Yüksek Lisans Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, asmabilen@hotmail.com

THE RELATIONSHIPS BETWEEN TYPES OF ORGANIZATIONAL CULTURE AND ORGANIZATIONAL COMMITMENT: A STUDY ON HOSPITALS AT CITY CENTER OF ELAZIĞ

ABSTRACT

Learning organisation practice is improve creativeness. It is formed new working process and increase personel flexibility.

Because of the complicated structure of the health care services the most important step for providing patient safety and decreasing medical mistakes is to develop an efficient patient security education in employees. All of the health staffs and patients should take responsibility about patient safety and related organizations should give priority to develop patient safety culture.

Key Words: *Learning organizations, organizational learning, patient safety; patient safety culture*

1. Giriş

Günümüzde bilgi çok hızlı üretilmekte ve kullanılmakta iken, üretilen bilginin öğrenilmesi ve paylaşılması ile ilgili sorunları ortaya koyabilecek, hızla değişen çevreye uyum sağlayabilecek organizasyon modeli öğrenen organizasyon modelidir. Çünkü bilgi ve teknolojinin çok hızlı değişmesi organizasyonları sürekli olarak öğrenmeye zorlamaktadır.

Sağlık bakım hizmetleri hızla değişen ve geniş çapta teknolojiyi içeren organizasyonlarda uzman sağlık bakımı çalışanları tarafından sunulur. Sağlık bakım hizmetlerinin ilk ve en önemli öğretilen kurallarından biri “Önce zarar verme” ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda sağlık hizmetleri insan sağlığını korumaya, iyileştirmeye ve de geliştirmeye çalışırken aynı zamanda pek çok riski ve tehlikeyi de içinde barındırmaktadır. Bazen kliniksel uygulamalar sırasında veya kliniksel kararlar sonucunda sağlık hizmetleri sunumunda hatalar meydana gelebilir. Bakım sürecinde ortaya çıkan hatalar insanların zarar görmesiyle sonuçlanabilir. Bu nedenle sağlık bakım hizmetleri sunumunda dikkat edilmesi gereken en önemli konulardan biri hasta güvenliğidir. Güvenli bir sağlık bakım hizmeti sunumunun ilk adımı organizasyon çapında sürekli öğrenme, yeni bilgi yaratma, hataları tekrarlamama, tecrübelerden ders alma, yani bir öğrenen organizasyon olabilme ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesidir.

1.1 Öğrenen Organizasyon Kavramı

Öğrenmenin esasında zihniyet değişikliği yatar. Öğrenmeyle kendimizi yeniden yaratırız(Senge, 2006:23). Öğrenen bir organizasyonu gerçekleştirmek için örgütlerin sınıflar gibi, yönetimin öğretmenler gibi, çalışanların da çömez öğrenciler gibi olmaları gerekmektedir(Vemic, 2007:215).

Öğrenen organizasyon kavramı temel olarak bilgi yaratmak, öğrenmek, çalışanların bu yönde motivasyonu, ulaşılan sonuçları organizasyon bilgisi haline getirmek ve bu bilgiyi sorun çözümede kullanabilmektir (Koçel 2003, s.354).

Öğrenen organizasyon kavramı, bir işletmenin, sürekli olarak, yaşadığı olaylardan ders alması, bu tecrübeleri değişen çevre koşullarına uyarlaması, çalışanlarını geliştirici bir sistem oluşturması ve böylece değişen, gelişen, kendini yenileyen dinamik bir organizasyon haline gelmesi şeklinde ifade edilmektedir (Lick, 2006:88). Öğrenen organizasyon felsefesinin esası; çalışanların mevcut potansiyellerini gösterebilecekleri çalışma ortamlarının oluşturulması, takım ruhu ile organizasyona güç kazandırması üzerine kuruludur (Çam, 2002). Bir organizasyonun öğrenme yetenekleri çalışanlarının karar almaya katılımı ve karar alıcılar arasındaki iletişimin güçlendirilmesi teşvik edilerek artırılabilir (Lines, 2005:161).

Öğrenen bir organizasyona dönüşüm; yöneticilerin kontrolden, tahmin edilebilirlikten ve yeterlilikten vazgeçmelerini ve organizasyonun tecrübelerinden faydalanabilmelerini sağlayacak bir esnek yapıya sahip olmalarını gerektirir (Braham, 1998:12). Çalışanlar öğrenen örgütlerde beş temel eylemle yetenek kazanmaktadırlar. Bu nitelikler şunlardır (Senge, 2006:43);

- Sistematiik problem çözme,
- Yeni yaklaşımları deneme,
- Kendi tecrübelerinden ve geçmişten öğrenme,
- Başkalarının tecrübelerinden öğrenme,
- Bilgiyi tüm organizasyona aktarma

Peter Senge, bir işletmenin öğrenen organizasyon haline dönüşmesini sağlayan beş temel disiplini; kişisel ustalık, düşünsel modeller, paylaşılan vizyon, takım halinde öğrenme ve sistem düşüncesi olmak üzere ortaya koymaktadır. Bu disiplinlerden her biri bireylerin olaylar hakkında nasıl düşündüğünü, gerçekten ne istediklerini, birbirleriyle nasıl etkileşim gerçekleştirebildiklerini ve beraber nasıl öğrendiklerini açıklamaktadır (Senge, 2006:16). Peter Senge'ye göre, esas anlamda bir öğrenen organizasyon vizyonu yakalayabilmek için bu beş disiplinin bir araya gelmesi çok önemlidir (Yazıcı, 2001:167).

1.1 Hasta Güvenliği Kavramı

Hasta güvenliği kavramı, hastanın herhangi bir sebepten dolayı zarar görmesinin engellenmesi anlamında kullanılmaktadır (Mitchell 2008: 2). Hasta güvenliğinde amaç; sağlık hizmeti alan hasta bireyler için olumlu bir ortam yaratarak güvenliği sağlamak, onları zarar verici uygulamalardan ve tehlikelerden uzak tutmaktır (Uzun, 2009: 1). Bu sebeple hasta bakımının yapıldığı ortamlardaki fiziki ve beşeri tüm olasılıklar dikkate alınmalı ve gerekli tedbirler uygulanmalıdır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Yetkinlioğlu, 2009: 36).

Hasta güvenliğinin sağlanmasında bakım süreci kilit öneme sahiptir. Sağlık bakım hizmetleri sırasında hataların engellenmesi, meydana gelen hatalardan ders alınması, sağlık hizmeti uygulayıcıları, hastalar ve yöneticiler arasında “güvenlik kültürünün” oluşturulması gerekmektedir (Eroğlu, 2011: 13).

1.2.1. Hasta Güvenliği Kültürü

Risk faktörünün yüksek olduğu endüstrilere örnek oluşturan sağlık sektöründe, güçlü güvenlik kültürleri, insan hayatına mal olabilecek tıbbi hataları önleme potansiyeline sahiptir (Çakır, 2007: 116). Hasta güvenliğinin sağlık kurumunu ilgilendirecek tüm çalışmalar içerisinde ele alınması gerekmektedir. Hasta güvenliği için olan çalışmalara yalnızca sağlık kuruluşunun hastalarla iletişim içinde olan üniteleri değil, sağlık çalışanlarını koordine eden hastane yönetiminin de katılması, hasta güvenliği kültürünün oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Hasta güvenliği ikliminin tüm sağlık çalışanlarınca benimsenmesi, kültürün oluşmasına ve devamlı olmasına katkı sağlayan unsurlardan biridir (Adıgüzel, 2010:161).

Sağlık hizmetlerinde hatalar genellikle üç etmenden kaynaklanmaktadır. Bunlar insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olarak sınıflandırılabilir. İnsan faktörü yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik gibi durumlarda karşımıza çıkabilmektedir. Kurumsal faktörler ise iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş, konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı gibi şekillerde görülmektedir. Teknik faktörlerin kapsamında ise yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği ve entegrasyon eksikliği bulunmaktadır (Top, Gider, 2008: 167).

1.2.2. Hasta Güvenliği İçin Alınan Bazı Önlemler

Hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için öncelikle hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde hasta güvenliği için alınabilecek birçok önlemden bahsedildiği görülmektedir. Sayek (2011:19)'e göre bazı çalışmaların yapılması ve uygulanması önerilmektedir. Bu önerilerin en önemlileri aşağıda sunulmuştur;

- Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,
- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması.

Sağlık hizmeti veren organizasyonlar bünyesinde hasta güvenliği politikalarını belirleyen ve faaliyete geçişine hız veren bir hasta güvenliği koç, mentor ve liderlerin belirlenmesi ve hasta güvenlik komitesinin hastanelerde kurulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kurum içinde paylaşılan ortak bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve yerleşmesi için içsel ve dışsal kıyaslamaların yapılması önerilebilir (Adıgüzel, 2010:168).

2.Yöntem

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı

ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Pearson korelasyon, etki ise regresyon analizi ile test edilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ndeki hasta güvenliği kültürü ile öğrenen organizasyon olma durumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ndeki birimlerde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bilgi işlem daire başkanlığından alınan bilgilere göre 2013 yılında hastanede görev yapan 796 sağlık çalışanından 332’sine anket uygulanmıştır. Bu anket sayısı % 97 güven aralığına karşılık gelmektedir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada iki ölçek kullanılmıştır. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi AHRQ tarafından 2004 yılında geliştirilen “Hospital Survey on Patient Safety Culture” anketinin Türkçe’sidir (Sorra ve Nieva 2004). Emel Filiz tarafından 2009 yılında yapılan “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi” adlı çalışmada geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak literatüre kazandırılmıştır.

Orijinali “Dimensions of the Learning Organization Questionnaire (DLOQ)” olan Watkins ve Marsick tarafından 1997 yılında geliştirilen “Öğrenen Örgüt Boyutları Anketi (ÖÖBA)”, Muhammed Ali Sarışahin tarafından 2013 yılında yapılan “Öğrenen Organizasyonlar Süleyman Demirel Üniversitesi İdari Personel Üzerine Bir Uygulama” adlı çalışmada kullanılmıştır.

3. Bulgular

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan çalışanların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

3.1. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kurumda Çalışma Süresi	1-5 Yıl	154	46,4
	6-10 Yıl	85	25,6
	11 Yıl Ve üstü	93	28,0
	Toplam	332	100,0
Birimde Çalışma Süresi	1-5 Yıl	225	67,8
	6-10 Yıl	107	32,2
	Toplam	332	100,0
Haftalık çalışma Saati	40 Saati Geçmiyor	56	16,9
	40-49 Saat	241	72,6
	50 Saatten Fazla	35	10,5
	Toplam	332	100,0
Görev	Hemşire	221	66,6
	Yrd.Doç. Doktor	29	8,7
	Doç. Doktor	39	11,7
	Uzmanlık Öğrencisi	43	13,0
	Toplam	332	100,0
Hastalarla Etkileşim İçerisinde Olma	Evet	317	95,5
	Hayır	15	4,5
	Toplam	332	100,0
Mesleki Deneyim	1-5 Yıl	109	32,8
	6-10 Yıl	65	19,6
	11-15 Yıl	81	24,4
	15 Yıl üstü	77	23,2
	Toplam	332	100,0

Çalışanların kurumda çalışma süresi değişkenine göre en fazla 154'ü (%46,4) 1-5 yıl arasındadır. Çalışanların birimde çalışma süresi değişkenine göre en yoğun 225'i (%67,8) 1-5 yıl olarak görülmektedir. Çalışanların haftalık çalışma saati değişkenine göre en fazla 241'i (%72,6) 40-49 saat arasında bulunmaktadır. Çalışanların görev değişkenine göre 221'i (%66,6) hemşire, 111'i (%33,3) doktor şeklindedir. Çalışanların hastalarla etkileşim içerisinde olma değişkenine göre 15'i (%4,5) hayır olarak saptanmıştır.

3.2. Hasta Güvenliği Kültürüne İlişkin Bulgular

Tablo 2. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	332	12,244	2,504	6,000	20,000
Hataların Raporlanma Sıklığı	332	8,365	3,267	3,000	15,000
Hastane üniteleri Arasında Ekip Çalışması	332	12,901	1,926	8,000	19,000
Hastane Müdahaleleri Ve Değişim	332	12,892	2,123	8,000	18,000
Yönetici Beklentileri Ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	332	12,069	2,810	4,000	20,000
Sürekli Geliştirme	332	10,515	2,203	3,000	15,000
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	332	15,220	3,130	6,000	20,000
İletişimin Açık Tutulması	332	9,027	2,063	4,000	15,000
Hatalar Hakkında Geribildirim Ve İletişim	332	10,774	2,533	5,000	15,000
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	332	9,913	2,626	3,000	15,000
Personel Sağlama	332	12,563	2,275	7,000	20,000
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	332	9,633	2,173	4,000	15,000
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	332	136,115	14,618	80,000	190,000

Tablo 3. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyinin Göreve Göre Ortalamaları

Sürekli Geliştirme	Hemşire	221	10,670	2,156	4,506	0,004	1 > 3
	Yrd.Doç. Doktor	29	11,310	2,269			2 > 3
	Doç. Doktor	39	9,795	1,750			1 > 4
	Uzmanlık Öğrencisi	43	9,837	2,487			2 > 4
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Hemşire	221	15,516	3,159	5,898	0,001	1 > 3
	Yrd.Doç. Doktor	29	16,276	2,685			2 > 3
	Doç. Doktor	39	14,205	2,783			1 > 4
	Uzmanlık Öğrencisi	43	13,907	3,030			2 > 4
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Hemşire	221	9,896	2,559	3,687	0,012	2 > 1
	Yrd.Doç. Doktor	29	11,310	2,362			2 > 3
	Doç. Doktor	39	9,590	2,962			2 > 4
	Uzmanlık Öğrencisi	43	9,349	2,572			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Hemşire	221	136,670	13,801	4,946	0,002	2 > 1
	Yrd.Doç. Doktor	29	143,414	19,397			2 > 3
	Doç. Doktor	39	133,103	12,525			1 > 4
	Uzmanlık Öğrencisi	43	131,070	14,859			2 > 4

Araştırma sonuçlarına göre SDÜ TF Hastanesi'nde çalışan yardımcı doçent doktorların hasta güvenliği kültürü düzeyi toplam ve hasta güvenliği kültürü ölçeği alt boyutlarından sürekli geliştirme puanları, üniteler içinde ekip çalışması puanları, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtları hastane doçent doktorlarına ve uzmanlık öğrencisi doktorlarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyinin Haftalık Çalışma Saatine Göre Ortalamaları

Hastane üniteleri Arasında Ekip Çalışması	40 Saati Geçmiyor	56	12,571	1,828	5,613	0,004	2 > 3
	40-49 Saat	241	13,100	1,904			
	50 Saatten Fazla	35	12,057	1,984			
Sürekli Geliştirme	40 Saati Geçmiyor	56	9,804	2,110	7,982	0,000	2 > 1 2 > 3
	40-49 Saat	241	10,805	2,103			
	50 Saatten Fazla	35	9,657	2,578			
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	40 Saati Geçmiyor	56	14,482	2,886	3,860	0,022	2 > 1 2 > 3
	40-49 Saat	241	15,510	3,093			
	50 Saatten Fazla	35	14,400	3,491			
Hatalar Hakkında Geribildirim Ve İletişim	40 Saati Geçmiyor	56	10,571	2,448	3,122	0,045	2 > 3
	40-49 Saat	241	10,954	2,571			
	50 Saatten Fazla	35	9,857	2,225			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	40 Saati Geçmiyor	56	10,518	2,530	4,092	0,018	1 > 3 2 > 3
	40-49 Saat	241	9,917	2,618			
	50 Saatten Fazla	35	8,914	2,605			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	40 Saati Geçmiyor	56	133,661	11,477	7,610	0,001	2 > 3
	40-49 Saat	241	137,809	14,068			
	50 Saatten Fazla	35	128,371	19,450			

SDÜ TF Hastanesi'nde hasta güvenliği kültürü düzeyi toplam ve alt boyutlarından hastane üniteleri arasında ekip çalışması, sürekli geliştirme, üniteler içinde ekip çalışması, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim puanları haftalık çalışma saati ortalamalarına göre 49 saatten fazla çalışanlarda daha düşük olmak üzere 40 saatten az çalışanlarda da düşük bulunmuştur. En yüksek 40-49 saat arası çalışanlarda bulunmuştur.

3.3. Öğrenen Organizasyon Olma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 5. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Öğrenen Organizasyon Olma Düzeyi

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Sürekli Öğrenme	332	3,599	1,021	1,230	4,800
Diyalog Ve Araştırma	332	3,188	0,806	1,130	4,250
Takım Halinde Öğrenme	332	3,422	0,885	1,230	4,700
Paylaşımçı Sistemler	332	3,239	0,910	1,230	4,420
Güçlendirilmiş Çalışanlar	332	3,007	0,800	1,230	4,320
Sistemler Arası Bağlantı	332	3,175	0,747	1,230	4,230
Destekleyici Liderlik	332	3,025	0,780	1,230	3,960
Öğrenen Örgüt Genel	332	3,464	0,592	1,350	4,710

Tablo 6. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Öğrenen Organizasyon Olma Düzeyinin Göreve Göre Ortalamaları

Paylaşımçı Sistemler	Hemşire	221	3,338	0,854	5,987	0,001	1 > 3 2 > 3 1 > 4
	Yrd.Doç. Doktor	29	3,436	0,903			
	Doç. Doktor	39	2,749	1,082			
	Uzmanlık Öğrencisi	43	3,045	0,875			
Güçlendirilmiş Çalışanlar	Hemşire	221	3,062	0,785	3,803	0,011	1 > 3 2 > 3
	Yrd.Doç. Doktor	29	3,204	0,835			
	Doç. Doktor	39	2,648	0,663			
	Uzmanlık Öğrencisi	43	2,919	0,889			
Öğrenen Örgüt Genel	Hemşire	221	3,496	0,576	5,443	0,001	2 > 1 1 > 3 2 > 3 2 > 4
	Yrd.Doç. Doktor	29	3,747	0,595			
	Doç. Doktor	39	3,242	0,533			
	Uzmanlık Öğrencisi	43	3,309	0,630			

SDÜ TF Hastanesi'nde çalışan yardımcı doçent doktorların öğrenen organizasyon olma düzeyi toplam ve alt boyutlarından paylaşımçı sistemler, güçlendirilmiş çalışanlar düzeyleri hastane doçent doktorlarına ve uzmanlık öğrencisi doktorlarına göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Öğrenen Organizasyon Olma Düzeyinin Haftalık Çalışma Saatine Göre Ortalamaları

Diyalog Ve Araştırma	40 Saati Geçmiyor	56	2,983	0,817	3,840	0,022	2 > 1
	40-49 Saat	241	3,262	0,766			
	50 Saatten Fazla	35	3,001	0,984			
Takım Halinde Öğrenme	40 Saati Geçmiyor	56	2,970	1,018	12,288	0,000	2 > 1 2 > 3
	40-49 Saat	241	3,562	0,803			
	50 Saatten Fazla	35	3,189	0,933			
Güçlendirilmiş Çalışanlar	40 Saati Geçmiyor	56	2,985	0,842	5,147	0,006	1 > 3 2 > 3
	40-49 Saat	241	3,069	0,765			
	50 Saatten Fazla	35	2,612	0,877			
Sistemler Arası Bağlantı	40 Saati Geçmiyor	56	2,966	0,939	3,190	0,042	2 > 1
	40-49 Saat	241	3,235	0,672			
	50 Saatten Fazla	35	3,095	0,845			
Öğrenen Örgüt Genel	40 Saati Geçmiyor	56	3,281	0,521	6,860	0,001	2 > 1 2 > 3
	40-49 Saat	241	3,536	0,557			
	50 Saatten Fazla	35	3,257	0,803			

SDÜ TF Hastanesi sağlık çalışanlarında öğrenen organizasyon olma düzeyi genel ve alt boyutlarından diyalog ve araştırma, takım halinde öğrenme, güçlendirilmiş çalışanlar, sistemler arası bağlantı puanları en yüksek haftalık 40-49 saat arası çalışanlarda bulunmuştur.

Tablo 8. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Öğrenen Organizasyon Olma Durumunun Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	P	F	Model (p)	R ²
Güvenliğin Kapsamlı Algılanması	Sabit	5,137	8,287	0,000	51,610	0,000	0,314
	Destekleyici Liderlik	1,449	9,286	0,000			
	Diyalog Ve Araştırma	0,556	3,765	0,000			
	Sürekli Öğrenme	0,264	2,172	0,031			
Hataların Raporlanma Sıklığı	Sabit	6,223	9,614	0,000	11,818	0,001	0,032
Hastane üniteleri Arasında Ekip Çalışması	Sabit	8,734	16,241	0,000	21,708	0,000	0,158
	Takım Halinde Öğrenme	0,508	4,323	0,000			
	Sürekli Öğrenme	0,362	3,618	0,000			
	Sistemler Arası Bağlantı	0,354	2,553	0,011			

SDÜ TF Hastanesi sağlık çalışanları ile yapılan araştırma sonuçlarına göre hasta güvenliği kültürünün kapsamlı algılanması üzerine etki düzeyi, öğrenen organizasyon olma düzeyi alt boyutlarından diyalog ve araştırma, destekleyici liderlik ve sürekli öğrenme puanları anlamlı yüksek bulunmuştur. Hasta güvenliği kültürü gelişmesi için tıbbi hataların raporlanma sıklığı üzerinde öğrenen organizasyon olma düzeyi alt boyutlarından sürekli öğrenme puanının etkisi anlamlı yüksek bulunmuştur. Hasta güvenliği için hastane üniteleri arasında ekip çalışması geliştirilmesi üzerinde öğrenen organizasyon alt boyutlarından takım halinde öğrenme, sürekli öğrenme ve sistemler arası bağlantı puanları anlamlı yüksek bulunmuştur.

Tablo 9. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Öğrenen Organizasyon Olma Durumunun Hasta Güvenliği Kültürü Alt Boyutları Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	P	F	Model (p)	R ²
Yönetici Beklentileri Ve Güvenlik Geliştirme Faaliyetleri	Sabit	6,064	7,689	0,000	20,372	0,000	0,149
	Sürekli Öğrenme	0,574	3,916	0,000			
	Sistemler Arası Bağlantı	0,672	3,304	0,001			
	Takım Halinde Öğrenme	0,527	3,057	0,002			
Sürekli Geliştirme	Sabit	0,514	1,678	0,094	369,022	0,000	0,816
	Güçlendirilmiş Çalışanlar	1,537	20,626	0,000			
	Takım Halinde Öğrenme	1,186	18,309	0,000			
	Sistemler Arası Bağlantı	0,243	3,295	0,001			
	Destekleyici Liderlik	0,182	2,415	0,016			
Üniteler İçinde Ekip Çalışması	Sabit	1,266	3,676	0,000	601,780	0,000	0,879
	Sürekli Öğrenme	1,815	26,828	0,000			
	Paylaşımçı Sistemler	1,382	18,311	0,000			
	Takım Halinde Öğrenme	0,457	6,228	0,000			
	Sistemler Arası Bağlantı	0,435	5,086	0,000			
İletişimin Açık Tutulması	Sabit	7,741	16,931	0,000	8,412	0,004	0,022
	Diyalog Ve Araştırma	0,403	2,900	0,004			
Hatalar Hakkında Geribildirim ve İletişim	Sabit	6,065	10,165	0,000	21,964	0,000	0,160
	Paylaşımçı Sistemler	0,524	3,186	0,002			
	Sürekli Öğrenme	0,420	2,838	0,005			
	Güçlendirilmiş Çalışanlar	0,498	2,694	0,007			
Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt	Sabit	7,653	12,383	0,000	14,110	0,000	0,038
	Sistemler Arası Bağlantı	0,712	3,756	0,000			
Personel Sağlama	Sabit	5,052	8,524	0,000	56,649	0,000	0,335
	Sistemler Arası Bağlantı	1,143	8,108	0,000			
	Diyalog Ve Araştırma	0,856	6,461	0,000			
	Paylaşımçı Sistemler	0,357	3,063	0,002			
Hasta Güvenliği İçin Hastane Yönetiminin Desteği	Sabit	5,811	9,902	0,000	14,678	0,000	0,110
	Takım Halinde Öğrenme	0,439	3,214	0,001			
	Destekleyici Liderlik	0,426	2,619	0,009			
	Güçlendirilmiş Çalışanlar	0,343	2,126	0,034			

Tablo 10. SDÜ TF Hastanesi Sağlık Çalışanlarının Öğrenen Organizasyon Olma Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	P	F	Model (p)	R ²
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Sabit	69,323	20,970	0,000	67,011	0,000	0,583
	Sürekli Öğrenme	3,742	6,067	0,000			
	Diyalog Ve Araştırma	1,701	2,424	0,016			
	Takım Halinde Öğrenme	3,478	5,212	0,000			
	Paylaşımçı Sistemler	2,024	2,965	0,003			
	Güçlendirilmiş Çalışanlar	3,112	3,886	0,000			
	Sistemler Arası Bağlantı	3,515	4,706	0,000			
	Destekleyici Liderlik	2,952	3,843	0,000			
Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği Toplam	Sabit	71,212	22,886	0,000	447,762	0,000	0,574
	Öğrenen Örgüt Genel	18,739	21,160	0,000			

Yapılan analizler sonucunda, SDÜ TF Hastanesi sağlık çalışanlarının öğrenen organizasyon olma durumu ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulunmuştur. Hastanelerde mevcut öğrenen organizasyon olma durumu hasta güvenliği kültürünü güçlü bir şekilde etkilediği görülmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Araştırmada SDÜ TF Hastanesi çalışanlarının öğrenen organizasyon düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile sorgulanmıştır. Analiz sonucunda tüm boyutların birbirleri ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler içerisinde oldukları saptanmıştır. Buradan katılımcıların bir boyuta ilişkin öğrenen organizasyon olma düzeyleri arttığında, diğer boyutlarından bundan etkilenerek aynı doğrultuda arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç; öğrenen organizasyonun sistematik bir işleyişe sahip olduğunun göstergesi olarak değerlendirilebilir. Sistemdeki en ufak olumlu gelişme, diğer öğeleri de doğrudan olumlu yönde etkilemektedir.

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hasta güvenliği kültürü ile öğrenen organizasyon olma durumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Öğrenen organizasyon olmak için çalışmalara gereken önemin verilmesinin yanı sıra sistemli olarak profesyonel bir ekip tarafından, hastane yönetiminin olumlu tutumu ve desteği ile hasta güvenliğinin sağlanması süreci de oldukça önem arz ettiği söylenebilir. Üniversite hastanelerinde öğrenen organizasyon olma çalışmalarına süreklilik kazandırılması ve kurum politikası olarak gerekli önemin verilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması konusunda üzerinde hassasiyetle durulması önerilebilir.
- Bu araştırma sonuçları doğrultusunda, sağlık çalışanlarına çalıştıkları ünitelere göre tıbbi hatalarla ilgili ve hasta güvenliği kültürünün yaratılması, sağlık kuruluşlarında etkin bir hata bildirim sisteminin kurulması, yöneticilerin hata bildirimi konusunda yapıcı, destekleyici roller alması, kalıcı olabilmesi için eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir.



- Araştırma sonuçlarına göre 49 saatten fazla haftalık çalışma saatlerinde daha fazla olmak üzere 40 saatten az çalışma saatlerinde de hasta güvenliği kültürü düzeyi ve öğrenen organizasyon olma düzeyi puanları hızla düşmektedir. Hasta güvenliği ve öğrenen organizasyon olma durumu ideal düzeyleri için sağlık çalışanlarının en uygun haftalık çalışma saatlerinin 40-49 saat olduğu söylenebilir.
- Bu araştırma sonucunda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi için sağlık kuruluşlarında liderlerin destekleyici tutumlarının, çalışanlar arasında sürekli öğrenme, diyalog ve araştırma duygusu geliştirme çabalarının artırılması gerektiği önerilebilir. Sağlık kuruluşlarında iyi bir hasta güvenliği için hastane üniteleri arasında ekip çalışması geliştirilmesi ve bunun için bireysel öğrenmeden takım halinde öğrenmeye geçilmesi, sistemler arası bağlantının geliştirilmesi ve sürekli öğrenmeye önem verilmesi gerektiği söylenebilir.
- SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde eğitimlerinde öğrenen örgütün ve hasta güvenliğinin öneminden bahsedilerek, öğrenmelerin önündeki engellerin neler olduğuna dair sağlık çalışanlarından görüşler alınarak belirlenebilir ve öğrenmenin önündeki engelleri kaldırmaya yönelik uygulamalar yürürlüğe konulabilir.

Hasta güvenliği ve öğrenen organizasyonlar kavramları ile ilgili araştırmaların farklı sağlık kuruluşlarında görevli sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilirse bütün sonuçlardan genellemeye gidilebilecek sonuçlara ulaşılabilecektir.

Kaynaklar

- 1.ADIGÜZEL, Orhan (2010), Hasta Güvenliği Kültürünün Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanmasına Yönelik Bir Araştırma, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:28, s:159-170.
- 2.BRAHAM, Barbara J. (1998), *Öğrenen Bir Organizasyon Yaratmak*, Çev: A.Tekcan, Rota Yayınları, Etkin Yönetim Dizisi.18, İstanbul.
- 3.ÇAKIR, Ali (2007), Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi.
- 4.ÇAM, Salim (2002), *Öğrenen Organizasyon ve Rekabet Üstünlüğü*, Papatya Yayıncılık.
- 5.EROĞLU, KAYA, Eylem (2011), Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- 6.KOÇEL, Tamer (2003), *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım Yayım, 7. Basım, İstanbul.
- 7.LICK, Dale, W., (2006), A new perspective on organizational learning: Creating learning teams , Florida: Department of Educational Leadership and Policy Studies, Learning Systems Institute, Florida State University.
- 8.LINES, Rune (2005), How Social Accounts and Participation During Change Affect Organizational Learning, Journal of Workplace Learning, Vol.17, No.3, s.161.
- 9.MITCHELL, Pamela (2008), Defining Patient Safety and Quality Care, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses http://www.ahrq.gov/professionals/cliniciansproviders/resources/nursing/resources/nursesdbk/MitchellP_DPSQ.pdf ,(21.12.2013).
- 10.SAYEK, Füsün (2011), *Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya*, TTB Raporları.
- 11.SENGE, Peter, M. (2006), *Besinci Disiplin*, Çev: A. İldeniz ve A. Doğukan, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- 12.TOP, Mehmet, Ömer, GİDER (2008), Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:2.
- 13.UZUN, Özge (2009), “Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler”, V. Nörojirürji Hemşireleri Kongresi, http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fiys.inonu.edu.tr%2Fwebpanel%2Fdosyalar%2F611%2Ffile%2Fouzun_hastanelerdehasta_guvenligi.doc&ei=dAO-UiUKc7_PLuigcgP&usq=AFQjCNHNftFV9jM7mSKAha5rF_EvTP6_A&sig2=cN19UYuyAvayWGuhmRIVsg,Erişim Tarihi:13.05.2014.
- 14.VEMIC, Jelena (2007), Employee Training and Development and The Learning Organization, Economics and Organization, Vol. 4, No 2, ss. 209 – 216.
- 15.YAZICI, Selim (2001), *Öğrenen Organizasyonlar*, Alfa Yayınları, İstanbul, Ocak.

AİLE HEKİMLİĞİNDE, HASTA-HEKİM İLETİŞİMİNDE GÜVEN UNSURUNUN HASTANIN HEKİME BAĞLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: ANKARA İLİ KEÇİÖREN İLÇESİ ÖRNEĞİ

*Elif KOÇ**

*Dilaver TENGİLİMOĞLU***

*Öğr.Gör. İsmet SALİHOĞLU****

*Öğr.Gör.Erkan MALKOÇ*****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, aile sağlığı merkezlerine (ASM) hizmet almaya gelmiş hastaların, hekimleriyle iletişimlerinde güven unsurunun hekimlerine olan bağlılıkları üzerine etkisini değerlendirmektir. Bu amaçla, Ankara ili Keçiören ilçesinde faaliyette olan 3 adet ASM'ye hizmet almak için 01-31 Mayıs 2013 tarihleri arasında başvuran 600 hasta ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Hastaların hekime güven boyutunu ölçmek için, Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen güven ölçeğinin tamamından ve Akdağ (2011) tarafından geliştirilen ölçek içinden seçilen 13 ifadeden yararlanılmıştır. Hastanın hekime bağlılığını ölçmek için Erdem ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilen ölçeğin tamamından yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda “hasta-hekim iletişiminde güven unsuru’nun alt boyutlarına ait ifadelerin ortalama puanlarının birbirleri ve “hastanın hekime bağlılığı” ifadelerinin ortalama puanları ile arasında yüksek ve pozitif yönde ilişki bulunmuştur. “Hasta-hekim iletişiminde güven unsuru’nun 3 alt boyutunun, “hastanın hekime bağlılığı”nı %70 oranında açıkladığı görülmüştür. Ayrıca “hastanın hekime bağlılığı” üzerine en fazla etkiye sahip faktörün “hekimin klinik davranışlarına duyulan güven” faktörü olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, hasta-hekim iletişimi, güven, hasta bağlılığı

*Yüksek Lisans Öğrencisi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, eeelifkoc@hotmail.com

** Prof. Dr., Atılım Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, dilaver.tengilimoglu@gmail.com

*** Öğr. Gör., Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ismet_salihoglu@hotmail.com

**** Öğr. Gör., Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erkan.malkoc@emu.edu.tr

**IN THE FAMILY MEDICINE IMPACT OF TRUST FACTOR ON
ADHERENCE OF PATIENT TO THE PHYSICIAN IN THE PATIENT
PHYSICIAN COMMUNICATION: THE PATTERN OF ANKARA PROVINCE
KEÇİÖREN DISTRICT**

ABSTRACT

The purpose of this study evaluate the impact of trust factor on patient's, who come the ASMs to receive services, adherence to the physician in the patient-physician communication. For this aim this study carried out in three ASM ,which are currently active in Ankara province in Keçiören district, with 600 patient who are applied these ASMs between the day of 01-31 May. In order to avaluate the patient's trust dimention to the physician two kind of trust scale has been used in this study. First of them was developed by Yılmaz (2005) whole items has been used in his scale, the other used trust scale was developed by Akdağ (2011) and only 13 selected items has been used in his trust scale. And to evaluate the patient's adherence to the physician the whole items, which is developed by Erdem & e.t. (2008) has been used. At the end of the research, high correlation in positive direction has been found between each other of the average scores of the expressions of the sub-dimensions of the “trust factor in the patient-physician communication. It has been seen that the 3 sub-dimensions of the “trust factor in the patient-physician communication” have described the “adherence of the patient to the physician” in a rate of 70%. And also it has been understood that the factor which has the largest impact on the “adherence of the patient to the physician” is the factor the trust felt for the clinic behaviors of the physician.

Key Words: family medicine, patient-physician communication, trust, patient adherence

1. Giriş

Bilgiye erişimin kolaylaşmasıyla, bilgi birikimi büyümekte ve karmaşıklaşmakta buna bağlı olarak tıbbi teknoloji hızla gelişmektedir. Bu gelişmelerle karmaşıklaşan sağlık hizmeti sunumu, uzmanlıklara bölünmüş; yüksek ve pahalı teknolojiye bağımlı hale gelmiştir. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetlerinin etkili yürütülebilmesi ve maliyet etkili olunabilmesi amacıyla koruyucu hekimlik hizmetinin ve I. basamak tedavi hizmetlerinin entegre verilmesinin gerekliliği benimsenmiştir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğine (2013) göre bünyesinde koruyucu ve acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi, rehabilitasyon, doğum, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve/veya yatarak tıbbi ve cerrahi müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız/diş sağlığı hizmetlerinin verildiği, I. basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmetlerinin bütünü entegre sağlık hizmetleridir. Bu yüzden kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmeti sunarak, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın hizmet sunan aile hekimi tipine ihtiyaç duyulmuştur. Aile hekimliğinde; yalnızca hastalık yönetimine odaklanmaktan ziyade kişilerin hayat şartlarını, sağlıklarını ve ilişkilerini geliştirmeye odaklanılarak daha iyi sağlık hizmeti almasını sağlamak amaçlanmaktadır (Miller, Crabtree, Nutting, Stange ve Jaen, 2010: S69). Yani I. basamak tedavi hizmetleri, hastalığın belirli bölümünün ötesine erişebilen bir hasta-hekim iletişimidir.

Aile hekimliğinde hasta hekim iletişimde, taraflar birbirinden karşılıklı olarak etkilenmektedir. Bu etkileşimde, hekimin iletişim becerisi ve sorun çözme yeteneği önemli unsurlardır (Özer, 2007: 4). Hekimin hastasına yeterince zaman ayırması, hastasının soru sormasına izin vermesi, hastasını bilgilendirmesi hastayı etkilemekte ve hekimine duyduğu güveni artırmakta dolayısıyla hastanın hekime bağlılığını da olumlu yönde etkilemektedir. Aile hekimliğinde hasta bağlılığı; hastanın aile hekiminin hizmetlerini beğenmesiyle; ihtiyaç duyması halinde tekrar aynı aile hekimini tercih etme, aile hekiminin hizmetlerinden çevresindekilere olumlu olarak bahsetme ve aile hekimini benimsemesi eğilimidir. Hasta bağlılığını etkileyen en önemli faktör hekim-hasta arasındaki güven unsurunun oluşmasıdır. Sağlık hizmetlerinde tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgisi olmasından dolayı hizmeti sunanlara duyulan güven çok daha önem kazanmaktadır (Erdem ve diğerleri, 2008: 97-99). Tüm bu bilgiler çerçevesinde, hasta-hekim iletişimde güven unsurunun hastanın hekime olan bağlılığı üzerine etkisinin aile hekimliği sistemi çerçevesinde değerlendirmesi büyük önem taşımaktadır.

1.1. Türkiye’de Aile Hekimliği

Türkiye’de aile hekimliği ilk olarak 5 Temmuz 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde, 1985 yılında uzmanlık eğitimine başlanmıştır (Şişman, 2010: 36). Eğitim süresi 3 yıldır. 2003 yılından itibaren sağlık reformu kapsamında aile hekimliği çalışmaları hız kazanmıştır. Geçiş dönemi eğitimleri ile aile hekimliği sisteminde çalışacak olan pratisyen hekimlere “aile doktoru” unvanı verilmiştir. İlk olarak 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde, tüm ülkede ise 2010 yılı sonunda aile hekimliği uygulaması başlamıştır (Ünlüoğlu, 2012: 4-6). Sağlık istatistikleri yıllık verilerine (2012) göre, 2012 yılı itibarıyla Türkiye’de 6660 aile sağlığı merkezi bulunmaktadır, aile hekimliği sistemindeki hekim sayısı ise 20811’dir ve aile hekimine müracaat sayısı 221672029’ dur.

Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için aile hekimlerinden sevk alma zorunluluğu yoktur. Ancak hasta aile hekimine başvurduğu zaman herhangi katılım payı ödemezken hastanelere başvurduğunda katılım payı ödemesi gerekmektedir

(http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=742:aile-hekimime-gitmeden-uzman-doktora-gidebilir-miyim&catid=87:halk-cin-&Itemid=226). Aile hekimliğinde verilen muayene, aşılama, enjeksiyon, pansuman, I. basamakta yapılan tahlil ve film hizmetleri ücretsizdir, işlemlerin yapılması için herhangi bir sosyal güvence aranmamaktadır. Yazılan reçetelerde yapılacak ödemeler ise kişilerin sosyal güvencesinin durumuna göre farklılık göstermektedir (http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=732:aile-hekimliinde-salk-hizmetleri-uecretli-midir&catid=87:halk-cin-&Itemid=226).

1.2. Hasta-Hekim İletişimi

İletişim, mesajın bir kişiden diğer kişi veya kişilere aktarılması, yani gönderici ile alıcı arasındaki anlaşmanın sağlanmasıdır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2011: 336). Hasta-hekim ilişkisi de bir etkileşimdir; yani hasta ve hekim birbirini karşılıklı olarak etkilemektedir. Etkileşimin bulunduğu her yerde iletişim, iletişimin de bulunduğu her yerde etkileşimin varlığı söz konusudur (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2008: 205). Bu yüzden hasta-hekim iletişimi, özellikle I. basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimliğinde hem hekim hem de hasta

açısından önem taşımaktadır. Meydana gelen hasta-hekim iletişimi karşılıklı güvene ve sağlıklı kurulan iletişime dayanmalıdır.

1.3. Hasta-Hekim İletişiminde Güven ve Bağlılık

Hasta-hekim ilişkisinde, hastanın hekimine güvenmesine, hekiminin kendisi için en iyi olanı yapacağına inanmasına dayanmakta olan temelini Hipokrat Andından alan hipokratik güven söz konusudur. Tıp bilgisine sahip olmayan hastalar, hekimden hem bu bilgiye sahip olmasını, hem de bu bilgiyi olumlu yönde kullanarak kendisini iyileştirmesini beklemektedir. Meslek olarak hekimliğin gelişiminin başlangıcında güven, gizemli bir güçtü. Bu gizemli gücün nedeni tıp bilgisinin bugünle karşılaştırılamayacak ölçüde azlığı ve hekimin elindeki tedavi etme olanaklarının sınırlılığıdır. Hasta fazla açıklamalara gereksinim duymamakta ya da bu gereksinimi dile getirememekte, hekimden yalnızca kendisi için en iyi olanı yapmasını beklemektedir. Hastalığın neden olduğu çaresizlik duygusunun ve ölüm korkusunun yol açtığı ruhsal gerilemeyle beraber, hekim hiç sorgulanmamıştır. Bir süre sonra artık gizeme gerek kalmamış, hastaya bilgi vermemek, anlayamayacağı bir dille konuşmak hekimliğin doğası durumuna gelmiştir. Hasta-hekim ilişkisinin ayrıntılı biçimde sorgulanması ve büyük bir değişim geçirmesi ancak toplumun kullandığı bilginin artışıyla olmuştur. Böylece paylaşım ve bilgi aktarımına dayalı güven ilişkisi gelişmiştir. Toplumun eğitim düzeyi yükseldikçe, ulaşabildiği bilgi kaynakları arttıkça, hasta hakları kavramı geliştikçe hekimin sahip olduğu konumun sorgulanmasına başlanmıştır. Etkinliğin tüm denetimini hekimlere vermek yerine hekimin gücünü bilgiyi paylaşmak yoluyla hastayla paylaşması gerektiği sonucuna varılmıştır (Oğuz, 1995: 62-64). Hasta “can”ı olan en değerli varlığını hekime emanet etmektedir. Eğer hasta en uygun şartlarda hizmet veren, doğru teşhisi koyan ve doğru tedaviyi uygulayan bir hekim algılamasına sahip olursa doğal olarak güven duygusuna da sahip olacaktır. Bu yüzden hasta ile hekim arasında olan güven ilişkilerinde hasta bağlılığı büyük önem taşımaktadır. Bağlılık, hizmeti satın almayı artırır ve hekime karşı geleceğe yönelik olumlu fikirlerin beslenmesine sebep olur (Derin ve Demirel, 2011: 214-216). Bağlılıkla bir ilişkinin devamlılığını sağlamak için istekli olunur ve bağlılığın karşılıklı olması her iki taraf içinde faydalar sağlar.

Hasta bağlılığı çok çeşitli şekillerde meydana gelebilmektedir. Hasta tüm sağlık sorunlarının çözümünü aynı sağlık kurumundan satın alırsa genel bağlılık; bazı hizmetler için başvurursa hizmet temelinde bağlılık; hasta belirli bir hekimi tercih eder ve isterse hekime bağlılık; ailenin tüm üyeleri aynı sağlık kurumunu ya da hekimi tercih ederse ailece bağlılık; anne, baba ve çocukların dış hekimi gibi farklı tercihlerinin olmasıyla kişisel bağlılık meydana gelir (Karafakıoğlu, 1998: 132-134). Bu bilgiler ışığında çalışmada aile sağlığı merkezlerine hizmet almaya gelmiş hastaların, hekimleriyle iletişimlerinde güven unsurunun hekimlerine olan bağlılıkları üzerine etkisi incelenmektedir.

2.Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, aile sağlığı merkezlerine hizmet almaya gelmiş hastaların, hekimleriyle iletişiminde güven unsurunun hekimlerine olan bağlılıkları üzerine etkisini değerlendirmesidir.

2.2. Evren ve Örneklem

11 Ekim 2012 tarihi itibari ile Ankara Sağlık Müdürlüğü web sayfasında belirtilen, Keçiören ilçesinde halen faaliyette bulunan 58 adet aile sağlığı merkezine başvuran hastalar evrenimizi oluşturmaktadır. Örneğimizin evreni iyi temsil edebilmesi için Ankara ili Keçiören ilçesinde aile hekimi olarak görev yapan ve bölgeyi tanıdığı varsayılan 15 adet aile hekimi ile yapılan yüz yüze görüşmelere dayanan sınırlama yapılmıştır. Bu görüşmelere dayanarak araştırmanın kapsamı ilçe içinden seçilen üst, orta ve alt gelir grubuna dâhil hastaların başvurduğu aile sağlığı merkezlerini temsil edebileceği varsayılan 3 adet aile sağlığı merkezine 01-31 Mayıs 2013 tarihleri, 09.00-11.00/14.00-16.00 saatleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 600 hastayla sınırlandırılmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Toplam 3 bölüm ve 58 sorudan oluşan anketteki sorularda 5’li Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. Birinci bölüm hastaların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. İkinci bölümde hastaların hekime güven boyutunu ölçmek için, Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen güven ölçeğinin tamamından ve editörlüğünü Akdağ’ın (2011) yaptığı çalışmada “Europep hasta memnuniyeti ölçeği” kullanılarak geliştirilen ölçek içinden seçilen 13 ifadeden yararlanılmıştır. Üçüncü bölümde hastanın hekime bağlılığını ölçmek için Erdem ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilen ölçeğin tamamından yararlanılmıştır. Son 1 ifade ise literatür taraması sonucu ankete eklenmiştir. Her üç çalışmadan alınan ifadeler kendi çalışmamıza uyarlanmıştır.

3. Bulgular

3.1. Demografik bulgular

Araştırma kapsamındaki hastaların demografik değişkenlere göre dağılımını gösteren Tablo 1.’e göre; hastalar %21,2’lik oranla en çok 31-40 yaş aralığında bulunmaktadır. Hastaların yarısından fazlası kadındır (%55,3). Lise ve dengi okul mezunu olan hastalar %36,2’dir. Hastaların yarısından fazlası evlidir (%69,5). Hastalar %23,7 oranında ev hanımıdır. Gelir düzeyi açısından hastaların yarıya yakını (%47,8) aylık gelir durumunun 1000TL-2999TL aralığında olduğunu belirlenmiştir.

Tablo 1: Hastaların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
Yaş	20' den az	63	10,5
	21-30	115	19,2
	31-40	127	21,2
	41-50	119	19,8
	51-60	94	15,7
	61 ve üzeri	82	13,7
Cinsiyet	Kadın	332	55,3
	Erkek	268	44,7
Eğitim durumu	Okuryazar	15	2,5
	İlkokul	64	10,7
	Ortaokul	78	13,0
	Lise ve dengi	217	36,2
	Ön Lisans	42	7,0
	Lisans	150	25,0
Medeni durum	Lisansüstü	34	5,7
	Evli	417	69,5
Meslek	Bekâr	183	30,5
	İşsiz	33	5,5
	Ev hanımı	142	23,7
	Serbest meslek	51	8,5
	Kamu personeli	104	17,3
	İşçi	49	8,2
	Öğrenci	69	11,5
	Emekli	111	18,5
	Diğer	41	6,8
Aylık ortalama gelir	999 TL ve altı	255	42,5
	1000 TL- 2999 TL	287	47,8
	3000 TL ve üstü	58	9,7
Toplam		600	100

3.2. Hasta-Hekim İletişiminde Güven Unsuru ve Hastanın Hekime Bağlılığına İlişkin Bulgular

Tablo 2’de ASM hastalarının “hekimin klinik davranışlarına duyulan güven” boyutuna yüksek puan verdikleri görülmüştür. Bu boyutta en yüksek puan ortalamasına sahip ASM Aşağı Eğlence’dir. Genel olarak “hasta-hekim iletişiminde güven unsuru”nu ölçmeye yönelik ifadelerin tüm boyutlarında ve “hastanın hekime bağlılığı”nda hastaların orta nokta olan 3’ün üzerinde puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 2: Araştırmada Kullanılan Anketlerin Psikometrik Özellikleri

Anketler	Soru sayısı	Puan aralığı	Ortalama			
			Aşağı Eğlence ASM	İsmet Ayturan ASM	Uyanış ASM	3 ASM Genel ort.
A. “Hasta-hekim iletişiminde güven unsuru” nu ölçmeye yönelik anket	35	1 - 5	4,00	3,99	3,77	3,92
1. boyut: Hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven	21	1 - 5	3,95	3,97	3,70	3,87
2. boyut: Hekimin klinik davranışlarına duyulan güven	10	1 - 5	4,17	4,11	3,90	4,06
3. boyut: Hizmet sunumu ve sağlık kurumunun genel fiziki şartlarına duyulan güven	4	1 - 5	3,92	3,87	3,81	3,87
B. “Hastanın hekime bağlılığı”nu ölçmeye yönelik anket	12	1 - 5	4,10	4,08	3,90	4,03

Tablo 3: ASM hastalarının “hasta-hekim iletişimde güven unsuru” ve “hastanın hekime bağlılığı” puanlarının ASM'lere göre karşılaştırılması

“Hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nu ölçmeye yönelik ifadelerin boyutları	ASM'ler	n	\bar{x}	F	p
1. Boyut Hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven	K. Aşağıeğlence ASM	200	3,95	6,476	0,002*
	K. İsmet Ayturan ASM	200	3,97		
	K. Uyanış ASM	200	3,70		
2. Boyut Hekimin klinik davranışlarına duyulan güven	K. Aşağıeğlence ASM	200	4,16	5,990	0,003*
	K. İsmet Ayturan ASM	200	4,11		
	K. Uyanış ASM	200	3,90		
3. Boyut Hizmet sunumu ve sağlık kurumunun genel fiziki şartlarına duyulan güven	K. Aşağıeğlence ASM	200	3,91	0,830	0,436
	K. İsmet Ayturan ASM	200	3,87		
	K. Uyanış ASM	200	3,80		
“Hastanın hekime bağlılığı”	K. Aşağıeğlence ASM	200	4,10	2,874	0,057
	K. İsmet Ayturan ASM	200	4,09		
	K. Uyanış ASM	200	3,91		

* $p \leq 0,05$ anlamlı farklılık

Tablo 3'e göre, ASM hastalarının “hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nun 1. ($F=6,476$ $p=0,002 \leq 0,05$) ve 2. ($F=5,990$ $p=0,003 \leq 0,05$) boyutlarının cevaplarının ortalamaları ASM'lere göre farklılık göstermektedir. Bu farklılık 1. boyutta Keçiören Uyanış ASM ile Keçiören Aşağıeğlence ASM ($p=0,007 \leq 0,05$) ve Keçiören Uyanış ASM ile Keçiören İsmet Ayturan ASM ($p=0,004 \leq 0,05$) arasında meydana gelmiştir. Bu farklılık 2. boyutta Keçiören Uyanış ASM ile Keçiören Aşağıeğlence ASM ($p=0,003 \leq 0,05$) ve Keçiören Uyanış ASM ile Keçiören İsmet Ayturan ASM ($p=0,024 \leq 0,05$) arasında meydana gelmiştir.

3.3. Hasta-Hekim İletişiminde Güven Unsurunun Hastanın Hekime Bağlılığı Üzerine Etkisi

“Hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nun alt boyutlarının birbirleriyle yüksek ve pozitif yönde ($p=0,000 < 0,01$) ilişkileri bulunduğu korelasyon analiziyle tespit edilmiş ve Tablo 4'te gösterilmiştir. Ayrıca “hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nun her bir alt boyutu ile “hastanın hekime bağlılığı” arasında da yüksek ve pozitif yönde ($p=0,000 < 0,01$) ilişki bulunmuştur. Yani hasta-hekim iletişimde güven düzeyi arttıkça hastanın hekime bağlılık düzeyi de artmaktadır. Bulunan bu ilişki 0,01 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4: ASM Hastalarının “Hasta-Hekim İletişiminde Güven Unsuru” ile “Hastanın Hekime Bağlılığı” Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

		Hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nu ölçmeye yönelik ifadelerin boyutları			“Hastanın hekime bağlılığı”
		1. Boyut Hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven	2. Boyut Hekimin klinik davranışlarına duyulan güven	3. Boyut Hizmet sunumu ve sağlık kurumunun genel fiziki şartlarına duyulan güven	
Hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nu ölçmeye yönelik ifadelerin boyutları	1. Boyut Hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven	1			
	2. Boyut Hekimin klinik davranışlarına duyulan güven	0,861* (0,000)**	1		
	3. Boyut Hizmet sunumu ve sağlık kurumunun genel fiziki şartlarına duyulan güven	0,700* (0,000)**	0,790* (0,000)**	1	
“Hastanın hekime bağlılığı”		0,785* (0,000)**	0,815* (0,000)**	0,710* (0,000)**	1

*Korelasyon ilişkisi 0,01 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

**p değeri

Anlamlı olan bu ilişkide “hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nun alt boyutlarının “hastanın hekime bağlılığı” üzerindeki etkisini ölçmek için “çoklu regresyon analizi yapılmış ve sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5: “Hasta-Hekim İletişiminde Güven Unsuru”nun Alt Boyutlarının “Hastanın Hekime Bağlılığı” Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişkenler	B ₀	β	Std. Hata	t	p	R ²	F	p*
Sabit Katsayı	0,199		0,105	1,891	0,059	0,700	463,588	0,000
1. BOYUT Hekimin Mesleki Birikimi, Yeterliliği ve Meslek Etiğine Duyulan Güven	0,334	0,311	0,047	7,038	0,000			
2. BOYUT Hekimin Klinik Davranışlarına Duyulan Güven	0,467	0,420	0,057	8,154	0,000			
3. BOYUT Hizmet Sunumu ve Sağlık Kurumunun Genel Fiziki Şartlarına Duyulan Güven	0,167	0,160	0,038	4,372	0,000			

Bağımlı Değişken: “hastanın hekime bağlılığı” (n=600)

Çoklu regresyon analizinin sağlıklı sonuçlar verebilmesi için bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının olmaması gerekmektedir. Bu sorunu tespit etmeye yönelik yapılan analizler çoklu bağlantı sorunun olmadığını göstermiştir.

Tablo 5’teki sonuçlar kullanılarak tahmin edilen regresyon fonksiyonu;

$$\text{Hastanın Hekime Bağlılığı} = 0,199 +$$

$$0,334 (1. \text{ Boyut}) +$$

$$(0,047)$$

$$0,467 (2. \text{ Boyut}) +$$

$$(0,057)$$

0,167(3. Boyut)

(0,038) olarak ifade edilebilir.

Tahmin edilen regresyon modelinin katsayılarını test etmek için β , t ve p değerlerine bakılır. Tüm katsayılar için p^* değeri $\leq 0,05$ olduğundan katsayıların her birinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Yine Tablo 5'e göre “hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nun 3 alt boyutu, “hastanın hekime bağlılığı”nı %70 oranında açıklamaktadır. Ayrıca modelin tümünün anlamlı olup olmadığı F testi yapılarak belirlenir. Bu çerçevede, görüldüğü gibi $F = 463,588$ ve $p^* = 0,00 \leq 0,05$ bulunduğundan modelin tümüyle istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Ayrıca standardize edilmiş olan Beta (β) değerlerinden hareketle, görece olarak en fazla etkiye sahip değişkenin “hekimin klinik davranışlarına duyulan güven” (0,420) bağımsız değişkeni olduğu anlaşılmaktadır. Onu izleyen diğer değişkenlerin sırasıyla “hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven” (0,311) ve “hizmet sunumu ve sağlık kurumunun genel fiziki şartlarına duyulan güven” (0,160) bağımsız değişkenleri olduğu anlaşılmaktadır.

4. Tartışma ve Sonuç

Ankara ili Keçiören ilçesinde halen faaliyette olan üç adet ASM'ye hizmet almak için 01-31 Mayıs 2013 tarihleri ve 09.00-11.00/14.00-16.00 saatleri arasında başvuran 600 hastanın, hasta-hekim iletişimde güven unsurunun hastanın hekime olan bağlılığı üzerine etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada “hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nun alt boyutlarının birbirleri ve “hastanın hekime bağlılığı” ifadelerinin ortalama puanları ile arasında yüksek ve pozitif yönde ilişki bulunmuştur. “Hastanın hekime bağlılığı” %70 oranında “hasta-hekim iletişimde güven unsuru”nun 3 alt boyutuna bağlı olarak şekillenmektedir. Özbek (2006) tarafından yapılan çalışmada, “işçiler açısından üst yönetime güven ne kadar sağlanırsa örgüt içerisinde güven de o kadar sağlanacaktır” ve “üst yönetime karşı ne kadar duyulan güven fazla ise çalışanlar da o kadar örgüte bağlı olacaktır” sonucu ve Chin'in (2001) hasta hekim ilişkisiyle ilgili yaptığı çalışmasında, hastaların hekimlerine güven seviyesi ile memnuniyet ve tedaviye olan bağlılıkları arasında bulunduğu yakın ilişki çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırma dâhilindeki hastalar en çok 31-40 yaş aralığında bulunmaktadır. Hastaların yarısından fazlası kadındır. En çok lise ve dengi okul mezunu hastalar bulunmaktadır. Hastaların yarısından fazlası evlidir. Hastaların dörtte biri ev hanımı olduğunu belirtmiştir. Araştırmada demografik değişkenlere bakıldığında yaşın iletişimde güven unsurunun 1. boyutunda; mesleğin ve aylık ortalama gelirin iletişimde güven unsurunun 1. ve 2. boyutunda; mesleğin hasta bağlılığında farklılığa neden olduğu bulunmuştur. Yaşı 20'den az olan hastaların; “hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven” ortalama puanlarının yaşı 61 ve üzeri olan hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. İşsiz hastaların; “hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven”, “hekimin klinik davranışlarına duyulan güven” ve “hasta bağlılığı” ortalama puanlarının diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Aylık ortalama gelire göre hastalar arasındaki farklılığa bakıldığında gelir düzeyi 999TL ve altı olan hastaların “hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven” ortalama puanlarının gelir düzeyi 1000TL-2999TL arasında olan hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi 999TL ve altı olan hastaların “hekimin klinik davranışlarına duyulan güven” ortalama puanlarının gelir düzeyi 3000TL ve üstü olan hastaların ortalama puanlarından daha düşük olduğu görülmüştür. İletişimde güven unsuru açısından ASM'ler

karşılaştırıldığında 1. ve 2. boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmuştur. “Hekimin mesleki birikimi, yeterliliği ve meslek etiğine duyulan güven” ve “hekimin klinik davranışlarına duyulan güven” boyutlarına bakıldığında Uyanış ASM hastalarının ortalama puanlarının diğer ASM hastalarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Hasta bağlılığı açısından ASM’ler karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

“Hastanın hekime bağlılığı” üzerinde en fazla etkiye sahip faktörün 2. faktör olan “hekimin klinik davranışlarına duyulan güven” faktörü olduğu anlaşılmıştır. Bu bağlamda daha sonra yapılacak çalışmalarda hekimin klinik davranışlarına yoğunlaşan araştırmaların gerçekleştirilmesi hasta bağlılığının artırılması adına yararlı olacaktır.

Güvenle ilgili çalışmalara son yıllarda eğilim artmaktadır. Ancak yine de bu alandaki literatürün genel olarak sınırlı olduğu söylenebilir. Literatür çalışması esnasında hasta güveni ve özellikle hasta bağlılığına yönelik Türkçe kaynakların azlığı dikkat çekici olmuştur. Bu nedenle çalışmanın Türkçe literatürdeki boşluğun daralmasına fayda sağlayacağına inanılmaktadır. Yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak hastaların memnuniyet düzeyleri ve örgütlerde çalışanların güveni ve bağlılığı konularını içerdiği görülmüştür. Türkçe literatürdeki bu boşluğun araştırmacılar tarafından giderilmesine büyük ihtiyaç vardır.

I. basamak sağlık hizmetleri alanında faaliyetlerini sürdüren müdürlükler, ilgili sağlık ve üniversite birimleri araştırma neticesinde elde edilen bulgulardan, hastaların güven ve bağlılık seviyelerini nasıl artıracaklarına yönelmek maksadıyla faydalanabilirler.

Bu araştırma belirlenen 3 ASM’ye başvuran hastalarla sınırlı kalmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda diğer sağlık hizmeti sunum basamaklarına ve farklı hasta gruplarına yönelik araştırmalara da odaklanılması faydalı olacaktır.

Kaynaklar

- 1.AKDAĞ, Recep (Ed.) (2011), *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti (Araştırma Serisi 5)*, Opus Basım Yayın ve Ambalaj San. ve Tic. Ltd. Şti., Ankara
- 2.CHİN, J. J. (2001), Doctor-Patient Relationship: A Covenant of Trust. *Singapore Medical Journal*, 42(12), s.579-581
- 3.DERİN, Neslihan, Demirel, Erkan T. (2011), Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Üünü ile Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), s.208-235
- 4.ERDEM, R., Rahman, S., Avcı, L., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G., Kesici, T., Kırmızıgül, Ş., Üzel, S. ve Kubat, C. (2008), Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, s.95-110
- 5.KARAFKIOĞLU, Mehmet (1998), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, İstanbul
- 6.MILLER, W. L., Crabtree, B. F., Nutting, P. A., Stange, K. C. and Jaen, C. R. (2010), Primary Care Practice Development: A Relationship-Centered Approach, *Annals of Family Medicine*, 8(1), s.S68-S79.
- 7.OĞUZ, N. Yasemin (1995), Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 3(2-3), s.59-65.

- 8.ÖZBEK, Mehmet Ferhat (2006), Çalışma İlişkilerinde Güven: Yönetim Politikaları, Güven ve Bağlılık İlişkisi Konusunda Bir Türkiye ve Kazakistan Uygulaması, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Doktora Tezi
- 9.ÖZER, Onur (2007), Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması ile Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü Yayınlanmış Uzmanlık Tezi
- 10.ŞİŞMAN, Serpil (2010), Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi
- 11.TENGİLİMOĞLU, D., E. A. Atilla ve M. Bektaş (2008), *İşletme Yönetimi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara
- 12.TENGİLİMOĞLU, D., O. Işık, ve M. Akbolat (2011), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
- 13.ÜNLÜOĞLU, İlhami. (2012), “*Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi*”, Ed. İlhami Ünlüoğlu, Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, Cahit Özer, Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi, Akademi Yayınevi, İstanbul, s.1-8
- 14.YILMAZ, Sadık, Baysal Akkaya, Vahide (2009), Hekim ile Dermatoloji Hastaları Arasındaki İlişkide Güven Unsurunun Ölçülmesi, *Türkderm*, 43, s.89-94
- 15.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/istatistik/saglik_istatistikleri_yilligi_2012.pdf, Erişim Tarihi: 04.06.2014
- 16.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=924:aile-hekimlii-uygulamas-kapsamnda-salk-bakanlnca-caltrlan-personele-yaplacak-oedemeler-le-soezleme-usul-ve-esaslar-hakknda-yoenetmelik&catid=42:yoenetmelikler&Itemid=223, Erişim Tarihi: 07.05.2014
- 17.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=742:aile-hekimime-gitmeden-uzman-doktora-gidebilir-miyim&catid=87:halk-cin-&Itemid=226, Erişim Tarihi: 07.05.2014
- 18.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=732:aile-hekimliinde-salk-hizmetleri-uecretli-midir&catid=87:halk-cin-&Itemid=226, Erişim Tarihi: 07.05.2014

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİNDEKİ HEKİMLERİN TIBBİ MALPRAKTİS HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ

Pelin ÖZMEN*

Soykan ŞAHİN**

Mehmet ÇETİN***

Yusuf Ziya TÜRK****

Giriş-Amaç:

Son yıllarda, dünyada ve ülkemizde, insan hakları ve hasta hakları kavramları önem kazanmış bu da sonuç olarak toplumda haklarını bilen, bunu sorgulayan kişilerin artışına yol açmıştır. Sağlık alanında hizmet sunan kişilerin de bu sebeple sorumlulukları artmış, tıbbi müdahale konusunda daha duyarlı ve özenli davranmak durumunda kalmışlardır.

Malpraktis, Hukuk Sözlüğünde genel olarak bir meslek mensubunun mesleğini, toplumda mesleğin ortalama basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi, beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye zarar vermesi şeklinde tanımlanmasına karşın, günümüzde bu terim ne yazık ki sadece tıbbi uygulama hataları ile özdeşleşmiştir.

Ülkemizde artık hiçbir hekimin kendini tıbbi malpraktis davalarının uzağında göremeyeceği gerçeği ışığında yapılan araştırmada; hekimlerin tıbbi malpraktis nedenlerine yönelik düşünceleri, tıbbi malpraktis ile eğitim, zorunlu mesleki sorumluluk sigortası ile tazminatlara bakış açılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Malpraktis, eğitim, medya, mesleki sorumluluk sigortası, tazminat

*Uzmanlık Öğrencisi, GATA Askeri Sağlık Hizmetleri AD, pozmen@gata.edu.tr

**Uzmanlık Öğrencisi, GATA Halk Sağlığı AD, ssahin@gata.edu.tr

***Öğretim Görevlisi, GATA Askeri Sağlık Hizmetleri AD, mcetin@gata.edu.tr

****Öğretim Görevlisi, GATA Askeri Sağlık Hizmetleri AD, yzturk@gata.edu.tr

Gereç-Yöntem:

Araştırmanın evrenini bir eğitim araştırma hastanesinin tüm bilim dallarında çalışan 340 öğretim üyesi, 115 uzman- doktoralı hekim, 313 uzmanlık-doktora öğrencisi olmak üzere toplam 768 hekim oluşturmaktadır. Ancak sadece 222 hekim çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. (%28,9). Çalışma, Türk Tabipler Birliğinin hekimlere internet üzerinden uyguladığı soru formu dikkate alınarak araştırmacılar tarafından şekillendirilmiştir. Beş bölümden oluşan ankette, birinci bölümde sosyo-demografik özellikler ile ilgili 4 soru, ikinci bölümde tıbbi malpraktis hakkında düşünceler başlığı altında 7 soru, üçüncü bölümde uygulanan ve/veya dile getirilen çözüm önerilerine yönelik 2 soru, dördüncü bölümde mesleki sorumluluk sigortası üzerine 4 soru, son bölümde ise tazminat hakkında düşüncelere yönelik 10 soru olmak üzere toplam 27 soru yer almıştır. Anket Eylül-Kasım 2012 arasında uygulanmıştır.

Verilerin istatistik analizleri SPSS 15.0 ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, en küçük, en büyük, ortalama, standart sapma, verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi kullanılmış, $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular:

Katılımcıların en küçüğü 22, en büyüğü 58 yaşında olup, yaş ortalamaları $36,49 \pm 6,7$ 'dir. Katılımcıların büyük çoğunluğu uzmanlık-doktora öğrencisidir (%45,00).

Meslekte geçirilen yıl ile tıbbi malpraktis kaygısı arasındaki ilişki incelenmiş Tıbbi malpraktis konusunda duyulan kaygının, meslekte hizmet verilen süre arttıkça, kademeli olarak azaldığı görülmüştür, bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p = 0,027$).

Çalışmamızda malpraktisi önleme konusunda verilen eğitimleri, hekimler; mezuniyet öncesi için %18,46 mezuniyet sonrası için de sadece %9,45 oranında yeterli bulmuştur. Uzmanlık doktora öğrencileri eğitimleri daha sıklıkla yetersiz olarak değerlendirmiş ancak statüler ile eğitimleri yeterli bulup bulmama açısından istatistiksel anlam bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Katılımcılar tıbbi uygulama hatalarının artıyor görünmesinin en önemli sebebini (%61,7) yetersiz sayıda sağlık çalışanı olarak ifade etmişken, ardından mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimin yetersizliğini ve hasta sayısının çokluğunu dile getirmişlerdir.

Hasta şikâyet ve davalarının artış nedenleri olarak en sık %64,4 ile toplumun hak arama bilincindeki değişim, ardından medyanın tutumu ve tıbbi uygulamalara yönelik hastalarda yaratılan yanlış beklentiler olarak belirtilmiştir.

Tıbbi malpraktisin gündemde olma sebebi ise %71,2 ile medyanın yaklaşım tarzı olmuştur. Bunun dışında artan şikâyet ve davalar ile artan tazminatlar sebepler arasında sayılmıştır.

Katılımcıların %70,7'si mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olması gerektiğine inanırken, %20,7'si bu haliyle mevcut sigortanın hekimi koruyucu olmadığını düşünmektedir. Mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olmasının en sık nedenini %37,8 rahat çalışma ortamı sağlamak olarak değerlendirilmiştir. Sigorta uygulamalarının sunulan sağlık hizmetine olumlu etki göstereceğine inananların oranı %47,7'dir. Ödenen tazminatların tıbbi malpraktis sayısını azaltacağına yönelik algı %44,6 iken, bunun sağlık hizmetlerine olumsuz yansıtacağı algısı %54,5'dir.

Hizmet sunumunda oluşan zararların sağlık hizmeti sunanlar ve/veya kamusal kaynaklarca oluşturulan bir fondan tazmin edilmesi olarak açıklanan kamusal fon önerisini katılımcıların %75,7'si desteklemiştir. Kişiyeye yönelik değil sisteme yönelik yaklaşımları öneren böylece zararın tekrarlanmasını azaltmaya yönelik bir yaklaşım olan hata analiz yöntemini, katılımcıların %89,6'sının desteklediği tespit edilmiştir. Hataların üstünün örtülmesinin engellendiği sağlık çalışanlarının yaptıkları ya da tanık oldukları hataları birbirleriyle ve yöneticileriyle paylaştıkları bildirim yaklaşımına katılımcıların %86,9'u destekçi olmuştur.

Tartışma:

İstanbul Hekim Odası verilerine göre 1982-2002 yılları arasında ki 20 yıllık dönemde hekim hatalarıyla ilgili olarak 1525 kişi şikâyette bulunmuştur; 1982-1997 arası 15 yıllık dönemde başvuru sayısı 158 iken, 1997-2002 arası 5 yıllık dönemde 1367 başvuru olması, hekim hatalarında artış olduğunun göstergesi olmuştur (1-2). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda tıbbi uygulama hataları iddialarında son yıllarda %40-120 arasında artışlar bildirilmektedir (3).

Araştırmamızda mesleğinde tecrübeli hekimlerin tıbbi malpraktis kaygı düzeylerinin, genç hekimlerden daha az olduğu, genç hekimlerin bu konuda daha çok endişe duydukları görülmüştür. Bu durum genç hekimlerin sürekli tıbbi malpraktis kavramı altında yetişmelerinden kaynaklanabileceği gibi, yaşla birlikte artan tecrübenin verdiği güven duygusuna da bağlı olabilir.

TTB'nin Haziran 2011 çalışmasında katılımcıların çoğunluğu mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinin malpraktisi azaltmak açısından yetersiz olduğunu düşünmektedir (% 73,8). Kocaeli'nde Top ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada malpraktis “Hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği” önemli etken sayılmıştır. Çalışmamızda veriler literatürler ile uyumludur.

TTB'nin çalışmasında tıbbi malpraktisin gündemde olma sebepleri arasında %41 hasta ile ilgili etmenler (hekim artan güvensizlik, hak arama bilincinde artış, hasta haklarında yapılan düzenlemeler), %37,9 hekimlere yönelik olumsuz tutumlar , %37,6 özelleştirme politikaları, %20,7 olumsuz çalışma koşulları, %19,5 yetersiz eğitim, %1,2 hekimlerin mesleki tutumlarının olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda tıbbi malpraktisin gündemde olmasının en sık sebebi medyanın konuya yaklaşımıdır (%71,2). Bu durumun günümüzde medyanın giderek artan aktif kullanımından dolayı olabileceği düşünülmüştür.

TTB çalışmasında katılımcıların %39,9'u mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olmasını istemişken (4), çalışmamız katılımcıların %70,7'si bu zorunluluğu istemiştir. Bu artış uygulamanın geçen zaman içerisinde hekimler tarafından benimsenmiş olması ile ilişkilendirilmiştir.

ABD'de uygulanan tıbbi malpraktis sisteminin hasta güvenliğine zarar verdiği, hekimlerin aksaklıkları dava edilecekleri kaygısıyla bildirmediği veya hastaya müdahale etmedikleri bildirilmektedir. ABD'de mesleki sorumluluk sigortası, birçok ülkede olduğu gibi “kusura dayalı tazmin” olarak tanımlanmaktadır. ABD'de sigorta primlerinin sigorta şirketleri tarafından belirlenmesi ve ödenmesi gereken tazminatlar üst sınır konmamış olması nedeniyle primlerin ve tazminat oranlarının her yıl çok ciddi oranlarda yükseldiği dikkat çekmektedir (5-6).

Oysa İsveç, mesleki sorumluluk sigortası uygulamasında çok başarılı bir örnek olarak karşımıza çıkmaktadır. “No-Fault System” (Kusurlunun aranmadığı sistem) uygulamasına

dayanan İsveç modelinde, hatalı personelin cezalandırılması değil meslek hatasına neden olan şartların düzeltilmesi öngörülmektedir. Bir diğer tabirle; “Kim?” sorusu yerine “Neden?” sorusu sorulmakta ve sağlık sisteminde kusurlara neden olan aksaklıkların giderilmesi amaçlanmaktadır (7). TTB’nin çalışmasında katılımcılar, sistem odaklı yaklaşımlardan olan kamusal fon önerisini %64,3, hata analizini %78,3, bildirimini %86,2 oranında desteklemiştir (4). Çalışmamızda, katılımcılar benzer olarak kamusal fon önerisini % 75,7, hata analizini %89,6, bildirimini %86,9 gibi yüksek oranlarda desteklemiştir.

Sonuç/Öneriler:

Araştırmamızda; sağlık çalışanlarının sayıca yetersizliği tıbbi malpraktisin, toplumun hak arama bilincindeki artış ise şikâyet ve davalardaki artışın en önemli sebebidir. Çalışmamızda, tıbbi malpraktisin gündemde olma nedeni, medyanın tutumudur. Sağlık Bakanlığının bu anlamda akılcı adımlar ile medya ve halkın bakış açısı değiştirilebilir. Medya hekimlerin zorlu eğitim süreçleri ile yoğun ve özverili çalışmalarını vurgulayarak hekimin hak ettiği saygınlığa ulaşmasını, toplumun bilinçlendirilmesi sağlayacaktır. Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerine önem verilmesi, standart eğitim programlarının uygulanması, malpraktise yönelik dergilerin çıkarılması, sempozyumların düzenlenmesi malpraktisi azaltmak açısından önemlidir.

Mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olmasıyla hekimler daha rahat çalışacaktır ancak mevcut haliyle bu sigortanın hekimleri yeterince koruyamayacağı düşünüldüğünden sıklıkla eleştirilen sigorta klozları, kapsayıcılık süreleri vs. konuyu inceleyen birimler tarafından yeniden değerlendirilmelidir. Kişisel değil sistem yaklaşımı olarak kamusal fon, hata analizi ve bildirim gibi alternatif yaklaşımlar kuvvetle desteklenmelidir.

Kaynaklar

- 1.Birgen N, Mahmutoğlu FS, İçmeli OS, Anolay NN, Kaptanoğlu K. Tıbbi Uygulama Hatalarını Değerlendirmede Karşılaşılan Yasal Sorunlar. 11. Ulusal Adli Tıp Günleri, Poster Kitabı. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2004;303-6
- 2.Çolak A. Komplikasyon mu? Malpraktis mi? Malpraktis Davalarının Asli Unsurları. Hekim Forumu Dergisi 2003;Nisan- Mayıs 32-3
- 3.Pakiş I, Yayıcı N, Karapirli M, Polat O. Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımda Adli Otopsinin Rolü. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28:30-9. 25
- 4.TTB Sağlık Alanında Hizmet Kaynaklı Zarar Hekimler Ne Diyor? Civaner M, Yürür K, Pala K. 2011 Ankara
- 5.Türk Hekimleri Birliği. Mesleki Sorumluluk Sigortalanmalı mıdır? Evet ama Nasıl? Erişim Tarihi: 10.01.2011. Erişim Adresi:<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/malpraktis.pdf>
- 6.Tümer A.R, Akçan R, Karacaoğlu E. Ülkemizde ve Dünyadaki Örnekleri ile Hekim Mesleki Sorumluluk Sigorta Sisteminin Değerlendirilmesi Hacettepe Tıp Dergisi 2011; 42:34-41
- 7.Essinger K. Swedish System: Right to Compensation for Damage Caused by Health Care. Erişim Tarihi: 04.01.2011. Erişim Adresi: http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/engelska_artiklar/swedish_system_right_to_compensation.pdf

Not: Bu çalışma 16’ncı Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster olarak yer almıştır.

TÜRKİYE’DE ADLİ TIP BOYUTUNDA TIBBİ UYGULAMA HATALARININ İNCELENMESİ: İÇERİK ANALİZİ

Şebnem ASLAN*

Demet AKARÇAY**

ÖZET

Bu çalışma, tıbbi uygulama hataları ve adli tıp alanındaki araştırmaların incelenerek konuyla ilgili yapılmış çalışmaların bir araya getirilmesi ve sağlık yönetimi alanına planlama ve politikaların belirlenmesi noktasında katkıda bulunmak amacıyla tasarlanmıştır. Tubitak Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi Ulakbim Keşif, Türkiye Klinikleri ve Atıf Dizini’nde yayımlanan ve Türkiye adresli makalelerle, literatürde eş anlamlı olarak kullanılan ve benzer anlamları taşıyan 4 anahtar kelime (malpraktis, tıbbi uygulama hatası, adli tıp, adli olgu) kullanılarak tarama gerçekleştirilmiştir. Bu tarama sonucunda tam metin olarak 75 makaleye ulaşılmıştır. Bu makalelerden anahtar kelimeleri çalışma kapsamında belirlenen anahtar kelimelere uygun olmayan, aynı olan ve yabancı makaleler kapsam dışı bırakılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda kalan 13 makale inceleme kapsamına alınmıştır. Çalışma içerik analizi olarak tasarlanmış ve belirlenen ölçütler bağlamında değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan makalelerin literatür taraması, yöntem (evren/örneklem, veri toplama araçları, verilerin analizi), bulgular, tartışma ve sonuç bölümleri incelenerek birbirine benzeyen veriler yönetim alanına uygun olabilecek şekilde belirli kavram ve temalar çerçevesinde bir araya getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Uygulama Hatası, Adli Tıp, İçerik Analizi

*Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sebnemas@hotmail.com

**Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, demetakarçay@gmail.com

EVALUTION OF MEDICAL ERRORS WITHIN FORENSIC MEDICINE IN TURKEY: CONTENT ANALYSIS

ABSTRACT

The objective of this study is to assemble different studies related with the concepts of medical errors and forensic medicine and to contribute to the field of health management in terms of planning and policy making. Searching was carried out via four similar meaning keywords (malpractice, medical error, forensic medicine, forensic case) in the literature with national articles published in Turkish Academic Network and Information Center Ulakbim Discovery, Türkiye Klinikleri and Atıf Dizini. As a result of the searching, 75 full text article were reached, freely. The articles, which keywords do not conform to specified keywords within the scopw of the study, are same and foreign, were excluded. By this evaluation, the remaining 13 articles were included in the study. The study was designed as content analysis and the articles were assumed within the determined criteria. Literature review, methods (sample, data collection instruments, data analysis), findings and conclusions of these articles were examined and specific concepts and themes that might be appropriate for management are combined.

Keywords: Medical Errors, Forensic Medicine, Content Analysis

1. Giriş

Tıbbi uygulama hatası, farklı isimlerle, farklı şekillerle insanlık tarihinin bir döneminde mutlaka yerini almıştır. Günümüzde de, insan hakları, hekim sorumluluğu ve yasal boyut olarak pek çok farklı açıdan ele alınan ve önemli bir tartışma konusu oluşturan bu kavramın yönetim açısından da ele alınması oldukça yerinde olacaktır. Hekimlik mesleğinin doğası gereği öngörülemeyen durumlardan dolayı meydana gelen vakalar dışında önlenabilir hatalar nedeniyle insanların ölüm riskinin düşük olduğu durumlarda bile hayatlarını kaybetmeleri yasal ve yönetsel açıdan büyük önem taşımaktadır. Adli Tıp Kurumu 1982 yılında Adalet Bakanlığına bağlı olarak yapılandırılmış ve Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarından adli hizmetlerde destek olarak hizmetlerini sunmaktadır (Çolak, Etiler, & Biçer, 2004, s. 131). Adli Tıp Kurumunun amacı, tıp alanında adalet sistemi içerisinde farklı disiplinlerin bir arada kullanılması ile adli olayları çözmek olarak ifade edilebilmektedir (Varol, Cooper, & Varol, 2013, s. 56). Adli Tıp Türkiye’de Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu, Tıp Fakültelerinin bünyesindeki Adli Tıp Anabilim dalları, Üniversiteye bağlı Adli Tıp Enstitüleri şeklinde yapılanmıştır (Alkan, 2004, s. 181). “Türkiye’de Adli Tıp Kurumuna yansımış tıbbi uygulama hatalarını temel alan çalışmalar kapsamında bu hataların önlenabilir olması noktasında belirgin bir görüş mevcut mudur ve önlenmesi açısından somut öneriler ışığında yönetim alanında yapılabilecekleri bir araya getirmek olanaklı mıdır?” şeklinde araştırmanın amacına yönelik olarak belirlenen soruya yanıt bulabilmek adına aşağıdaki inceleme soruları belirlenmiş ve makaleler bu sorular doğrultusunda incelenmiştir. Bu sorular:

1. İncelemeye alınan makaleler tıbbi uygulama hatası konusunu hangi çalışma alanının bakış açısından ele almıştır?
2. Değerlendirilen makalelerde tıbbi uygulama hatası nasıl tanımlanmıştır?
3. Makalelerin içerikleri doğrultusunda tıbbi uygulama hatası hangi yönlerden ele alınmıştır?
4. Tıbbi uygulama hatasının nedenleri makalelerde nasıl değerlendirilmiştir?
5. Tıbbi uygulama hatasının önlenmesi noktasında incelenen makalelerin yazarlarına ait öneriler nelerdir?

2. Yöntem

Bu çalışma, adli tıp alanında ele alınan tıbbi uygulama hataları ile ilgili yürütülmüş çalışmaların farklı noktalarının değerlendirilmesi ve bunların pragmatik bir şekilde bir araya getirilerek (Yıldırım ve Şimşek, 2005) literatüre katkıda bulunulması amacı ile içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinden biri olan içerik analizi (Bayram, Yaylı, 2009, s. 359), Tavşancıl ve Aslan'a (2001) göre sözlü, yazılı ya da diğer materyallerin nesnel bir şekilde incelenmesini sağlayan bilimsel bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (Sert, Kurtoğlu, Akıncı, Seferoğlu, 2012, s.2). Manion ve Morrison (2007) içerik analizinin daha geniş bir tanımını yaparak, metinlerin sınıflandırılması, değerlendirilmesi, karşılaştırılması ve metinlerden teorik çerçevede çıkarımlarda bulunulması şeklinde ifade edilen bir araştırma tekniği olarak tarif edilmiştir (Göktaş, Küçük, Aydemir, Telli, Arpacık, Yıldırım, Reisoğlu, 2012, s. 180). Bu çalışma, farklı metodolojik yöntemlere sahip olan içerik analizinin (Mayring, 2000, s. 2), çalışmaların kapsamsal yapılarının incelenmesi ve çıkarımlarda bulunulmasını ifade eden şekli olan özetleyici içerik analizi (summative content analysis) (Hsieh, Shannon, 2005, s. 1283) kullanılmıştır. Tubitak Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi Ulakbim Keşif, Türkiye Klinikleri ve Atıf Dizini'nde yayımlanan ve Türkiye adresli makalelerle, literatürde eş anlamlı olarak kullanılan ve benzer anlamları taşıyan 4 anahtar kelime (malpraktis, tıbbi uygulama hatası, adli tıp, adli olgu) kullanılarak tarama gerçekleştirilmiştir. Bu tarama sonucunda tam metin olarak 75 makaleye ulaşılmıştır. Bu makalelerden anahtar kelimeleri çalışma kapsamında belirlenen anahtar kelimelere uygun olmayan, aynı olan ve yabancı makaleler kapsam dışı bırakılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda kalan 13 makale inceleme kapsamına alınmıştır. Tarama yöntemi ile elde edilen makaleler belli sorular ve kodlar aracılığıyla (Graneheim ve Lundman, 2004, s. 106) değerlendirmeye alınmıştır. Ulaşılan makalelerde, tarama ölçütü olarak sadece anahtar kelimeler ve yerli makale olmaları kullanılmıştır. Bunun dışında makalelerin yayım yılı ve çalışma alanları inceleme sırasında tablolatırılmıştır. Makalelerin içeriği ise tıbbi uygulama hatasının tanımı, hekim sorumluluğu, bilirkişilik, otopsi, tıbbi uygulama hatalarının nedenleri ve önlenmesi için öneriler şeklinde belirlenen kodlamalar ışığında taranmış ve ulaşılan ifadeler, geçtiği çalışmaların isimleri ile belirtilerek konu bütünlüğüne uygun olarak toparlanmıştır.

3. Bulgular

2.1. Makalelere Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışma kapsamında ele alınan çalışmaların isimleri, çalışma alanları ve yayımlandıkları yıllar aşağıdaki tabloda verilmeye çalışılmıştır. Çalışmalar bu tabloda belirtilen numara ile ifade edilecek, metin içinde ve diğer tablolarda bu şekilde isimlendirilecektir.

Tablo 1. Makalelerin adı, yayım yılı ve çalışma alanları

Çalışma Adı	Yayımlanma Yılı	Çalışma Alanı
1 Beyaztaş	2001	İhmal Hekim Hataları
2 Türkan & Tuğcu	2004	Acil Servis Hekim Sorumluluğu
3 Ertan, Öz, İnancı, & Keskin	2004	Anesteziyoloji
4 Yayıcı, Üzün, Başer, & İnancı	2004	Genel Cerrahi
5 İnce, İnce, Özyıldırım, & Safran	2005	Hekim Sorumluluğu
6 Birgen	2006	Taksir
7 Pakiş, Yayıcı, & Karapirli	2007	Otopsi
8 Pakiş, Yayıcı, Karapirli, & Polat	2008	Otopsi
9 Ertan, Yayıcı, & Öz	2008	Anestezi Uygulamaları
10 Özkaya, Yılmaz, Özkaya, Ca, Pakiş, Yıldırım, & Elmas	2011	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
11 Kandemir, Balkay, Kantarcı, & Berber	2012	Hasta Hakları
12 Kök	2012	Adli tıbbın rolü
13 Koç	2014	Hekim Sorumluluğu

2001- 2014 yılları arasında yapılmış çalışmaların tıbbi uygulama hatalarının irdelenmesi noktasında temelde hekim sorumluluğu ve yasal mevzuat üzerinde ana çatısı oluşurken, özelde ise hasta hakları, anesteziyoloji, çocuk sağlığı, genel cerrahi, acil servis gibi farklı alanlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Makalelerin yöntem bölümlerine ait bilgiler ise Tablo 2’de görülebilmektedir.

Tablo 2. Makalelerin araştırma deseni, çalışma grubu ve yayımlandığı dergiler

Çalışma Adı	Araştırma Deseni	Çalışma Grubu	Yayımlandığı Dergi
1	Retrospektif Olgu İncelemesi	Yüksek Sağlık Şurası'nda karara bağlanmış 4 olgu	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
2	Retrospektif Olgu İncelemesi	Yüksek Sağlık Şurası'nın 2000- 2004 yılları arasındaki kararlarından acil servis hizmetlerini kapsayan 112 olgu	Gülhane Tıp Akademisi
3	Retrospektif Olgu İncelemesi	1998- 2002 yılları arasında Adli Tıp Kurumu'nda dosyaları incelenen 67 olgu	Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi
4	Retrospektif Olgu İncelemesi	Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'na 1996- 2000 yılları arasında gelen 22 olgu	Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi
5	Derleme	-	İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi
6	Derleme ve Olgu Örnekleri	-	ANKEM Dergisi
7	Retrospektif Olgu İncelemesi	2001- 2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurulu'na gelen 375 olgu	Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi
8	Retrospektif Olgu İncelemesi	2001- 2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait 525 Olgu	Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi
9	Derleme	-	Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon
10	Retrospektif Olgu İncelemesi	2002- 2006 yılları arasında Ali Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nda incelenen 378 olgu	Türk Pediatri Araştırmaları Dergisi
11	Olgu Sunumu	Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'na gelen adli vaka	Adli Tıp Dergisi
12	Derleme	-	Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi
13	Derleme ve Olgu Örnekleri	-	Türk Toraks Bülteni

5 tanesinin derleme, diğerlerinin ise ilgili kurumlardan elde edilen vaka dosyalarının retrospektif (geriye dönük) olarak incelenmesi ve değerlendirmesi ile yürütülen çalışmaların yayımlandığı dergiler noktasında Türkiye Klinikleri'nin ön plana çıktığı görülmektedir.

2.2. Makalelerde Tıbbi Uygulama Hatası ile İlgili Ele Alınan Kapsamların İncelenmesi

Çalışmada, tıbbi uygulama hatasının tanımı, hekim sorumluluğu, bilirkişilik ve otopsi, Adli Tıp'ın rolü, tıbbi uygulama hatalarının nedenleri ve önlenmesi noktasında makale yazarlarına ait öneriler olarak alt başlıklar belirlenmiş ve bu başlıklar incelenen makalelerin çalışma alanlarından yola çıkılarak sunulmaya çalışılmaktadır.

2.1.1. Tıbbi Uygulama Hatasının Tanımı

Ertan, Yaycı, ve Öz (2008), tıbbi uygulama hatasını standarttan sapma ve risk alanının dışına çıkma şeklinde tanımlanmıştır (9). İnce, İnce, Özyıldırım, ve Safran (2005) tarafından yapılan çalışmada Sağlık Bakanlığının 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliğinden alınan ve “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde ifade edilen tıbbi uygulama hatası tanımlaması kullanılmıştır (5). Ayrıca, Türkan ve Tuğcu'nun (2004) çalışmasında ise, tedbirsizlik ve dikkatsizlik tıbbi uygulama olarak ifade edilmektedir (2).

Sayek'in (1998) ve Polat'ın (2005) çalışmasından yararlanılarak ulaşılan Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında gerçekleştirdiği 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen tıbbi uygulama hatası, “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar” tanımı Koç (2014) ve Ertan, Yaycı, ve Öz (2008) tarafından olmak üzere iki çalışmada kullanılmıştır (13,9). Başka bir tanım ise tıbbi müdahaleler sırasında standartlara uyulmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavinin verilmemesi nedeniyle oluşan zarar şeklinde Beyaztaş (2001) ve İnce, İnce, Özyıldırım, ve Safran'ın (2005) çalışmalarında kullanılmıştır (1,5).

2.1.2. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Uygulama Hataları

Hekimlik belli oranda riski her zaman bünyesinde bulunduran bir meslek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan, “izin verilen risk” kavramı büyük önem taşımaktadır. Bu kavram, yapılan tıbbi müdahalelerin modern tıp bilgileri ışığında yapılması dâhilinde oluşan zararlardan hekimlerin sorumlu tutulamayacağına altını çizmektedir (13,2,1,4,9,5). Tıbbi uygulama hatalarında, hekim sorumluluğunun belirlenmesinde, hekimin yapılmaması gereken bir şeyi yapması ya da yapılması gerekeni yapmaması şeklinde bir ayırım noktası ya da hekimin yapılan müdahaleyle ilgili yetkinliği olup olmadığı noktası kullanılabilmektedir (13,6).

Türk Ceza ve Medeni Kanununda hekimlerin tıbbi uygulama hataları noktasında hukuki sorumluluklarını belirten bir madde bulunmamaktadır (13,3). Ancak olası davalarda olgunun niteliği, rastlanma sıklığı, meydana gelen zararın önceden fark edilmesinin mümkün olup olmadığı gibi bazı değerlendirmelerin yapılması hekim sorumluluğunun belirlenmesi noktasında yargı organlarına yol gösterebilmektedir. Hekimlerin yaptıkları uygulamalardan sorumlu tutulabilmeleri için kusurlu bulunmaları gerekmektedir. Kusurluluk ise bir uygulamanın sonuçlarının zarara yol açacağına önceden bilinmesi ve amaçlanması olarak kast ve kişinin eyleminin sonuçlarını öngöremediği, ihmal ya da savsaklama nedeniyle zarara yol açması olarak taksir şeklinde ikiye ayrılmaktadır (2,1). Buna karşılık gerekli dikkat ve özenin sağlanmasına rağmen zarar verici sonuçtan kaçınılamadıysa bu noktada kusurlu davranıştan söz etmek mümkün olmamaktadır (1,6).

Ayrıca, aydınlatılmış onamın alınması, yani hekimin uygulayacağı tedavi ile ilgili olarak hastayı bilgilendirmesi ve hastadan izin alması gerekmektedir (13,6,9,5). Ancak, acil hekimi hastanın bilincinin yerinde olmaması halinde hastasını yeterli düzeyde bilgilendiremediği durumlarda sorun yaşayabilmektedir (2,5). Konsültasyon gerektiren vakalarda ise sorumluluğun kime ait olduğu, görüş bildirerek raporu imzalayan hekimler arasından tedavinin ya da müdahalenin hangi aşamasında zararın meydana gelmesine bağlı olarak ilgili Adli Tıp Uzmanı ya da ilgili kurum tarafından bildirilmektedir (13). Koç (2014) tarafından yapılan çalışmada, kırıkların yaşam fonksiyonlarını etkileme derecesinden bahsedilmiş ve kırıkların yaşandığı bir vakada kırıkların skorları saptanarak hekimin sorumluluğu ve tıbbi uygulama hatası konusunda çıkarımlarda bulunulabileceği ifade edilmiştir (13). Koç (2014) tarafından yapılan çalışmada ele alınan üç olguda meydana gelen tıbbi uygulama hatalarının nedenleri incelendiğinde, dosyada hastaya ait filmlerin olmadığı, hekimin hastayı muayenesinde dikkatsiz ve tedbirsiz davrandığı, yeterli tedavinin yapılmadığı, ölü duhul olarak hastaneye getirilen vakanın otopsi yapılmadan görevli hekim tarafından defin ruhsatının verilerek adli görevin ihmal edilmesi şeklinde idari yapıdan kaynaklanan sorunlar olduğu gözlenmiştir (13). Bunların dışında, acil servislere hastaların gelişleri çoğu zaman kendi istek ve algıları dışında olduğundan hastaların önceki durumlarıyla ilgili acil hekimlerinin bilgi edinememesi de hasta ile hekim arasındaki etkileşimi zayıflatmaktadır (2). Acil hekiminin farklı branş dallarından sağlık profesyonelleriyle bir arada çalışmak durumunda olmaları ve her hastaya hizmet sunmak olarak toplum tarafından yüklenen sosyal sorumluluk yükü hekimlerin sorumluluk ve stres algılarını artırmaktadır (2).

2.1.3. Adli Olgularda Bilirkişilik ve Otopsi

Bilirkişilik için tekniğine yönelik olarak yapılan incelemeyi ifade etmektedir. Bilirkişinin hazırladığı rapordaki teknik veriler ışığında yargı organlarının karar vermesi kolaylaşabilmektedir (6). Aynı şekilde, otopsi hukuki uyuşmazlıkların çözüme kavuşmasında, hasta güvenliğinin daha iyi sağlanmasında, tehlikeli ve yararsız uygulamaların saptanmasında, adli konularda verilecek kararın kesinliğinin ve doğruluğunun artmasında önemli bir rol üstlenmektedir (8).

Otopsi, tıbbi uygulama hatasının var olup olmadığının, varsa tanı ya da tedavi hatasından hangisinin yapıldığının ortaya çıkarılması noktasında büyük önem taşımaktadır (8,7). Pakiş, Yaycı, Karapirli ve Polat (2008) tarafından yapılan çalışmada 525 olgunun % 29'unda otopsi yapılmadığı görülmüştür. Aynı çalışmada, tıbbi uygulama hatası kararı verilemeye 13 olguda neden olarak otopsi yapılmaması ve ölüm nedeninin saptanamamış olması gösterilmiştir (8). Kaliteli otopsi kavramı ışığında yapılan otopsinin belli bir standardizasyonunun sağlanmış olması (7), otopsi ile elde edilen bulguların güvenilirliğini ve bilimsel gerçekliğe dayanan yapısını güçlendirecektir. Pakiş, Yaycı ve Karapirli (2007) tarafından 375 olgunun dosyası ile yapılan çalışmada, bu olguların 40 tanesinin otopsi denetim formları kötü ve başarısız, 120 tanesinin orta ve 214 tanesinin ise başarılı olarak değerlendirilmiştir. Otopsinin kalitesi sadece denetim formunun özenli bir şekilde doldurulması şeklinde değil, aynı zamanda otopsinin uzman ve yetkili hekim tarafından yapılması ile de desteklenmektedir (7). Başka bir çalışma olan, Kandemir, Balkay, Kantarcı ve Berber (2012) tarafından yapılan çalışmada baş ağrısı nedeniyle kaybedilen hastaya otopsi işleminin uygulanmamış olması sorumlu hekimin adli görevini ihmal ettiğini göstermektedir (11).

2.1.4. Tıbbi Uygulama Hatalarında Adli Tıp'ın Rolü

Adli Tıp Kurumunun adli olgulardaki görevi yargı organlarına yol göstermek amacıyla görüş bildirmek yani tıbbın metodolojisini kullanarak hukuki uyuşmazlıkların çözümüne olanak sağlamak olarak ifade edilebilmektedir (12). Adli tıp, tıp biliminin bir dalı olması nedeniyle evrensel nitelik taşımakla birlikte, her ülkenin adalet sistemindeki yerel özellikleri nedeniyle kendine özgü nitelikler taşıyabilmektedir (12). Hekimlerin uyguladıkları tedavi nedeniyle hukuki sorumluluklarının belirlenmesi için, uyguladıkları tedavi ve girişimle ilgili meydana gelen zarar arasındaki illiyet (nedensellik) bağının ispatlanması gerekmektedir (5) ve Adli tıp Kurumu hem ceza hem de hukuk mahkemelerinden gelen dosyalarla ilgili görüş vermektedir (6).

Adli tıp kapsamında hizmet alan ve muayene olan kişi de hasta olarak kabul edilmektedir (12). Adli tıbbın görevi bilimsel bilgiler ve bulgular ışığında tarafsız bir şekilde hukuki uyuşmazlıkların çözümü için yorumda bulunmaktır, ancak tanı koymak ya da tedavinin şekliyle ilgilenmek bu kurumun görevleri arasında yer almamaktadır (12). Kök (2012) tarafından yapılan çalışmada bir cümle dikkat çekici niteliktedir. “Klinik adli tıp uygulamalarında ortaya çıkan farklılıklar yorum farklılığı olarak kabul edilmeli, medikal malpraktis olarak algılanmamalıdır” ifadesi incelendiğinde, tıp biliminde yorum ve tecrübenin büyük değer taşıdığı unutulmadan bilimsel gerçekliklerin de evrensel ve temel olarak standart nitelikler taşıdığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1.5. İncelenen Makalelere Göre Tıbbi Uygulama Hatalarının Nedenleri

Türkan ve Tuğcu (2004) tarafından 112 olgunun dosyasından yapılan inceleme sonucunda görülen tıbbi uygulama hatalarının üç temel nedeni dikkatli muayene etmemek ve iyi değerlendirmemek (26 olgu), konsültasyon istenen uzmanın hastaneye gitmeyerek görev ihmaline neden olması (9 olgu), hastayı hastanede yeterli süre takip etmemek (6 olgu) şeklinde sıralanabilmektedir (2). Beyaztaş (2001) tarafından yapılan çalışmada ele alınan dört olguda meydana gelen tıbbi uygulama hatalarının nedenleri dikkat ve özen eksikliği, hekimin görevini yerine getirmedeki ihmali önlenemez durumlardan kaynaklanan hatalar şeklinde belirtilmiştir (1). Başka bir çalışma olan ve Kandemir, Balkay, Kantarcı ve Berber (2012) tarafından yapılan bir vaka incelemesinde, tıbbi uygulama hatasının nedeni tanı koyma aşamasındaki eksiklikler ve hatalar şeklinde belirlenmiştir (11). Özkaya, Yılmaz, Özkaya, Can, Pakiç, Yıldırım ve Elmas (2011) tarafından yapılan çalışmada da aynı şekilde tıbbi uygulama hatası olan 109 olguda tanı yetersizliği, tedavi ve takip yetersizliği hata nedenleri olarak tespit edilmiştir (10). Yayıcı, Üzün, Başer ve İnanıcı (2004) tarafından yapılan çalışmada ise 22 olgu incelenmiş ve tanıda gecikme, tedavi ve takipte yetersizlik ve tedavide uygulama hatası saptanan tıbbi uygulama hataları olarak ifade edilmiştir (4). Ertan, Öz, İnanıcı ve Keskin (2004) tarafından yapılan ve anestezi uygulamaları nedeniyle ölümle sonuçlanan 67 olgunun neredeyse yarısında preoperatif değerlendirmede laboratuvar testlerinin eksik olduğu, ya da hiç olmadığı ve kayıtlara geçmediği görülmüştür (3).

2.1.6. İncelenen Makalelerin Yazarlarına Göre Tıbbi Uygulama Hatalarının Önlenmesi Noktasında Öneriler

Hekimlerin adli tıp, hasta ve hekim hakları konusunda bilgilerini yenilemeleri, yeni uygulamaları takip etmeleri ve hizmet verdikleri sırada bilinçli, dikkatli ve özenli olmaları gerekmektedir (11,10). Hekimlerin yazdıkları reçetelerdeki ilaç isimlerini tam olarak okuyamayan sağlık personelinin hastalara yanlış ilaçlar vermelerinden kaynaklanan tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi adına hekimlerin ilaç isimlerini açık, net ve okunaklı bir şekilde yazmaya özen göstermeleri gerekmektedir (1). Hasta kayıtlarının eksiksiz, standartlara

uygun ve güvenli bir şekilde doldurulması ve saklanması gerekmektedir (1,6,9). Aksi durumda, kayıtların eksik tutulması ve okunaksız şekilde yazılması hekimin özensiz davrandığını gösterebilmektedir (9). Ayrıca kayıtların tutulması noktasında bilgisayar destekli sistemlerin daha etkin bir şekilde kullanılmasıyla hastaya tedavi sırasında uygulanacak tedavilerin zarar vermemesi için uyarı sistemleri geliştirilerek kullanılmalıdır (5). Hastanın alacağı tedavi konusunda bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamının alınması gerekmektedir (1,6). Hastanın başka sağlık kuruluşlarına sevkinin gerekli olduğu durumlarda hastanın sağlıklı bir şekilde sevkinin gerçekleştirilebilmesi için gerekli özenin gösterilmesi ve gerekli donanımın sağlanması gerekmektedir (2,10). Bunun yanında anestezi uygulaması nedeniyle yaşanan tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi noktasında anestezi uzmanı sayısındaki yetersizliğin giderilmesi ve personel yetersizliği nedeniyle bir sağlık kuruluşunda bir anestezi uzmanının birden çok ameliyathanedeki anestezi uygulamasından sorumlu tutulması gibi uygulamaların sonlandırılması gerekmektedir (3).

Makro boyutta ise, tıp eğitiminin kalitesi artırılarak ve modern tıp alanındaki gelişmeler yakından takip edilerek alanlarında yetkin ve bilgi donanımı yüksek hekimlerin yetiştirilmesine katkı sağlanması gerekmektedir (1,6). Hasta bakımı, tıbbi uygulamalara yönelik ve adli tıbbi standartların belirlenmesi, bu standartların Türkiye'nin sosyal ve ekonomik koşullarına göre düzenlenmesi gerekmektedir (3,4,9,5). Hasta ve hekim haklarını ve tıbbi uygulama hatalarına karşı yaptırımların birarada ve sosyal düzene uygun olarak düzenlendiği bir sağlık hukukunun oluşturulması önemli bir konuyu oluşturmaktadır (1). İnce, İnce, Özyıldırım ve Safran (2005) tarafından yapılan çalışma kapsamında, sorunların çözümünde ve tıbbi uygulama hatalarının azaltılması noktasında tıp biliminin yanı sıra sistem bilimleri, psikoloji bilimi, eğitim bilimleri ve istatistik bilimi gibi dalların da kullanılarak multidisipliner çalışmanın yaygınlaştırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (5).

3. Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Çalışma kapsamında incelenmeye alınan 13 makaleye içerik analizi uygulandığında, tıbbi uygulama hatalarının tanımlanması, tıbbi uygulama hatalarının incelenmesi noktasında hekim sorumluluğu, adli olgularda bilirkişilik ve otopsinin rolü, Adli Tıp Kurumu'nun tıbbi uygulama hatası bulunan adli vakalar noktasındaki rolü, tıbbi uygulama hatalarının nedenleri ve önlenmesi noktasındaki makale yazarlarının önerileri ön plana çıkmaktadır.

İncelenen çalışmalarda tıbbi uygulama hatalarının tanımlanması noktasında literatürde bir fikir birliğinin olmadığı dikkati çekmektedir. Black's Hukuk Sözlüğü'ne göre, tıbbi uygulama hataları “Bir meslek mensubunun mesleğini, toplumda mesleğin ortalama basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulanması sonucu hizmetten yararlanan kişiye bir zarar vermesi” şeklinde (Can, Özkara, & Can, 2011, s. 70) ifade edilen tıbbi uygulama hatalarının belli oranda kaçınılmaz olduğu kabul edilse de, etkili triaj, sağlık personelinin eğitim ve bilgi donanımının güçlendirilmesi acilde meydana gelecek uygulama hatalarının önlenmesine katkıda bulunabilir (Uzkeser, Emet, Çakır, Türkyılmaz, & Aslan, 2008, s. 185). Akalın'a (2007) göre, tıbbi hatalar üçe ayrılmaktadır. Bunlar yanlış plan ya da müdahalenin yapılması olarak ifade edilen işleme bağlı hatalar, ihmale bağlı hatalar ve doğru planlanan bir müdahalenin gereklerinin doğru şekilde yerine getirilememesi olarak belirtilen uygulamaya bağlı hatalar şeklinde sayılabilmektedir (Işık, Akbolat, Çetin, & Çimen, 2012, s. 422). İhmalden kaynaklı dava konusu olmuş tıbbi uygulama hataları hastanın hastalığına rağmen tedaviye kabul edilmemesi, hastanın aydınlatılmış onamının alınmaması, bulguların yeterince değerlendirilmemesi, ilaç ve tedavi



uygulamalarından kaynaklanan sorunlar ve ortaya çıkan zararlar şeklinde örneklendirilebilmektedir (Demirel, 2005, s. 103). Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğunun belirlenmesinin tarihsel süreci Hammurabi Kanunlarına dayanmaktadır. “Hekimin neşter ile tehlikeli bir yara açarak hastasını öldürmesi veya gözünü harap etmesi halinde iki elinin de kesileceği” şeklindeki ifadenin yer alması istenmeyen sonucun ortaya çıkması durumunda hekimin sorumluluğunun doğduğu kabul edildiğini göstermektedir (Demirel, 2005, s. 99). Türkiye’de yasal tabanda hekimlerin tıbbi sorumluluklarını belirten bir kaynak bulunmamasıyla birlikte, ilişkili olarak kullanılan farklı kanun ve yönetmeliklerden faydalanılmaktadır. Bunlar, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (TŞSTİK), 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK), Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği (TTB) Kanunu, 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu (SHSK), TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği, Adli Tıp Müessesesi Kanunu, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 1632 sayılı Askeri Ceza Kanunu (ACK), Türk Ceza Kanunu, Medeni Kanun ve Borçlar Kanunu, Ceza Muhakemesi Kanunu olarak sayılabilmektedir (Günerli, 2009, s. 338).

Hatalı tıbbi uygulamaların temel nedenleri; ihmal, izinsiz deneysel tedaviler uygulamak ya da cerrahi müdahalelerde bulunmak, yeterli müdahalenin yapılmaması, modern tanı ve tedavi uygulama ve esaslarının dışına çıkılması, hastanın bilgilendirilmemesi ve yeterli iletişimin sağlanamaması (Saraçoğlu, 2006, s. 971), dikkatsizlik, tedbirsizlik, mesleki yetersizlik, özen eksikliği, emir ve yönetmeliklere uymamak şeklinde sıralanabilmektedir (Ertem, Oksel, & Akbıyık, 2009, s. 3). Yüksek Sağlık Şurası tarafından tıbbi uygulama hatası bulunduğu şeklinde karar verilen 1978- 2006 yılları arasındaki 30 dosyada sağlık personelinin kusur nedenleri yanlış tedavi, ihmal, özen- dikkat göstermeme ve tanı hatası olarak ifade edilmiştir (Can, Özkara, & Can, 2011, s. 73). Gelişmiş ülkelerde her 10 hastadan birinin tedavi sırasında maruz kaldığı tahmin edilen tıbbi uygulama hataları, potansiyel, önlenemez ve önlenemez olarak sınıflandırılabilir (Şen, Er, & Sevil, 2009, s. 28). Tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi noktasında aydınlatılmış onam, bilirkişilik, adli olgularda otopsi işleminin modern tıp yaklaşımına uygun olarak yapılması ve kayıtların düzenli tutulması önemli bir yere sahiptir. Devlet Denetleme Kurulu Raporu (2010) kapsamında yapılan çalışmada, bilirkişilik ile ilgili işlevsel bozukluklar kişilerin yetkinlik düzeylerinin belirlenebilmesine yönelik bir değerlendirme aracının eksikliği, bilirkişi raporlarının hazırlanması noktasında araçların etkin kullanılmaması, bilirkişinin inceleyeceği konunun ve adli makamlarca kabul edilmeyen bilirkişi raporlarının açık ve anlaşılır olmaması şeklinde özetlenebilmektedir (Devlet Denetleme Kurulu Raporu, 2010, s. 8). Olgularda öncesi ve sonrası için değerlendirmelerin yapılması adına ve tıbbi uygulama hatalarının belirlenmesi adına Adli tıp açısından büyük önem taşıyan ve Roberts (1978) ve Hazard’a (1965) göre, dünyada hastanelerde yapılan otopsi sayısındaki düşüşün en önemli nedeni, otopsilerle ilgili geri ödemelerin belirsiz olması ve düşük ücretlerle bu işlemin yürütülüyor olması şeklindedir (Yaycı, Üzün, Arslan, & İris, 2004, s. 60). Otopsi raporlarının değerlendirilmesi Adli Tıp Kurumunun görevlerinden biri olarak, tıbbi uygulama hatalarının tanımlanması ve arşivlenmesi sayesinde hasta güvenliğinin artırılmasına katkı sağlamaktadır (Madea & Preuß, 2009, s. 65). Amerikan Patologları Birliği Otopsi Komitesi tarafından hazırlanan otopsi rapor örneği incelendiğinde, öykü, iç muayene, dış muayene ve ölüm nedeni şeklinde bölümler bulunmakta ve detaylı bir inceleme gerektirmektedir. Bunun dışında Avrupa Adli Tıp Konseyi, Avustralya, Viktorya Enstitüsü Adli Tıp Bölümü gibi dünyada pek çok merkez tarafından hazırlanan otopsi protokolleri bulunmaktadır (Pakiş & Yaycı, 2006). Buradan hareketle, tıbbi uygulama hatalarının ortaya çıkarılmasında önemli bir yere sahip olan

otopsinin standart bir inceleme yapısının olmasının ve arşivleme ve dokümantasyonun sağlık yönetiminde önceliğinin ve öneminin olması gerektiği düşünüldüğü belli kabul görmüş formların kullanılmasının öncelikli olması düşünülmektedir.

Hastaların hastalıklarıyla ilgili durumlarını, yapılacak ya da yapılan tedavilerin, kullanılan ilaçlarının içeriği, olası zararlar ve uygulanacak her türlü müdahale hakkında bilgi sahibi olmak istemeleri öncelikle bir insan hakkı sonrasında ise hekim sorumluluğunu ifade eden bir durumdur. Hasta bahsedilen konularla ilgili hekim tarafından bilgilendirildikten sonra kendisine imzalatılan belge bilgilendirilmiş hasta onamı olarak ifade edilmektedir (Saraçoğlu, 2006, s. 970). Buna karşılık, aydınlatılmış onamın alınmasının göz ardı edildiği belli durumlar bulunmaktadır. Hastaya acil müdahalenin gerekli olduğu durumlar, tedavi sürecinde beklenmeyen durumların önlenmesi için izin almadan yapılan tıbbi müdahaleler, yasal açıdan zorunluluk taşıyan muayenelerde hastaya bilgilendirilmeden müdahalede bulunulması gibi durumlar hukuki açıdan suç ve dava konusu oluşturmaktadır (Polat & Pakiç, 2011, s. 121). Hekimin sorumlulukları arasında hasta ile güvene dayalı bir iletişim kurmak, hastayı tedavi süreci hakkında uygun bir şekilde bilgilendirmek, mahremiyet ilkesinin gereklerini yerine getirmek, modern tıbbin öngördüğü şekilde müdahaleleri gerçekleştirmek şeklinde özetlenebilmektedir (Polat & Pakiç, 2011, s. 124). Ayrıca, acil servise başvuran hastanın tedavisi noktasında, hekimin uygun müdahaleyi gerçekleştirmesi, yeterli olmadığı yerlerde öncelik sırası belirleyerek uygun konsültasyonu alması ve hastaya yapılan bütün müdahale ve tetkiklerin kayıt altında tutulmasına özen göstermesi gerekmektedir (Türkan, Şener, & Tuğcu, 2005, s. 141).

Sonuç olarak, tıbbi uygulama hatalarının tıp bilimi tarafından kabul edilen sınırlar içinde meydana gelen zarar olarak nitelendirilen izin verilen risk kavramı (Can, Karakuş, Arısoy, & Özkara, 2004, s. 73) dışında olması hekim sorumluluğunun ya da yönetimdeki eksikliklerin göstergesi olabilmektedir. Bu noktada önlenabilir olarak düşünülen tıbbi uygulama hatalarının önüne geçilmesi tıp biliminin ve sağlık yönetiminin amacı olan toplumsal sağlık statüsünün artırılması, tedavi sürecinin sakatlık ya da ölüm gibi sonuçlarla tamamlanmasının önlenmesi noktasında önem kazanmaktadır. Çalışma kapsamında incelenen makalelerin sonuç bölümlerinde yer alan tıbbi uygulama hatalarının önlenmesine yönelik öneriler yönetim ve denetim eksikliğinden meydana gelebilecek hatalar çerçevesinde yoğunlaşmaktadır. Aydınlatılmış onamın alınması, bilgilendirme ve tanı ve tedavi süreci ile ilgili formların düzenli ve özenli tutulması ve meydana gelen zararlarla ilgili hekim sorumluluğunun daha net bir şekilde belirlenmesi adına toplu bir sağlık mevzuatının oluşturulması gibi öneriler yönetim aşamasında yapılabilecekleri ifade etmektedir. Tıbbi müdahalelerde hataların en aza indirilmesi adına Tıp Fakültelerindeki eğitimin geliştirilmesi, tıbbi standartların belirlenmesi gibi makro boyuttaki öneriler de hem yönetim hem de tıp alanında işbirliği gerektiren çalışmaları işaret etmektedir. Adli tıp kurumuna yansıyan tıbbi uygulama hatalarının hukuki boyutunun açık bir şekilde belirlenmesi ve bu noktada yorum farklılığının ortadan kaldırılabilmesi adına sağlık hukuku kapsamında daha fazla çalışmanın yapılması ve ulusal ve uluslar arası literatür kapsamında sağlık hukuku açısından tıbbi uygulama hatalarını ele alan farklı çalışmaların bir araya getiren çalışmaların yapılması bu çalışmadan yola çıkılarak elde edilen fikirlere göre en temel öneri olacaktır.

Kaynaklar

- 1.Alkan, N. (2004). Yurdumuzda Adli Tıbbın Durumu, Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Türk Tabipler Birliği Dergisi* (50), 179- 188.
- 2.Bayram, M., & Yaylı, A. (2009). Otel Web Sitelerinin İçerik Analizi Yöntemiyle Değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* , 8 (27), 347- 379.
- 3.Can, İ. Ö., Karakuş, A., Arısoy, Y., & Özkara, E. (2004). Üç Olgu Nedeniyle Travma ve Komplasyonların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri* , 1, 72-79.
- 4.Can, İ. Ö., Özkara, E., & Can, M. (2011). Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 25 (2), 69-76.
- 5.Çolak, B., Etiler, N., & Biçer, Ü. (2004). Adli Tıp Hizmetleri Kim Tarafından Sunulmaktadır/Sunulmalıdır?: Sağlık Bakanlığı mı? Adalet Bakanlığı mı? *Toplum ve Hekim* , 19 (2), 131-138.
- 6.Demirel, B. (2005). Hekimin Yasal Sorumlulukları. *Gazi Tıp Dergisi* , 16 (3), 99-106.
- 7.Ertem, G., Oksel, E., & Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazetesi* (1), 1-10.
- 8.Göktaş, Y., Küçük, S., Aydemir, M., Telli, E., Arpacık, Ö., Yıldırım, G., et al. (2012). Türkiye’de Eğitim Teknolojileri Araştırmalarındaki Eğilimler: 2000-2009 Dönemi Makalelerinin İçerik Analizi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* , 12 (1), 177- 199.
- 9.Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today* , 24, 105–112.
- 10.Günerli, A. (2009). Anestezi Uzmanlarının Mesleki ve Hukuki Sorumlulukları, Yasal Hükümler, İlgili Yasa ve Yönetmelikler. *Türk Anest Rean Der Dergisi* , 37 (6), 333-349.
- 11.Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* , 15, 1277- 1288.
- 12.Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., & Çimen, M. (2012). Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* , 11 (4), 421-430.
- 13.Madea, B., & Preuß, J. (2009). Medical Malpractice as Reflected by the Forensic Evaluation of 4450 Autopsies. *Forensic Science International* , 190, 58–66.
- 14.Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research* , 1 (2), 1-11.
- 15.Pakiş, I., & Yayıcı, N. (2006). Adli Otopsielerde Standardizasyon Amaçlı Farklı Otopsi Protokollerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri* , 3, 107-111.
- 16.Polat, O., & Pakiş, I. (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (2), 119- 125.
- 17.Saraçoğlu, F. (2006). Gebe Bakımının Doğum Hekimine Getirdiği Riskler. *Kadın Doğum Dergisi* , 5 (1), 970-975.

- 18.Sert, G., Kurtoğlu, M., Akıncı, A., Seferoğlu, S. S. (2012). “Öğretmenlerin Teknoloji Kullanma Durumlarını İnceleyen Araştırmalara Bir Bakış: Bir İçerik Analizi Çalışması”, Ed. Mustafa Akgül, Ufuk Çağlayan, Ethem Derman, Attila Özgit, Şahser Güven, Kemal Kahraman, *Akademik Bilişim 2012* (s. 433- 440). Uşak: İnternet Teknolojileri Derneği.
- 19.Şen, S., Er, S., & Sevil, Ü. (2009). Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* (s. 24-33). Antalya: T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.
- 20.Şimşek, H., & Yıldırım, A. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- 21.Türkan, H., Şener, S., & Tuğcu, H. (2005). Acil Serviste Uygunsuz Konsültasyon Hizmeti ve Mediko-Legal Yönü. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* , 5 (3), 138-141.
- 22.Uzkeser, M., Emet, M., Çakır, Z., Türkyılmaz, Ş., & Aslan, Ş. (2008). A Medical Error in Emergency Department: Intravenous Hydrotalcite Syrup. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* , 8 (4), 184-186.
- 23.Varol, C., Cooper, P. A., & Varol, A. (2013). Türkiye'de Adli Bilişim Eğitimi. *1st International Symposium on Digital Forensics and Security*, (s. 55-61). Elazığ.
- 24.Yaycı, N., Üzün, İ., Arslan, M., & İris, M. (2004). Postoperatif Ölümle Sonuçlanmış ve Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olgularda Otopsinin Değeri. *Türkiye Klinikleri* , 1, 57-61.

ÇALIŞMADA İNCELENEN MAKALELER

- 25.Beyaztaş, F. Y. (2001). Dört Olgu Nedeniyle Tıbbi Yanlış Uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 23 (1), 49-53.
- 26.Birgen, N. (2006). Tıbbi Uygulama Hatalarına Adli Tıp Açısından Yaklaşım. *ANKEM Dergisi* , 20 (2), 20-25.
- 27.Ertan, A., Öz, H., İnancıcı, A., & Keskin, R. (2004). Anestezi Uygulaması Sırasında Ölümle Sonuçlanan ve DAVA Konusu Olmuş Olguların Adli Tıp Açısından Retrospektif Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 1, 67-71.
- 28.Ertan, A., Yaycı, N., & Öz, H. (2008). Anestezi Uygulamalarında İzin Verilen Risk Alanı. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*, 6, 127-136.
- 29.İnce, H., İnce, N., Özyıldırım, B. A., & Safran, N. (2005). Hatalı Tıbbi Uygulama ve Korunma Yolları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* , 68, 123-127.
- 30.Kandemir, E., Balkay, M., Kantarcı, M. N., & Berber, G. (2012). Adli Tıp Açısından Malpraktise Yaklaşım- Arteriyel Anevrizma Rüptürü Olan Bir Olgu. *Adli Tıp Dergisi* , 26 (2), 141-145.
- 31.Koç, S. (2014). Adli Tıbbi Açından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. *Türk Toraks Bülteni* , 5 (1), 14-22.
- 32.Kök, A. N. (2012). Klinik Adli Tıpta Malpraktis. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 9 (2), 111- 114.



- 33.Özkaya, N., Yılmaz, R., Halit Özkaya, M. C., Yıldırım, A., & Elmas, İ. (2011). Tıbbi Uygulama Hatası ile Adli Tıp Kurumuna Gönderilen 0-18 Yaş Grubu Olguların Değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Araştırmaları* , 46, 151-158.
- 34.Pakiş, I., Yayıcı, N., & Karapirli, M. (2007). Tıbbi Uygulama Hatası Olgularında Otopsi Denetim Formu Uygulaması. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 4, 113-120.
- 35.Pakiş, I., Yayıcı, N., Karapirli, M., & Polat, O. (2008). Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 28, 30- 39.
- 36.Türkan, H., & Tuğcu, H. (2004). 2000- 2004 Yılları Arasında Yüksek sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* , 46 (3), 226-231.
- 37.Yayıcı, N., Üzün, İ., Başer, L., & İnanıcı, M. A. (2004). Genel Cerrahide Tıbbi Uygulama Hataları: 1996-2000 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumuna Yansıyan Olgular. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi* , 1, 12-17.

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL SESSİZLİK: ÇALIŞAN PERFORMANSI VE İŞTEN AYRILMA NİYETİ

Gülsün ERİĞÜÇ*

Özlem ÖZER**

Meltem SAYGILI***

ÖZET

Sağlık kurumlarının etkili, verimli ve kaliteli hizmet sunabilmesi için çalışanlar, en önemli kaynaktır. Çeşitli araştırmalar, işgörenlerin örgütteki potansiyel sorunlar veya konular hakkındaki bilgi ve görüşlerini bilinçli olarak esirgediklerini ve bu durumun yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Paradoksal olarak değerlendirilen bu durum, örgütlerde sessizlik çalışmalarının çıkış noktasını oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı çalışanların iş veya işyerleriyle ilgili örgütsel sessizlik algıları ile çalışan performansı ve işten ayrılma niyetine ilişkin algılarını belirlemektir. Çalışma Eylül-Kasım 2013 tarihleri arasında Kırıkkale Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Hekimlikleri hariç Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı il merkezinde yer alan birimlerde görev yapmakta olan 230 kişi üzerinde yürütülmüştür. Anket yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde betimsel istatistikler yapılmıştır. Araştırma sonucunda çalışanların çoğunun (%53,8) belirli konular hakkında konuşmaktan kaçındıkları ve (%55,0) çalışanların içsel memnuniyetsizliğinin endişe ve stresi tetiklediği belirlenmiştir. Ayrıca çalışanların iş hedeflerine fazlasıyla ulaştıklarını düşündükleri belirlenmiştir (%58,8).

Anahtar Kelimeler: örgütsel sessizlik, çalışan performansı, sağlık kurumları

* Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü,
geriguc@hacettepe.edu.tr

** Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü,
ozlem.ozler@hacettepe.edu.tr

*** Arş. Gör. Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
meltemsaygili@hotmail.com

ORGANIZATIONAL SILENCE IN HEALTH CARE INSTITUTIONS: EMPLOYEE PERFORMANCE AND THE INTENTION TO QUIT

ABSTRACT

Employees are the most significant sources of health institutions in order to provide effective, efficient and quality service. According to several studies it is common that employees consciously withhold their knowledge and viewpoints on problems and topics in the organization. As a paradoxical situation, this issue has become a starting point of studies dealing with organizational silence. The aim of this study is related with the business of employees or establishments to determine perceptions of organizational silence and also identify employee performance and their perceptions regarding the intention to quit. This work, was conducted between September and November 2013 at the Directorate of public health of Kirikkale. Therefore, excluding family practice affiliated to the Directorate of Public Health is located in the city center were performed on 230 people working in the unit. Surveys were conducted face to face. Descriptive statistics were performed to analyze the data. As a result the majority of employees (%53,8) they avoid talking about certain topics and (%55,0) internal dissatisfaction of employees is determined that trigger the anxiety and stress. In addition, it was determined that employees think reach their business goals more than (%58,8).

Key Words: *organizational silence, employee performance, health institutions*

1.Giriş

Örgütler belirli bir amacı gerçekleştirmek amacıyla bir araya gelmiş insanlardan oluşmaktadır. Bir örgütün başarılı olmasını sağlayan en önemli faktörün, örgütün insan kaynağı olduğu kabul edilmektedir. Örgütün sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için insan faktörü ve onun davranışları göz ardı edilmemelidir. Örgüt çalışanlarının sergiledikleri davranışlar, örgütün işleyişi açısından büyük önem taşır. Bu davranışlar örgüt içinde olumlu ya da olumsuz etkiler yaratabilir, yani örgütün gelişmesine katkı sağlayabilir ya da gelişmenin önünde bir engel de oluşturabilir. Bu bakış açısıyla yeni yönetsel teknikler, çalışanların bilgi, beceri ve yeteneklerini sürekli geliştirmeyi ve bundan fayda yaratmayı ön planda tutmaktadır (Erigüç et al. 2014a). Sağlık hizmetleri sistemi açısından düşünüldüğünde, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için gerekli olan en önemli kaynak, insan kaynağıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından, sağlık kurumundaki insan gücünün zihinsel ve bedensel kapasitesi odak noktadadır. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini, önemli ölçüde, sağlık insan gücü belirler. Bu nedenle sağlık kurumlarının başarısı işgörenlerin katılımcı olmaları, mesleklerine ve kurumlarına olan bağlılığı, kendilerini adanmaları gibi olgular ile yakından ilgili görülmektedir (Erigüç, 2012).

Örgütsel ses, örgütsel değişimin güçlü bir kaynağı olabilir. Ancak çeşitli araştırmalar, çalışanların, kendilerine güvenmelerine karşın fikirlerini açıklamada tereddüt ettiklerini, tartışmalara katılmanın veya açıkça konuşmanın riskli bir konu olduğuna inandıklarını ortaya koymakta ve işgörenlerin genellikle konuşmaya isteksiz oldukları saptaması yapılmaktadır. Bu durumda karşımıza örgütsel sessizlik kavramı çıkmaktadır (Erigüç et al. 2014b). Örgütlerde sessizlik kavramı, işgörenin örgütsel konu ve sorunlar hakkında bilgi ve görüş sahibi olmasına rağmen bu bilgiyi bilinçli olarak saklaması olarak tanımlanmaktadır (Çakıcı, 2010: 9). Pinder ve Harlos (2001) işgören sessizliğini; değişimi etkileme veya düzeltebilme

yeteneğine sahip olduğu algılanan insanların, örgütsel durumlarla ilgili konularda kişinin davranışsal, bilişsel ve/veya duygusal değerlendirmeleri hakkındaki gerçek düşüncelerini kısıtlaması olarak tanımlanmıştır (Pinder ve Harlos, 2001: 334).

Performans ise bir işi yapan bireyin, grubun ya da örgütün, o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak neye ulaşabildiğini, neyi sağlayabildiğini nicel ve nitel olarak belirten bir kavramdır (Şehitoğlu ve Zehir, 2010: 95). Çalışanların iş yerinde işlerine yönelik yaptıkları bütün hareketler onların performans göstergesi olarak nitelendirilebilmektedir. Bu yüzden çalışanların örgüt hakkında olumlu veya olumsuz söylemleri, hareketleri, örgüt yararına gerçekleştirdikleri tüm faaliyetler çalışanların performans düzeyini belirleyen bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır (Tayfun ve Çatır, 2013).

İşten ayrılma niyeti, örgütteki çalışmanın fiziksel olarak sona erdirilmesi ile sonuçlanan bir durumdur (Mobley, 1982: 111) ve bu durum “eğer bunu yapmaya ekonomik fırsatım olsaydı şu anki işimden çıkar mıydım?” sorusuna verilecek evet yanıtı olarak değerlendirilebilmektedir (Suadicanı et al. 2013).

2.Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı çalışanların iş veya işyerleriyle ilgili örgütsel sessizlik algıları ile çalışan performansı ve işten ayrılma niyetine ilişkin algılarını belirlemektir.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Kırıkkale Halk Sağlığı Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Merkez Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve TSM'ye bağlı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP), Verem Savaş Dispanseri (VSD) ve Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda görev yapmakta olan tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır ve ismi geçen birimlerde toplam çalışan sayısı 340 kişidir. Çalışmayı gerçekleştirebilmek için Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmada örneklem çekilmemiş olup çalışmaya katılmayı kabul eden 230 çalışana anket uygulanmıştır. Çalışma Eylül-Kasım 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada Kahveci ve Demirtaş (2013) tarafından geliştirilmiş olan örgütsel sessizlik ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekte toplam 18 ifade yer almaktadır. Çalışan performansına ilişkin ölçek soruları ise Şehitoğlu (2010)'nun çalışmasından alınmıştır. Bu ölçekte ise toplam 7 ifade yer almaktadır. Ölçekte yer alan ifadelerin yanıt kategorileri 5'li derecelmeye göre hazırlanmıştır. Çalışanların örgütsel sessizlik ölçeğinde yer alan ifadelere katılma sıklığı 1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum şeklinde ağırlıklandırılmıştır. Çalışan performansına ilişkin ifadeler ise 1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum şeklinde ağırlıklandırılmıştır.

Yapılan güvenilirlik analizine göre örgütsel sessizlik ölçeğinde yer alan soruların cronbach alfa değeri 0,879; çalışanların performansına yönelik olan soruların cronbach alfa değeri ise 0,755 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Bilgisayar ortamına aktarılan bu verilerle betimsel istatistikler yapılmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1’de çalışmaya katılanların demografik özelliklerine göre bir değerlendirme yapılmıştır. Bulgulara göre; çalışanların %59,6’sının erkek %40,4’ünün ise kadın olduğu ve %86,5’inin de evli olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %39,6’sı önlisans mezunuyken, %20,9’u lise ve dört yıllık fakülte/yüksekokul mezunudur. Çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğu (%50,8) Halk Sağlığı Müdürlüğü’nde çalışmaktadır. Çalışmaya katılan çalışanların kurumdaki kadrolarına göre dağılımları incelendiğinde %26,1’inin sağlık memuru, %28,3’ünün idari personel ve %23,5’inin de hemşire-ebe olduğu belirlenmiştir. Çalışanların büyük bir çoğunluğu ise (%79,6) birim çalışanıdır.

Tablo 1. Çalışanların Demografik Özellikleri ve Mesleki Durumları

		Sayı	%
Cinsiyetiniz	Kadın	93	40,4
	Erkek	137	59,6
	Toplam	230	100,0
Medeni Durumunuz	Bekar	31	13,5
	Evli	199	86,5
	Toplam	230	100,0
Eğitim Durumu	İlkokul	1	0,4
	Ortaokul	17	7,4
	Lise	48	20,9
	İki Yıllık Yüksekokul (Önlisans)	91	39,6
	Dört Yıllık Yüksekokul/Fakülte	48	20,9
	Altı Yıllık Fakülte	16	7,0
	Tıpta Uzmanlık	1	0,4
	Yüksek lisans veya Doktora	8	3,5
Toplam	230	100,0	
Çalıştığınız Kurum	Halk Sağlığı Müdürlüğü	117	50,8
	Toplum Sağlığı Merkezi	80	34,8
	AÇS-AP	3	1,3
	Verem Savaş Dispanseri	12	5,2
	Halk Sağlığı Laboratuvarı	18	7,8
Toplam	230	100,0	
Kurumdaki Kadronuz	Hekim	16	7,0
	Hemşire-Ebe	54	23,5
	Sağlık Memuru	60	26,1
	Tıbbi Teknolog	2	0,9
	Laboratuvar Teknisyeni-Teknikeri	17	7,4
	Röntgen Teknisyeni-Teknikeri	3	1,3
	Diğer Sağlık Personeli	13	5,7
	İdari Personel	65	28,3
Toplam	230	100,0	
Kurumdaki Göreviniz	Şube Müdürü	2	0,9
	Sorumlu Hekim	1	0,4
	Birim Sorumlusu	23	10,0
	Birim Çalışanı	183	79,6
	Diğer	21	9,1
	Toplam	230	100,0

Tablo 2’de çalışanların işten ayrılma niyetleriyle ilgili değerlendirmeler yer almaktadır. Tabloya göre çalışanların büyük çoğunluğu (%39,6) sağlık hizmetlerindeki toplam çalışma sürelerini 11-19 yıl olarak belirtmişlerdir, yine bu çalışanların çoğu (%36,5) buldukları birimdeki toplam çalışma sürelerini ise 1-4 yıl şeklinde ifade etmişlerdir. Çalışanların %87,4’ü buldukları birimde kadrolu olarak görev yapmaktadır. İşten ayrılma niyetleri ile ilgili olarak sorulan “*Bu kurumda görevinize devam etmeme konusunu ne kadar sıklıkla düşünüyorsunuz?*” sorusuna %34,3 oranında hiç düşünmüyorum cevabı verilirken,

çoğu zaman ve sürekli cevabını veren işten ayrılmayı düşünen grup %17 oranındadır. Çalışanların “*Bu kurumda ne kadar süre daha çalışmaya devam edeceğinizi düşünüyorsunuz*” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde ise, emekli olana kadar çalışmayı düşünenlerin oranı %39,1 olurken, altı aydan az süre çalışmayı düşünenlerin oranı %5,7 ve 6 ay ile 2 yıl arası çalışmayı düşünenlerin oranı ise %18,7 olarak belirlenmiştir. “*Şu anki duygularınıza göre, önümüzdeki altı ay içinde başka bir kuruma geçmeniz söz konusu mudur?*” sorusuna ise “evet ve kesinlikle evet” cevabı verenler % 9,5 oranında iken, “hayır ve kesinlikle hayır” cevabı verenler %68,3 oranındadır.

Tablo 2. Çalışanların İşten Ayrılma Niyeti

		f	%
<i>Sağlık Hizmetlerinde Toplam Çalışma Süresi</i>	1 yıldan az	9	3,9
	1-4 yıl	16	7,0
	5-10 yıl	41	17,8
	11-19 yıl	91	39,6
	20 yıl ve üstü	73	31,7
	Toplam	230	100,0
<i>Bulduğunuz Birimdeki Toplam Çalışma Süresi</i>	1 yıldan az	49	21,3
	1-4 yıl	84	36,5
	5-10 yıl	53	23,0
	11-19 yıl	28	12,2
	20 yıl ve üstü	16	7,0
	Toplam	230	100,0
<i>Çalıştığınız Birimdeki Kadro Durumunuz Nedir?</i>	Kadrolu	201	87,4
	Geçici Görev	29	12,6
	Toplam	230	100,0
<i>Bu kurumda görevinize devam etmeme konusunu ne kadar sıklıkla düşünüyorsunuz</i>	Hiç düşünmüyorum	79	34,3
	Nadiren düşünüyorum	61	26,5
	Ara sıra düşünüyorum	51	22,2
	Çoğu zaman düşünüyorum	31	13,5
	Sürekli düşünüyorum	8	3,5
	Toplam	230	100,0
<i>Bu kurumda ne kadar süre daha çalışmaya devam edeceğinizi düşünüyorsunuz</i>	6 aydan az	13	5,7
	6-12 ay	8	3,5
	1-2 yıl	35	15,2
	3-5 yıl	43	18,7
	5 yıldan fazla	25	10,9
	Emekli olana kadar	90	39,1
	Yaş haddine kadar	16	7,0
	Toplam	230	100,0
<i>Şu anki duygularınıza göre, önümüzdeki altı ay içinde başka bir kuruma geçmeniz söz konusu mudur?</i>	Kesinlikle Evet	10	4,3
	Evet	12	5,2
	Bilmiyorum	51	22,2
	Hayır	111	48,3
	Kesinlikle Hayır	46	20,0
	Toplam	230	100,0

Tablo 3’de çalışanların örgütsel sessizlik algılarına yönelik sonuçlar sunulmuştur. Ortalamalara göre değerlendirildiğinde çalışanlarda en çok içsel memnuniyetsizliğin endişe ve stresi tetiklediği (4,10) ve kurum yöneticilerinin “en iyi ben bilirim” tavrının, çalışanlar üzerinde olumsuz bir etki yarattığı (3,94), “çalışanların kurum yöneticilerine güven duymamalarının” duygu ve düşüncelerini dile getirmelerine engel olduğu (3,83) belirlenmiştir. Yine çalışanlar “sorun çıkarıcı ve şikayetçi görünmek istemediklerinden”, olaylar ve durumlar karşısında sessiz kalmanın tercih edildiğini (3,84) bildirmişlerdir. Çalışanların en fazla katıldıkları ifadeler %53,8 ile “çalışanlar kurumda belirli konular hakkında konuşmaktan kaçınırlar” ve %55,0 ile “çalışanların içsel memnuniyetsizliği endişe

ve stresi tetikler” ifadeleri olmuştur. Çalışanların en fazla katılmadıkları ifadeler ise %25,8 ile “kurumda bulunan yöneticiler, çalışanların yeni uygulamalar konusundaki görüşlerini almaya açık değildirler” ve %26,3 ile “kurumdaki israf ve kayıplar karşısında çalışanlar, sessiz kalmayı tercih etmektedir” ifadeleri olmuştur. En fazla kararsız oldukları ifade ise %15,4 ile “çalışanların duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edememesi bütün olay ve durumlar hakkındadır” ifadesinde gerçekleşmiştir.

Tablo 3. Çalışanların Örgütsel Sessizlik Algıları

	Ortalama	Std. Sap.	Hiç Katılmıyorum %	Katılmıyorum %	Kararsız %	Katılıyorum %	Tamamen Katılıyorum %
1.Çalışanlar yöneticilerinin eksikliklerini bilmelerine rağmen bu durumu dile getirmeler	3,57	1,27	7,5	19,2	7,9	39,6	25,8
2.Çalışanlar görüşlerini ifade ettikleri için yöneticilerinden ve meslektaşlarından olumsuz tepki alırlar	3,66	3,35	5,4	23,3	9,6	42,9	18,3
3.Çalışanların duygu ve düşüncelerini dile getirmeleri, örgütsel öğrenmeyi ve gelişmeyi destekler	3,88	0,96	2,1	9,2	12,5	50,8	25,4
4.Kurumda bulunan yöneticiler, çalışanların yeni uygulamalar konusundaki görüşlerini almaya açık değildirler	3,36	1,17	5,0	25,8	13,8	39,2	16,3
5.Çalışanlar güç/zor durumda konuşmaktan çok susmayı tercih ederler	3,66	1,12	3,8	19,2	5,4	50,8	20,8
6.Çalışanlar belirli konular hakkında konuşmaktan kaçınırlar	3,71	1,04	2,9	15,4	8,8	53,8	19,2
7.Çalışanların içsel memnuniyetsizliği endişe ve stresi tetikler	4,10	0,86	2,1	4,6	6,3	55,0	32,1
8.Çalışanların duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edememesi bütün olay ve durumlar hakkındadır	3,42	1,09	3,3	23,3	15,4	44,2	13,8
9.Çalışanların görüşlerini dile getirmemesi, yöneticilerin otoriter davranışlarından kaynaklanmaktadır	3,38	1,22	6,7	23,8	12,9	38,3	18,3
10.Kurumdaki israf ve kayıplar karşısında çalışanlar, sessiz kalmayı tercih etmektedir	3,35	1,16	5,0	26,3	10,8	44,2	13,8
11.Kurum yöneticilerinin çalışanlara adil davranmaması, çalışanların görüşlerini açıklamalarına engel olmaktadır	3,75	1,10	3,3	16,7	6,7	48,8	24,6
12.Çalışanların bilgisizlik ve deneyimsizlik korkusu, duygularını ifade etmesine engel olur	3,57	1,12	5,0	18,3	7,9	52,1	16,7
13.Kurum yöneticilerinin "en iyi ben bilirim" tavrı, çalışanlar üzerinde olumsuz bir etki yaratır	3,94	1,09	3,3	12,1	5,8	45,0	33,8
14.Kurum yöneticilerinin performanslarının düşük olması, çalışanların sorunlarını dile getirmesini engeller	3,64	1,08	5,0	13,3	12,1	51,7	17,9
15.Çalışanların kurum yöneticilerine güven duymamaları, duygu ve düşüncelerini dile getirmelerine engel olur	3,83	1,09	4,2	12,1	7,1	50,0	26,7
16.Çalışanlar dışlanacakları endişesiyle duygu ve düşüncelerini dile getirmezler	3,66	1,15	5,0	16,3	10,0	45,4	23,3
17.Çalışanlar duygu ve düşüncelerini açıkladıkları zaman güvende olmadıklarını hissederler	3,53	1,16	5,0	20,8	9,2	46,3	18,8
18.Çalışanlar sorun çıkarıcı ve şikayetçi görünmek istemediklerinden, olaylar ve durumlar karşısında sessiz kalmayı tercih ederler	3,84	1,04	2,9	12,9	7,5	50,8	25,8

Tablo 4’de çalışanların performanslarını değerlendirmek amacıyla sorulan sorulara ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. Ortalamalara göre bir değerlendirme yapıldığında en yüksek ortalamaların “görevlerimi tam zamanında tamamlarım (4,12)” ve “bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim (4,08)” ifadelerinde olduğu belirlenmiştir. Yüzelere göre bir değerlendirme yapıldığında ise çalışanların en fazla katıldıkları ifadeler %58,8 ile “iş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum” ve %57,1 ile “bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim” ifadeleri olmuştur. En az katıldıkları ifade ise %20,0 ile “bir çalışan olarak memnuniyet seviyem yüksektir” ifadesidir.

Tablo 4. Çalışanların Performansı

	Ortalama	Std. Sap.	Kesinlikle Katılmıyorum %	Katılmıyorum %	Kararsız %	Katılıyorum %	Kesinlikle Katılıyorum %
1.Bir çalışan olarak memnuniyet seviyem yüksektir	3,25	1,20	10,0	20,0	17,9	39,6	12,5
2.Devamsızlık oranlarım düşüktür	3,79	1,18	5,8	12,9	7,9	42,9	30,4
3.Moralim yüksektir	3,56	1,06	4,2	14,6	18,8	45,8	16,7
4.Görevlerimi tam zamanında tamamlarım	4,12	0,87	1,7	6,3	3,8	55,0	33,3
5.İş hedeflerime fazlasıyla ulaşıyorum	3,97	0,84	1,3	6,3	10,4	58,8	23,3
6.Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim	3,90	0,92	0,4	8,8	18,8	45,0	27,1
7.Bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim	4,08	0,76	0	5,0	10,0	57,1	27,9

4.Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma çalışanların iş veya işyerleriyle ilgili örgütsel sessizlik algıları ile çalışan performansı ve işten ayrılma niyetine ilişkin algılarını belirlemek amacıyla yürütülmüştür. İnsan kaynağı, yani çalışanlar, sağlık kurumları için en önemli değerdir. Günümüzde insanın hem kendisine hem de çalıştığı kuruma vereceği katkı önemsenmekte, insanı odak noktasına alan bir yönetim anlayışı ile çalışanların işlerinden doyum elde ederek, etkili ve verimli bir şekilde çalışmasını sağlayacak yöntemler, modeller geliştirme çabaları sürdürülmektedir. Bu gibi çabalar devam ederken, çalışma yaşantısında ortaya çıkan kimi olgular çalışanların kuruma sunabileceği katkıları, onun çalışma yaşamından beklentilerini engelleyebilir. Örgütlerde oluşabilecek sessizlik de bu durumlardan biridir. Örgütsel sessizlik, çalışanların işlerini ve çalıştığı kurumu iyileştirmeye yönelik olarak düşüncelerini, duygularını ve bilgilerini kasıtlı bir şekilde esirgemesidir. Çalışanların sergileyecekleri sessiz kalma davranışı, çalıştıkları kurum adına olumsuz sonuçlar getirebilir (Erigüç et al. 2014a).

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, işten ayrılma niyetleri ile ilgili olarak sorulan “*Bu kurumda görevinize devam etmeme konusunu ne kadar sıklıkla düşünüyorsunuz?*” sorusuna %34,3 oranında “hiç düşünmüyorum” cevabı verilirken, “çoğu zaman” ve “sürekli” cevabını veren yani işten ayrılmayı düşünen grup %17 oranında olmuştur. “*Bu kurumda ne kadar süre daha çalışmaya devam edeceğinizi düşünüyorsunuz*” sorusuna verilen cevaplar

değerlendirildiğinde ise, emekli olana kadar çalışmayı düşünenlerin oranı %39,1 olurken, altı aydan az süre çalışmayı düşünenlerin oranı %5,7 olarak belirlenmiştir. “*Şu anki duygularınıza göre, önümüzdeki altı ay içinde başka bir kuruma geçmeniz söz konusu mudur?*” sorusuna ise “evet ve kesinlikle evet” cevabı verenler % 9,5 oranında iken, “hayır ve kesinlikle hayır” cevabı verenler %68,3 oranında bulunmuştur. Yalçın ve Baykal (2012) tarafından sessizlik ile ilgili bir araştırmada, araştırmaya katılan hemşirelerin %6,8’inin işten ayrılmayı düşündüğü, %48,2’sinin bazen düşündüğü ve %45’inin ise işten ayrılmayı düşünmediği görülmektedir. Erigüç Kaygın (1994) tarafından yürütülen araştırmada işinden ayrılma niyeti hekim grubunda %17,49, hemşire grubunda %20,09 ve genelde % 19,13 olarak bulunmuştur.

Araştırmamızın çalışanların örgütsel sessizlik algılarına yönelik sonuçları ortalamalara göre değerlendirildiğinde, çalışanlarda en çok içsel memnuniyetsizliğin endişe ve stresi tetiklediği (4,10) ve kurum yöneticilerinin “en iyi ben bilirim” tavrının, çalışanlar üzerinde olumsuz bir etki yarattığı (3,94), “çalışanların kurum yöneticilerine güven duymamalarının” duygu ve düşüncelerini dile getirmelerine engel olduğu (3,83) belirlenmiştir. Çalışanlar “sorun çıkarıcı ve şikayetçi görünmek istemediklerinden”, olaylar ve durumlar karşısında sessiz kalmanın tercih edildiğini (3,84) bildirmişlerdir.

Araştırmamızda çalışanların en fazla katıldıkları ifadeler, %55,0 ile “çalışanların içsel memnuniyetsizliği endişe ve stresi tetikler” ve %53,8 ile “çalışanlar kurumda belirli konular hakkında konuşmaktan kaçınırlar” ifadeleri olmuştur. Çalışanların en fazla katılmadıkları ifadeler ise %26,3 ile “kurumdaki israf ve kayıplar karşısında çalışanlar, sessiz kalmayı tercih etmektedir” ve %25,8 ile “kurumda bulunan yöneticiler, çalışanların yeni uygulamalar konusundaki görüşlerini almaya açık değildirler” ifadeleri olmuştur. Çalışanların en fazla kararsız oldukları ifade ise %15,4 ile “çalışanların duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edememesi bütün olay ve durumlar hakkındadır” ifadesinde gerçekleşmiştir.

Milliken et al. (2003) tarafından farklı kurumlarda çalışan kişiler ile görüşme yoluyla yapılan bir araştırma sonucunda, işlerle ilgili konular veya problemler karşısında sessiz kalmanın yaygın olduğu ve sessizlikle ilgili en yaygın konuların; meslektaşının veya yöneticinin işteki performansı, örgütsel süreçler veya performansla ilgili problemler ve ödemelerle ilgili olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızın çalışanların performanslarını değerlendirmek amacıyla sorulan sorulara ilişkin sonuçları ortalamalara göre değerlendirildiğinde en yüksek ortalamaların “görevlerimi tam zamanında tamamlarım (4,12)” ve “bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim (4,08)” ifadelerinde olduğu belirlenmiştir. Yüzelere göre bir değerlendirme yapıldığında ise çalışanların en fazla katıldıkları ifadeler %58,8 ile “iş hedeflerime fazlasıyla ulaşırım” ve %57,1 ile “bir sorun gündeme geldiğinde en hızlı şekilde çözüm üretirim” ifadeleri olmuştur. En az katıldıkları ifade ise %20,0 ile “bir çalışan olarak memnuniyet seviyem yüksektir” ifadesidir.

Sonuç olarak, örgütlerde işgören sessizliği çalışanların performans algılarına etki edebilen olgulardan biri olması bakımından giderek önem kazanan ve üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Bu yöndeki çalışmaların sağlık kurumlarında çeşitli meslek grupları üzerinde daha ileri araştırmalara konu olması önerilebilir.

Kaynaklar

1. ÇAKICI, Ayşehan (2010), *Örgütlerde İşgören Sessizliği*, Detay Yayıncılık, Ankara.
2. ERİĞÜÇ KAYGIN, Gülsün (1994), Hastanelerde Personelin İşle İlgili Tutumları Personel Devri Ankara İli Örneği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Doktora Tezi.
3. ERİĞÜÇ, Gülsün (2012), “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi ve Tıbbi Personelin Önemi”, Ed. Mehtap Tatar, Sağlık Kurumları Yönetimi-1, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, s.199-220.
4. ERİĞÜÇ, Gülsün, Ö. Özer, İS. Turaç ve C. Songur (2014a), Organizational Silence among Nurses: A Study of Structural Equation Modeling. *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 4(1), 150-162.
5. ERİĞÜÇ, Gülsün, Ö. Özer, İS. Turaç ve C. Songur (2014b), The Causes and Effects of the Organizational Silence: On Which Issues the Nurses Remain Silent? *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10(22), 131-153.
6. KAHVECİ, Gökhan ve Z. Demirtaş (2013), Öğretmenler İçin Örgütsel Sessizlik Ölçeği Geliştirme Çalışması, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(43),167-182.
7. MILLIKEN, Frances J., Morrison, E. W., ve Hewlin, P. F. (2003), An Exploratory Study of Employee Silence: Issues that Employees Don't Communicate Upward and Why. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1453-1476.
8. MOBLEY, William H. (1982), Some Unanswered Questions in Turnover and Withdrawal Research, *Academy of Management Review*, 7(1)
9. PINDER, Craig C. ve Harlos, Karen P. (2001), Employee Silence: Quiescence and Acquiescence as Responses to Perceived Injustice. *Personnel and Human Resources Management*, 20, 331-369.
10. SUADICANI, P. Bonde J.P. Olesen K. ve Gyntelberg F. (2013), Job Satisfaction and Intention to Quit the Job, *Society of Occupational Medicine*, 63(2),96-102.
11. ŞEHİTOĞLU Yasin ve C. Zehir (2010), Türk Kamu Kuruluşlarında Çalışan Performansının, Çalışan Sessizliği ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Bağlamında İncelenmesi, *Amme İdaresi Dergisi*, 43(4), 87-110.
12. ŞEHİTOĞLU, Yasin (2010), Örgütsel Sessizlik, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Algılanan Çalışan Performansı İlişkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze.
13. TAYFUN, Ahmet ve O. Çatır (2010), Örgütsel Sessizlik ve Çalışanların Performansları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 114-134.
14. YALÇIN Begüm ve Ü. Baykal (2012), Özel Hastanelerde Görevli Hemşirelerin Sessiz Kaldığı Konular ve Sessiz Kalma Nedenleriyle İlişkili Faktörler, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 42-50.

**AYAKTAN VE YATAN HASTA FAALİYET GELİRLERİNİN HASTANELERİN
PERFORMANSI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: VZA YÖNTEMİYLE
DEVLET HASTANELERİNDE BİR UYGULAMA**

Bülent YILDIZ*

Ceyda YERDELEN KAYGIN**

Halim TATLI***

Demet POLAT****

ÖZET

Çalışmanın amacı; genel hastane statüsündeki AII grubu devlet hastanelerinin ayakta ve yatan hasta faaliyet gelirlerinin bu hastanelerin performansları üzerine etkisini incelemektir. Bu amaçla söz konusu hastanelerin 2011 yılına ait verileri Frontier Analyst ve SPSS programları ile analize tabi tutulmuşlardır. Karar verme birimi olarak seçilen 53 adet AII grubu hastane verileri içerisinde etkinlik ölçümü analiz çalışmalarında en çok kullanılan girdi ve çıktı değişkenleri belirlenerek uygulama yapılmıştır. VZA'da Hastanelerin yatak sayısı, uzman hekim sayısı, hemşire ve ebe sayısı ile toplam giderler girdi olarak; muayene sayısı, ameliyat sayısı, toplam gelirler ve ayakta-yatan hasta faaliyet gelirleri ise çıktı değişkenleri olarak kullanılmıştır. VZA sonuçlarına göre analize tabi tutulan 53 hastanenin yaklaşık %26'sının (14) etkin olduğu, %74'ünün (39) ise etkin olmadığı tespit edilmiştir. Etkin olmayan hastanelerin %19'unun (10) etkinlik yüzdesinin %90'nın altında olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hesaplanan etkinlik değerlerinin ayakta ve yatan hasta faaliyet gelirleri ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Etkinlik, Veri Zarflama Analizi

*Dr. (Muhasebe ve Finansman), Gaziantep Kamu Hastaneleri Kurumu, bulentyildiz25@hotmail.com

** Yard. Doç. Dr., Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO, ceydayerdelen@gmail.com

*** Yard. Doç. Dr., Bingöl Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, htatli@bingol.edu.tr

**** Hemşire (İşletme Y. Lisans), Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Kadın Doğum Hastanesi, deplt@hotmail.com

**INVESTIGATION OF THE EFFECT ON THE PERFORMANCE OF
HOSPITALS FROM OUTPATIENT AND INPATIENT ACTIVITY INCOME:
AN APPLICATION IN STATE HOSPITALS BY USING DEA**

ABSTRACT

Objective of the study is to scrutinise the influence of incomes from outpatient and inpatient activities of state hospital group All that have a status of a general hospital upon the performance. For this reason, data of the hospitals in question for the year 2011 were analysed by Frontier Analyst and SPSS software. The input and output variables most commonly used for effectiveness measurement analysis were determined and implemented out of 53 hospital data of All group that have been selected as the decision-making unit. In case of DEA, number of beds, number of specialist physicians, nurses and midwife and total costs were used as inputs, and number of examinations, number of operations, total incomes and outpatient-inpatient activity incomes were used as output variables. According to DEA results, it was determined that nearly 26% (14) of 53 hospitals that were analysed were effective; 74% (39) of them were ineffective. It was further determined that 19% (10) of the ineffective hospitals had a percentage of effectiveness below 90%. Correlation of effectiveness values calculated in this study to the operational incomes from outpatients and inpatients was examined.

Key Words: Hospital, Efficiency, Data Envelopment Analysis

1. Giriş

İnsanlığın geçmişten günümüze uzanan gelişim ve değişim süreci içerisindeki en iyi göstergelerden birisi olan sağlık konusu; sağlık hizmetlerinin sunumu, uygulama yöntem ve alanları, kullanılan ve yenilenen teknolojiler, hastalıklarla mücadele, daha uzun yaşam, modern hastaneler ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve beklentisi gibi kriterler etrafında dönüşümünü sürdürmeye devam etmiştir. Hem ulusal hem de küresel bazda sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde halklara sunulması noktasında gerek devletler eliyle gerekse özel müteşebbisler aracılığıyla oluşturulan hastaneler, sistemin doğal süreci içerisinde organize olmuş ve birçok unsuru bir arada bulunduran, karmaşık yapıları işletmeler haline gelmiştir. Son yıllarda müşteri kavramı ile özdeşleştirilen hastaların hizmet alma noktasındaki kurum tercihleri kamu ve özel sektör hastanelerine bakan yönüyle, varlıklarını devam ettirebilme adına, önemli bir rekabet ortamı oluşturmuştur. Hastane işletmelerinin birçok yönüyle kendi işletmelerinin rakip işletmeler içerisindeki durumlarını görmeleri, kaliteli sağlık hizmeti sunarken finansal sürdürülebilirliği koruyabilmeleri ve kaynakları en etkin şekilde kullanabilmeleri gerekmektedir. VZA birden çok girdi ve çıktının bir arada söz konusu olduğu hastane gibi karmaşık yapıları işletmelerde performans ölçümü için diğer yöntemlere göre daha iyi sonuçlar vermektedir.

11. Performans Ölçümü ve Sağlık İşletmelerinde Performans

Performans ölçümü; bir bireyin, grubun veya kurumun amaçladığı işi ne kadar gerçekleştirebildiğinin nicelik ve nitelik olarak ifadesidir. Performansın ölçümü, belirli bir dönem boyunca bir kurum tarafından veya bir program altında yürütülen faaliyetlerin rakamlarla ifade edilmesidir. Sağlıklı bir performans ölçümü, program faaliyetlerinin

arzulanan sonuçları ne derece yerine getirdiği hakkında bir değerlendirme yapmaya imkan verir (Aral, 2001: 9).

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede sağlığın dışsal faydasının yüksek olmasının getirdiği bir sonuç olarak kamu sektöründe ağırlıklı bir yapılanma söz konusudur. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda gerek finansmanında özel sektör de yer almaktadır (Altay, 2007: 33).

Performans konusu, özellikle sağlık sektörüne büyük miktarlarda kaynak ayıran gelişmiş ülkelerde geniş çapta ilgi odağı olmuştur. Hızla artan maliyetlerin kontrol edilmesi gereğinin kaçınılmaz bir gerçek ve sorumluluk olduğundan hareketle, sağlık bakım hizmeti sunan örgütler ve hizmet sunucu grupları (örneğin hekimler), teknik performans anlamında mercek altına yatırılmaya başlanmıştır (Şahin ve Özgen, 2001: 44).

1.1 Performans Ölçütü Olarak Etkinlik

Etkinlik; “Bir girdi unsurunun fiili kullanım durumunun belli tekniklerle tespit edilmiş standartlarla kıyaslanması ile bulunan bir göstergedir” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu göstergeye yeterlilik derecesi de denilmektedir (Takan, 2002: 666). Diğer bir tanıma göre etkinlik; "minimum çaba veya maliyet ile maksimum sonuçlar elde etme kapasitesi" olarak, organizasyonel anlamda ise "bir girdi-çıkıtı mekanizması aracılığı ile işlerin en doğru şekilde yapılması" şeklinde tanımlanmaktadır (Kök ve Deliktaş, 2003: 43).

1.1 Performans Ölçümünün Yöntemleri

1.1.1 Oran Analizi

Performansın ölçümünde kullanılan yöntemlerden en yaygın ve uygulaması kolay olanı oran analizidir. Tek girdinin tek çıktıya oranı olarak tanımlanan oran analizi (ya da rasyo analiz) yaklaşımında her bir oran, performansla ilgili boyutlardan sadece bir tanesini göz önüne alırken diğer boyutları göz ardı etmektedir. Örneğin; finansal analizlerde kullanılan oranlar (likidite, mali bünye, faaliyet, karlılık vs.) o faaliyet dönemi içindeki olayların yorumunu, yalnızca ilgili orana konu olan kalemler bazında yapabilirler. Oranlarla yapılan değerlendirmelerin bir başka zayıf yönü de; mutlaka bir şeylerle karşılaştırılmaya gereksinim duymalarıdır. Örneğin, oranla performans ölçümü yapılan bir işletmedeki sayısal sonuçlar ya önceki yıllara ait kendi verileri ile ya da diğer işletmelerin benzer verileri ile karşılaştırılabilir (Gülcü vd., 2004:3).

1.1.2 Parametrik Yöntemler

Tek faktör oranları, bir üretim sürecindeki girdi ve çıktı birimlerinin ortak bir birim ile ifade edilemediği durumlarda, tek tek faktörlerin kullanım verimliliğini göstermekten başka bir anlam ifade etmez. Genel olarak üretimin etkinliği hakkında tek faktör oranlarını kullanarak bir şey söylemek de mümkün değildir. Etkinlik ölçüm yöntemlerinden bir diğeri ise, çoklu regresyon yaklaşımıdır. Çoklu regresyon yaklaşımında, bir üretim sürecinin girdileri ile çıktıları arasında bir üretim fonksiyonu tahmin edilmektedir. Bu tahmin sonucunda çıktıları tahmin edilen düzeyin üzerinde olan üretim birimleri etkin olarak kabul edilmektedir (Güran ve Cingi, 2002: 56).

Parametrik yöntemlerde etkinlik ölçümü yapılırken, genellikle tek bir çıktının birden fazla girdi ile ilişkili olduğu çoklu regresyon analizinden yararlanılmaktadır. Çoklu regresyon

analizi ile yapılan etkinlik ölçümünde, regresyon doğrusunun üzerinde kalan birimler etkin olarak tanımlanırken, doğrunun altında kalan birimler etkin olmayan olarak nitelendirilmektedir. Analiz sonunda elde edilen artık değerleri pozitif olan birimler etkin, negatif olanlar etkin olmayandır (Cingi ve Tarım, 2000: 18).

1.1.3 Parametrik Olmayan Yöntemler

Parametrik yöntemlere bir alternatif olarak ortaya çıkan parametrik olmayan yöntemler, genel olarak matematik programlamayı çözüm tekniği olarak kabul eder. Bu tür yöntemler, üretim fonksiyonunun ardında herhangi bir analitik formun varlığını öngörmezler. Bu özelliklerinden dolayı parametrik yöntemlere göre daha esneklerdir. Ayrıca birçok girdili ve birçok çıktılı üretim ortamlarında performans ölçümüne uygun yapıdadırlar (Yolalan, 1993: 5).

1.2 Veri Zarflama Analizi ve Sağlık Sektöründeki Bazı Uygulamaları

Veri Zarflama Analizi; farklı birimlere sahip çok sayıda girdi ve çıktının söz konusu olduğu ve bunların ortak bir ölçüt temeline indirgenemediği durumlarda, nispi toplam faktör etkinliğini ölçme imkanı veren, üretimin ekonomik teorisi ile uyumlu ve parametrik olmayan bir yaklaşımdır (Güran ve Cingi, 2002:69). Başka bir tanıma göre ise, Veri Zarflama Analizi ürettikleri mal ve hizmet açısından birbirine benzer ekonomik karar birimlerinin göreceli etkinliklerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen parametresiz bir etkinlik ölçüm yöntemidir (Boussofiane vd., 1991:7). Diğer etkinlik ölçüm yöntemlerinin, çok sayıda girdi ve çıktının karşılaştırılmasını zorlaştıran yetersizlikleri bu yöntem ile aşılmaya çalışılmıştır. Birden fazla girdi kullanılarak birden fazla çıktının elde edildiği üretim ortamlarında, parametrik yöntemlerde olduğu gibi önceden belirlenmiş herhangi bir analitik üretim fonksiyonunun varlığına gereksinim duymadan ölçüm yapılabilmesi VZA'nın önemli bir özelliğidir (Özsever vd., 2009:48).

Veri Zarflama Analizi uygulama alanında; hastanelerin (Banker vd., 1986:30), restoranların (Banker ve Morey, 1986:1613), sağlık hizmetleri işletmelerinin (Chilingerian ve Sherman, 1994:16) ve banka şubelerinin (Sherman ve Gold, 1985:297) etkinliklerini ölçmeye yönelik çeşitli çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Grosskopf ve Valdmanis'in (1987) "Measuring Hospital Performance: A Nonparametric Approach" adlı çalışmasında, kamu kesimine ait devlet hastanelerinde etkinlik düzeyi ile mülkiyet biçimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Mülkiyet ile etkinlik arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Özcan ve McCue (1996) tarafından ABD'de faaliyet gösteren Akut Bakım Hastaneleri'nin finansal performansları VZA tekniği ile değerlendirilmiştir. Harris ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hastanelerin birleşmelerinin hastane etkinliği üzerine etkisi VZA yöntemiyle incelenmiştir. Hastane birleşmelerinin genel olarak etkinliğe olumlu yansıdığı gözlemlenmiştir. Şahin ve Özgen (2000), "Sağlık Bakanlığı İl Devlet Hastanelerinin Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi" adlı çalışmada, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki il devlet hastanelerinin karşılaştırmalı teknik verimliliklerini ölçmek ve verimsiz hizmet ürettiği belirlenen hastaneler için verimsizlik kaynakları ve düzeyleri incelenmiştir. Bal (2010) doktora tezi çalışmasında Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin etkinlik seviyelerini belirlemek ve bilgi sistemlerinin performans etkilerini tespit etmek amacıyla Veri Zarflama Analizi yöntemini kullanmıştır.

2 Hastanelerin Etkinlikleri ve Ayaktan-Yatan Hasta Faaliyet Gelirleri İle İlişkisi

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma kapsamında Türkiye’de faaliyet gösteren, 100 yatak ve üzeri ile 50 adet ve üzeri uzman hekimin çalıştığı 53 adet AII grubu devlet hastanesinin VZA yöntemi ile etkinlikleri tespit edilmeye çalışılmış; bu hastanelerin ayaktan ve yatan faaliyet gelirlerinin hastanelerin etkinlikleri ile olan ilişkisi araştırılmıştır.

2.2. Araştırmanın Kapsamı ve Verilerin Temini

Araştırmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden temin edilmiştir. Bu çalışma kapsamında Türkiye’de faaliyet gösteren, 100 yatak ve üzeri ile 50 adet ve üzeri uzman hekimin çalıştığı 53 adet AII grubu devlet hastanesi analize tabi tutulmuştur. Veriler 2011 yılına aittir. Bazı hastaneler sahip oldukları uç veriler nedeniyle hatalı olduğu düşünülerek elenmiştir. Araştırma kapsamında VZA yöntemi ile hastanelerin Toplam (CRS) etkinlikleri hesaplanmış ve sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur.

3. Araştırma Verilerinin Analiz ve Bulguları

Tablo 3.1’deki girdi ve çıktı değişkenleri kullanılarak VZA’nın girdi yönelimli CCR metoduyla dört farklı etkinlik değerleri hesaplanarak analiz edilmişlerdir. 53 adet hastanenin karar verme birimi olarak kullanıldığı çalışmada girdi-çıkıtı değişkenleri, etkinlik sonuçları ile ilgili tanımlayıcı istatistikler, etkin olan ve olmayan hastanelere ait sayı ve yüzdeler, çalışmada kullanılan değişkenler ile etkinlik değerleri arasındaki korelasyonlar incelenmiştir.

Tablo 3. 1 Çalışmada Kullanılan Değişkenler:

GİRDİ DEĞİŞKENLERİ	ÇIKTI DEĞİŞKENLERİ
Toplam Yatak Sayısı	Toplam Muayene Sayısı
Toplam Uzman Hekim Sayısı	Toplam Ameliyat Sayısı
Toplam Ebe Hemşire Sayısı	Toplam Gelirler
Toplam Giderler	*Ayaktan Hasta Faaliyet Gelirleri
	*Yatan Hasta Faaliyet Gelirleri

*Ayaktan ve yatan hasta faaliyet gelirleri ayrı ayrı ve ikisi birlikte olmak üzere VZA’da çıktı değişkeni olarak kullanılmıştır.

Tablo 3. 2 VZA’da Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenleri

Hastaneler	Girdi Değişkenleri				Çıktı Değişkenleri				
	Yatak Sayısı	Uzman Hekim Sayısı	Ebe Hemşire Sayısı	Giderler -TL	Muayene Sayısı	Ameliyat Sayısı	Toplam Gelirler -TL	Ayaktan Faaliyet Geliri TL	Yatan Faaliyet Geliri TL
ADANA_CUKUROVA_DR_ATUFEKCI_DH	787	168	436	90.011.722	1.176.216	62.555	99.698.100	34.809.156	56.599.043
AFYONKARAHISAR_DH	490	112	296	37.781.575	778.223	22.544	44.021.626	24.513.145	17.430.624
AGRI_DH	271	96	245	56.061.839	850.604	16.647	46.112.807	26.218.899	18.027.270
AKSARAY_DH	558	114	367	33.513.407	891.546	25.621	39.895.265	21.234.138	14.052.052
ANKARA_SINCAN_DR_NAFIZ_KOREZ_DH	260	128	307	45.446.728	1.293.807	24.842	51.844.423	34.075.888	16.362.292
ANTALYA_ALANYA_DH	225	85	174	27.596.081	777.938	25.854	32.002.099	18.003.167	13.129.250
ANTALYA_ATATURK_DH	502	163	454	57.383.999	1.239.471	34.543	68.000.771	41.765.342	24.057.000
AYDIN_DH	464	142	357	65.876.350	1.032.216	32.424	70.048.030	30.740.036	36.970.443
AYDIN_NAZILLI_DH	405	83	232	39.170.315	909.789	10.071	42.556.722	23.208.139	18.799.139
BALIKESIR_ATATURK_DH	510	113	482	41.442.049	787.867	27.454	49.402.184	23.589.599	22.494.247
BALIKESIR_DH	510	100	419	58.416.906	802.747	16.627	58.462.312	23.748.026	32.551.404
BATMAN_BOLGE_DH	350	100	310	54.470.631	766.552	60.393	49.528.270	25.604.812	21.731.598
BINGOL_DH	317	74	194	34.515.473	571.542	12.950	37.548.276	19.842.556	16.229.636
BOLU_IZZET_BAYSAL_DH	514	107	323	50.557.671	877.401	40.477	53.005.420	22.271.875	27.909.375
BURSA_CEKIRGE_DH	525	177	423	64.012.419	1.153.431	26.016	73.236.888	36.396.334	35.412.662
BURSA_DH	808	175	477	74.861.960	1.085.788	26.132	79.551.517	35.412.982	40.567.119
BURSA_INEGOL_DH	308	61	217	28.015.198	646.267	10.107	31.412.286	19.232.074	11.555.006
CANAKKALE_DH	500	119	390	49.644.945	945.628	34.458	57.754.298	27.999.171	26.959.514
DENIZLI_DH	735	217	609	85.493.571	1.609.488	40.127	97.940.884	44.767.267	48.757.344
DUZCE_ATATURK_DH	275	114	230	35.027.725	684.274	18.043	35.248.398	21.429.492	12.697.227
EDIRNE_DH	422	111	263	41.749.145	926.916	15.565	41.860.790	26.121.207	14.992.479
ESKISEHIR_DH	995	172	711	87.316.199	1.210.110	88.810	92.527.976	27.518.979	42.958.482
ESKISEHIR_YUNUS_EMRE_DH	618	156	417	72.676.823	919.406	51.929	78.047.582	31.138.286	46.032.458
GAZIANTEP_25_ARALIK_DH	350	75	267	43.585.093	792.391	41.463	48.782.300	23.570.377	23.684.328
GAZIANTEP_DR_ERSIN_ARSLAN_DH	606	178	398	84.142.561	1.282.785	48.807	78.038.615	38.077.201	38.944.752
GAZIANTEP_SEHITKAMIL_DH	330	119	335	52.187.841	1.000.414	26.101	56.759.540	28.703.710	26.698.826
HATAY_ANTAKYA_DH	417	141	376	69.671.329	1.378.065	35.946	82.773.019	48.129.432	32.431.291
HATAY_ISKENDERUN_DH	535	129	377	66.071.329	1.350.289	49.975	68.599.818	31.749.520	26.483.607
ISPARTA_DH	715	129	443	57.729.001	665.309	23.262	64.751.379	18.087.176	24.605.507
ISTANBUL_KARTAL_YAVUZ_SELIM_DH	256	111	234	47.221.434	928.617	11.484	49.150.537	31.752.732	15.573.190
IZMIR_KARSIYAKA_DH	267	106	247	35.242.350	806.631	20.388	37.083.631	21.482.201	13.395.906
KARAMAN_DH	411	80	295	37.089.942	804.799	31.341	39.593.777	21.892.361	17.027.146
KASTAMONU_DR.MUNIF_ISLAMOGLU_DH	400	85	339	36.997.582	669.251	23.347	41.249.366	17.884.965	14.538.696
KOCAELI_DARICA_FARABI_DH	298	96	230	45.331.390	934.817	13.600	50.121.745	25.741.073	23.871.786
KOCAELI_GEBZE_FATIH_DH	206	62	182	31.768.863	929.571	10.364	34.254.229	25.591.550	7.871.492
MALATYA_DH	800	212	829	82.786.670	1.789.360	50.265	93.199.049	51.621.950	39.183.794
MANISA_DH	325	112	230	42.172.485	639.633	52.770	45.584.052	19.506.508	25.154.490
MANISA_MERKEZEFENDI_DH	371	83	280	37.332.393	847.765	36.023	38.932.525	20.949.675	17.405.426
MARDIN_DH	150	71	153	22.620.219	434.208	12.752	25.231.127	22.277.430	1.674.030
MERSIN_DH	506	176	527	81.534.592	1.245.824	61.318	86.331.104	43.537.391	40.215.193
MERSIN_TARSUS_DH	544	113	471	57.968.859	1.391.522	54.339	63.980.327	43.824.638	18.988.765
MERSIN_TOROS_DH	255	94	371	42.267.130	835.736	15.583	47.041.775	25.689.877	20.382.524
MUS_DH	400	100	334	54.682.090	787.862	57.503	59.931.128	21.942.141	18.514.113
NEVSEHIR_DR_I_SEVKI_ATASAGUN_DH	420	95	285	41.789.715	702.505	18.273	40.440.136	21.223.529	19.036.660
NIGDE_DH	330	80	295	39.101.644	637.338	15.298	42.528.848	21.700.834	19.442.247
ORDU_DH	438	116	367	66.357.738	755.732	36.613	66.095.474	27.281.831	36.060.771
OSMANIYE_DH	445	104	317	57.926.205	830.005	23.831	60.598.931	21.691.342	31.710.807
SIIRT_DH	202	60	133	20.951.698	312.425	13.391	23.117.377	10.909.453	10.828.788
TEKIRDAG_DH	400	112	324	42.861.659	847.909	17.333	45.650.528	19.989.173	22.852.896
TOKAT_DH	730	101	460	65.564.490	893.973	53.460	68.135.779	22.843.188	34.773.667
USAK_DH	605	121	558	55.880.762	1.172.320	23.779	68.941.895	33.746.141	32.973.179
YOZGAT_DH	400	82	266	36.733.346	625.027	13.795	37.838.900	15.341.376	16.381.585
ZONGULDAK_ATATURK_DH	591	111	356	64.149.730	1.076.551	23.093	64.362.807	26.813.358	35.039.889
Ortalama	54	116	351	51.901.186	930.299	30.937	55.826.540	27.230.051	24.943.793

Tablo 3.2’de çalışmada kullanılan girdi ve çıktı değişkenleri ile bunların ortalamaları gösterilmiştir. Tabloya göre çalışmada analiz edilen 53 hastanenin girdi değişkenleri olarak kullanılan yatak sayısı ortalaması 454, uzman hekim sayısı ortalaması 116, toplam ebe ve hemşire ortalaması 351, toplam giderler ortalaması ise 51.901.186 TL olarak tespit edilmiştir. Çıktı değişkeni olarak seçilen toplam muayene sayısı ortalamasının 930.299, toplam ameliyat sayısı ortalamasının 30.937, toplam gelirlerin ortalamasının 55.826.540 TL, toplam ayaktan faaliyet gelirleri ortalamasının 27.230.051 ve yatan hasta faaliyet gelirleri ortalamasının ise 24.943.793 TL olduğu hesaplanmıştır.

Tablo 3. 3 Tanımlayıcı İstatistikler

Dört Farklı Etkinlik Ölçümü İçin Tanımlayıcı İstatistikler					
Etkinlik Türleri-CCR		Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Etkinlik 1 (Toplam Gelirler İle)	3	,81	1,00	,9475	,04811
Etkinlik 2 (Ayaktan-Yatan Faaliyet Gelirleri İle)	3	,70	1,00	,9564	,06409
Etkinlik 3 (Ayaktan Faaliyet Gelirleri İle)	3	,45	1,00	,8189	,13234
Etkinlik 4 (Yatan Faaliyet Gelirleri İle)	3	,70	1,00	,9332	,08180

Çalışma kapsamında VZA uygulaması ile girdi yönelimli CCR metodu kullanılarak dört farklı etkinlik değerleri hesaplanmıştır. Bunlara ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.3’te gösterilmiştir. Dört etkinlik içinde hastanelerin toplam yatak sayısı, uzman hekim sayısı, ebe ve hemşire sayısı ile toplam giderler kullanılmıştır. Fakat çıktı değişkeni olarak dört etkinliğinde hesaplanmasında toplam muayene sayısı, toplam ameliyat sayısı sabit olmak üzere Etkinlik 1 için toplam gelirler üçüncü değişken, Etkinlik 2 için ayaktan ve yatan faaliyet gelirleri 3. ve 4. Değişken, Etkinlik 3 için ayaktan, Etkinlik 4 için ise yatan faaliyet gelirleri 3. Değişken olarak kullanılmıştır. Hesaplanan etkinlikler arasında en düşük değere ve ortalamaya sahip olanının 0,45 ve 0,8189 değerleri ile Etkinlik 3’e ait olduğu görülmektedir. Ayaktan ve yatan faaliyet gelirlerinin birlikte 3. ve 4. çıktı değişkeni olarak kullanıldığı durumda toplam etkinlik ortalamasının 0,9564 ile diğerlerinden daha iyi çıktığı görülmektedir. Ayrıca yatan hasta faaliyet gelirlerinin 3. Çıktı değişkeni olarak kullanıldığı etkinlik ortalaması sonucunun (0,9332) ayaktan hasta faaliyet gelirlerinin 3. Çıktı değişkeni olarak kullanıldığı duruma (0,8189) göre çok daha iyi olduğu görülmektedir. Bu nedenle yatan hasta faaliyet gelirlerinin hastane etkinliği ile daha fazla bağlantılı olduğu söylenebilir.

Tablo 3. 4 Hastanelerin Etkinlik Sayı ve Yüzdeleri- CCR

Çıktı Değişkeni Olan Faaliyet Gelirlerine Göre Hastanelerin Etkinlik Sayı ve Yüzdeleri- CCR							
Toplam Gelirler İle (Etkinlik 1)		Ayaktan-Yatan Hasta Faaliyet Gelirleri İle (Etkinlik 2)		Ayaktan Hasta Faaliyet Gelirleri İle (Etkinlik 3)		Yatan Hasta Faaliyet Gelirleri İle (Etkinlik 4)	
Etkin Olan	Etkin Olmayan	Etkin Olan	Etkin Olmayan	Etkin Olan	Etkin Olmayan	Etkin Olan	Etkin Olmayan
14	39	24	29	8	45	21	32
26%	74%	45%	55%	15%	85%	40%	60%

Tablo 3.4'te çalışmada girdi yönelimli (CCR) modeli ile uygulanan VZA sonucunda elde edilen dört farklı etkinlik skorlarına bağlı etkin olan ve olmayan hastane sayısı ve yüzdeleri gösterilmiştir. Bu tabloya göre en çok hastanenin etkin olarak hesaplandığı durum 24 (%45) hastane ile Etkinlik 2 olmuştur. Yani ayakta ve yatan hasta faaliyet gelirlerinin birlikte 3. ve 4. çıktı değişkeni olarak kullanıldığı VZA'da etkin hastane sayısı en çok olmuştur. En az hastanenin etkin olarak çıktığı VZA ise 8 (%15) hastane ile Etkinlik 3'te gerçekleşmiştir.

2.1 Hipotezler

Çalışma kapsamında VZA yöntemi ile elde edilen etkinlik değerleri ile toplam, ayakta ve yatan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olup olmadığını sorgulamak üzere aşağıdaki gibi H_0 ve H_1 hipotezleri kullanılmıştır. Bu hipotezler dört etkinlik içinde ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu kapsamda hipotezler şöyledir:

H_0 : Hastanelerin etkinlik düzeyleri ile faaliyet gelirleri (toplam, ayakta, yatan faaliyet gelirleri) arasında pozitif yönlü ilişki yoktur.

H_a : Hastanelerin etkinlik düzeyleri ile faaliyet gelirleri (toplam, ayakta, yatan faaliyet gelirleri) arasında pozitif yönlü ilişki vardır.

Tablo 3. 5 Değişkenler ve Etkinlik Değerleri Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler ve Etkinlik Değerleri Arasındaki Korelasyonlar										
		Yatak Sayısı	Uzman Hekim Sayısı	Ebe Hemşire Sayısı	Giderler	Muayene Sayısı	Ameliyat Sayısı	Toplam Gelirler	Ayaktan Faaliyet Geliri	Yatan Faaliyet Geliri
Etkinlik 1 (Toplam Gelirler İle)	r	,050	,047	,139	,087	,273*	,384**	,187	,257	,064
	p	,721	,737	,320	,535	,048	,005	,179	,063	,649
Etkinlik 2 (Ayaktan-Yatan Faa. Gelirleri İle)	r	-,045	,112	,080	,199	,335*	,284*	,236	,380**	,258
	p	,749	,423	,571	,154	,014	,040	,090	,005	,062
Etkinlik 3 (Ayaktan Faa. Gelirleri İle)	r	-,275*	-,140	-,163	-,124	,174	,367**	-,112	,174	-,261
	p	,047	,317	,242	,377	,213	,007	,426	,212	,059
Etkinlik 4 (Yatan Faa. Gelirleri İle)	r	,116	,131	,183	,340*	,395**	,390**	,351*	,298*	,427**
	p	,408	,349	,191	,013	,003	,004	,010	,030	,001

Tablo 3.5'te çıktı ve girdi değişkenlerinin VZA ile ölçülen etkinlik değerleri ile olan ilişkisi gösterilmiştir. Toplam gelirlerin muayene ve ameliyat sayıları ile birlikte çıktı değişkeni olarak kullanıldığı durumda elde edilen Etkinlik 1 değerleri ile toplam gelirlerin arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişkinin varlığı tespit

edilmiştir. Ayrıca ayaktan ve yatan hasta faaliyet gelirleri ile Etkinlik 1 değerleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. 6 Hipotez 1

Hipotez 1) Ha: Hastanelerin etkinlik düzeyleri ile toplam gelirleri arasında pozitif yönlü ilişki vardır.				İstatistiksel Karar
Toplam Gelirler-Etkinlik 1	$r=0,187$	$p=0,179$	$p>0,05$	Red

Tablo3.6’da gösterilen toplam gelirler ile hastanelerin etkinlik düzeyleri arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığını sorgulayan Hipotez 1’e ait Ha hipotezi reddedilmiş, H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3. 7 Hipotez 2

Hipotez 2) Ha: Hastanelerin etkinlik düzeyleri ile ayaktan ve yatan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ilişki vardır.				İstatistiksel Karar
Ayaktan Hasta Faaliyet Gelirleri-Etkinlik 2	$r=0,380$	$p=0,005$	$p<0,01$	Kabul
Yatan Hasta Faaliyet Gelirleri-Etkinlik 2	$r=0,258$	$p=0,062$	$p>0,05$	Red

Tablo 3.7’te görüldüğü üzere Etkinlik 2 değerleri ile ayaktan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ve $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen yatan hasta faaliyet gelirleri ile Etkinlik 2 değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu nedenle VZA ile elde edilen Etkinlik 2 değerleri ile ayaktan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ilişkinin var olduğu kabul edilmiş, ancak yatan hasta faaliyet gelirleri ile Etkinlik 2 değerleri arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığı tezi reddedilmiştir.

Tablo 3. 8 Hipotez 3

Hipotez 3) Ha: Hastanelerin etkinlik düzeyleri ile ayaktan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ilişki vardır.				İstatistiksel Karar
Ayaktan Hasta Faaliyet Gelirleri-Etkinlik 3	$r=0,174$	$p=0,212$	$p>0,05$	Red

Ayaktan faaliyet gelirlerinin muayene ve ameliyat sayıları ile birlikte çıktı değişkeni olarak kullanıldığı durumda elde edilen etkinlik düzeyleri (Etkinlik 3) ile ayaktan hasta faaliyet gelirleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı Tablo 3.5’te görülmektedir. Bu bağlamda Tablo 3.8’de belirtilen ayaktan hasta faaliyet gelirlerinin hastanelerin etkinlik düzeyleri ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu tezi reddedilmiştir.

Tablo 3. 9 Hipotez 4

Hipotez 4) Ha: Hastanelerin etkinlik düzeyleri ile yatan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ilişki vardır.				İstatistiksel Karar
Yatan Hasta Faaliyet Gelirleri-Etkinlik 4	$r=0,427$	$p=0,001$	$p<0,01$	Kabul

Yatan hasta faaliyet gelirlerinin çıktı olarak kullanıldığı Etkinlik 4 değerleri ile yatan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ve $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle Tablo 3.9’da görüldüğü üzere hastanelerin etkinlik düzeyleri ile yatan hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ilişkinin varlığı tezi istatistiksel olarak kabul edilmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Geçmişten günümüze değişen ve gelişen sağlık hizmetlerinin sunumundaki anlayış kendisi ile birlikte hastanecilik işletmelerinde önemli değişim ve gelişime zemin hazırlamıştır. Hasta (müşteri) memnuniyeti odaklı politikalar ışığında esas alınan rekabet edilebilir şartlarda kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu şekillenmeye başlamıştır. Teknoloji yoğun işletmeler halinde faaliyetlerini sürdürmek durumunda kalan hastane işletmeleri bu pahalı altyapı yatırımlarının yanında yeterli sayıda ve nitelikte insan gücü istihdam etmek durumundadır. Personel giderlerinin sağlık işletmelerinin harcama kalemlerinin en önemlisi olduğu açıktır. Temelde doğası gereği kazançtan ziyade insana hizmet odaklı işletmeler olmalarına rağmen varlıklarının devamı mevcut kaynak ve kapasite imkânlarını en etkin şekilde kullanmaya bağlıdır. Hekim, ebe, hemşire, teknisyen, idari hizmetler personeli, bilgi işlem personeli, danışman, portör, yatak sayısı, her türlü gider gibi kaynak durumunda olan girdiler ile hastane idarelerinin sunulan hizmetleri aksatmadan, sürdürebilmeleri beklenir. Kullanılan bu her türlü kaynak ile verilen hizmetlerin karşılığında hastanelerin etkin olarak çalışabildiklerini söyleyebilmek için, muayene edilen hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayı ve gelirleri, ayakta ve yatan hasta faaliyet gelirleri, radyoloji gelirleri, laboratuvar gelirleri gibi çıktı sayılabilecek unsurların hastane işletmesinin finansal sürdürülebilirliğini sağlar nitelikte olması gerekmektedir. Aksi durumda kaynak ve kapasite unsurlarının yeterli ve etkin kullanılmadığı durumlarda kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değildir. En büyük geri ödeme kurumlarının uygulamalarının en büyük sağlık hizmet sunucusu durumunda olan devletin politikaları ile her an değişebildiği Türkiye’de kaynakların etkin verimli kullanılması hem kamu hem de özel sektör yönetimleri için gerekli bir şarttır.

VZA yöntemi kullanılarak elde edilen etkinlik sonuçlarına göre ayakta ve yatan hasta faaliyet gelirlerinin hastanelerin etkinlik değerleri üzerinde farklı sonuçlara neden olduğu görülmektedir. Çalışma kapsamında dört farklı etkinlik sonucu elde edilmiştir. Bu etkinlikler hesaplanırken yatak sayısı uzman hekim sayısı, ebe ve hemşire sayısı ile toplam giderler girdi olarak kullanılmıştır. Çıktı değişkenleri dört farklı şekilde oluşturularak sonuçların arasındaki farklılıklar analiz edilmiştir. Bu bağlamda çalışmada analize tabi tutulan hastanelerin sayıca en çok etkin olduğu görülen çıktı değişkenler grubunda muayene sayısı ve ameliyat sayısının yanında ayakta ve yatan hasta sayılarının iki ayrı çıktı değişkeni olarak kullanıldığı analiz (Etkinlik 2) olmuştur. Yapılan VZA’ya göre ayakta ve yatan hasta faaliyetlerinin birlikte etkinlik değerlerine en çok katkı sağladığı görülmektedir. Bu şekilde 53 hastanenin 24 (%45) tanesi etkin olarak ortaya çıkmıştır. İkinci olarak ise yatan hasta faaliyetlerinin çıktı olarak kullanıldığı VZA’da 21 (%40) adet hastane etkin çıkmıştır. Üçüncü olarak toplam gelirlerin çıktı olarak kullanıldığı durumda 14 (%26) hastanenin, dördüncü olarak ise ayakta hasta faaliyet gelirlerinin çıktı olarak kullanıldığı VZA’da sadece 8 (%15) hastanenin etkin olduğu tespit edilmiştir. Yukarıda belirtilen etkin hastane sayıları ve faaliyet gelirleri ilişkisinin haricinde toplam gelirler ile elde edilen etkinlik değerleri ile toplam gelirler arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı; ayakta ve yatan hasta faaliyetlerinin kullanıldığı etkinlik hesaplamasında elde edilen etkinlik düzeyleri ile ayakta hasta faaliyet gelirleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu ancak yatan hasta faaliyet gelirleri ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı; ayakta faaliyet gelirlerinin tek başına çıktı değişkenlerinin arasına katılarak elde edilen etkinlik düzeyleri ile ayakta faaliyet gelirleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı; yatan hasta faaliyet gelirlerinin kullanıldığı VZA’da ise etkinlik skorları ile yatan faaliyet gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Veri zarflama analizi çalışmalarında seçilen değişkenler ve değişken

sayıları elde edilen etkinlik değerlerini değiştirebilmektedir. Bu çalışmada da görülen bu durum ayaktan ve yatan hasta faaliyet gelirlerinin ayrı ayrı kullanıldığı durum ile birlikte kullanıldığı durumlarda farklı etkinlik sonuçları ve korelasyonlar ortaya çıkartmıştır. Bu durumla ilgili çalışmanın en çarpıcı örneği Etkinlik 2 de sadece ayaktan hasta faaliyet gelirlerinin etkinlik değerleri ile anlamlı ilişkisi tespit edilirken, Etkinlik 3’te ayaktan hasta faaliyet gelirleri ile etkinlik değerleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak Etkinlik 4’te 2’den 3’ten farklı olarak yatan hasta faaliyet gelirleri ile etkinlik skorları arasında pozitif yönlü, güçlü ve anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır.

Kaynaklar

- 1.ARAL, Cem Suat (2001), *Performans Ölçümü: Performans Denetimlerinde Araştırılması Gerekenler*, Sayıştay Başkanlığı Yayınları, Ankara
- 2.TAKAN, Mehmet (2002), *Bankacılık Teori Uygulama ve Yönetim*, Nobel Yayınları, 2. Baskı, İstanbul
- 3.YOLALAN, Reha (1993), *İşletmeler Arası Göreli Etkinlik Ölçümü*, MPM Yayınları, No:483, Ankara
- 4.ALTAY, Asuman (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64 (Ocak-Mart 2007), s.33-58
- 5.BOUSOFFIANE, A., R. Dyson ve E. Rhodes (1995), *Applied Data Envelopment Analysis*, *European Journal of Operational Research*, Vol.2 , N.6, s. 1-15
- 6.BANKER, Rajiv D., R.F. Conrad ve R.P. Strauss (1986), A Comparative Application of DEA and Translog Methods: An Illustrative Study of Hospital Production, *Management Science*, Cilt 32, Sayı 1, s. 30-44
- 7.BANKER, Rajiv D. ve R.C. Morey (1986), The Use of Categorical Variables in Data Envelopment Analysis, *Management Science*, 32, s.1613-1627
- 8.CİNGİ, Selçuk ve Armağan Tarım (2000), Türk bankacılık sisteminde performans ölçümü: DEA-Malmqoist TFP endeksi uygulaması, *H.Ü. İİBF Dergisi*, 18, s.17-34
- 9.CHILINGERIAN, J. ve H.D. Sherman (1994), “Evaluating and Marketing Efficiency Physicians Toward Compatitive Advantage”, *Health Care Strategic Management*, 12, s.16-19
- 10.GROSKOFF, S. ve V. VALDMANIS (1987), Measuring Hospital Performance a Nonparametric Approach, *Journal of Health Economics*, s. 89-107
- 11.GÜRAN, Mehmet Cahit ve Selçuk Cingi (2002), Devletin Ekonomik Müdahalelerinin Etkinliği, *Akdeniz İİBF Dergisi*, Sayı 3, s. 56-89
- 12.GÜLCÜ, A., A. Coşkun, C. Yeşilyurt , S. Coşkun ve T. Esener (2004), Cumhuriyet Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi'nin Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Göreceli Etkinlik Analizi, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt.5, Sayı. 2, s.1-14
- 13.HARRIS, J., H. Özgen, ve Y.A. Ozean (2000), Do Mergers Enhance The Performance of Hospital Efficiency, *Journal of the Operational Research Society*, Cilt 51, Sayı 7, s 801-811
- 14.KÖK, Recep ve Ertuğrul Deliktaş (2003), Endüstri İktisadında Verimlilik Ölçme ve Strateji Geliştirme Teknikleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Yayını*, İzmir

- 15.SHERMAN, H. David ve F. Gold (1985), Bank Branch Operating Efficiency, *Journal of Banking and Finance*, 9, s.297-315
- 16.ŞAHİN, İsmet ve H. Özgen (2000), Sağlık Bakanlığı İl Devlet Hastanelerinin Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 5, Sayı 3, s. 41-61
- 17.ÖZCAN, Yasar A. ve Michael J. Mc Cue (1996), Development of a Financial Performance index for Dospitals: DEA Approach”, *Journal of the Operational Research Society*, Cilt 47, Sayı, s. 18-26
- 18.ÖZSEVER, Ç., T. Gençoğlu ve N. Erginel (2009), İşgücü Verimlilik Takibi İçin Sistem Tasarımı Ve Karar Destek Modelinin Geliştirilmesi, *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, Sayı 18, s.45-58
- 19.ŞAHİN, İsmet ve Özgen, Hacer, Sağlık Bakanlığı İl Devlet Hastanelerinin Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 3, 2001, s. 44
- 20.BAL, Vedat (2010), Bilgi Sistemlerinin Sağlık İşletmeleri Performansına Etkilerinin Veri Zarflama Analizi İle Ölçümü: Türkiye’deki Devlet Hastanelerinde Bir Araştırma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Isparta

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ÖRGÜTSEL SESSİZLİK KARAŞTIRMASI

Şebnem ASLAN*

Seda İNAN**

ÖZET

Bu araştırma, çalışanın sosyal ve iş hayatından etkilenen ve dolayısıyla örgütsel başarıya etkisi bulunan örgütsel sessizliğine ilişkin sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınması amacıyla geliştirilmiştir.

Çalışma, Konya ilinde bulunan altı büyük hastanedeki 300 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Dyne, Ang ve Botero'nun (2003) altı boyuttan oluşan örgütsel sessizlik soruları kullanılmıştır. Katılımcıların görüşleri altı boyutta incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Sessizlik, Sağlık Çalışanları.

*Doç. Dr. ,Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, sebnemas@hotmail.com

**Arş. Gör. ,Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, seda_inan@outlook.com

THE STUDY OF ORGANIZATIONAL SILENCE AMONG HEALTHCARE EMPLOYEES

ABSTRACT

This study is developed in order to get information from a sample of Health care employees about the subject of employee silince which has an affect on the social and professional life of worker sand which has a positive impact on institutional success.

Working carried out with three hundred Health care employers who worked in six big hospitals in Konya. In this working, it wa sused Dyne, Ang and Botero's (2003) employee silence questions that consist of six dimensions. In this working, it was used Dyne, Ang and Botero's (2003) employee silence questions that consist of six dimensions.

Keywords: *Employee Silence, healthcareemployees.*

1.Giriş

Günümüzde birçok araştırmacı, hiyerarşik yapının alt tabanından gelen bilginin ve farklı bakış açılarının örgütün sürekliliği için oldukça önemli olduğunu ifade etmektedir (Morrison ve Milliken, 2000: 707). Yapılan araştırmalar örgüt içerisinde en doğru verilerin ve bilgilerin en önemli kaynağını çalışanlar olarak göstermektedir. (Calpham ve Cooper, 2005: 307). Örgütün faaliyetlerine en yakın ve stratejik noktalarında bulunan çalışanların sesi örgütün karar veya çıktıları üzerinde katkı sağlayıcı değişimlere yol açabilmektedir. Bu katkı işgören motivasyonunda da oldukça etkili olmaktadır (Mcfarlin ve Sweeney, 1996: 291). İşgörenlerin sessiz kalma davranışı önceleri uyum içinde çalışıldığı şeklinde algılansa da bugün bu sessizliğin bilinçli, kasıtlı olarak gösterilen bir tepki veya geri çekilme olduğu bilinmektedir. İşgörenler konuşmanın olası risklerini değerlendirerek sessiz kalmayı tercih etmekte, yöneticilerin olumsuz geri bildirimine karşı hoşgörülü davranmadıklarını belirtmektedirler (Durak, 2012: 2). Kültürel normlar da işgörenlerin örgütleri hakkındaki görüş ve fikirlerini dile getirmelerini etkileyebilmektedir. Örneğin güç mesafesinin yüksek olduğu kültürlerde, hiyerarşik eşitsizlik söz konusu olduğundan, çatışmadan kaçınmak için sorun ve endişeler açıkça dile getirilmeyebilmektedir (Çakıcı, 2007: 158). Sağlık çalışanlarının kuruma karşı güvensizliği, bahsedilen nitelikleri sekteye uğratmakta ve sessizlik davranışının oluşmasında önemli bir etken olmaktadır (Amah ve Okafor, 2008: 1). Sessizlik, kurumda bir iklim haline geldikçe çalışanlar, fikirlerini ifade edemez, doğruyu söyleyemez duruma gelmekte ya da fikirlerinin önemsenmeyeceğini düşünebilmektedirler. Bu da doğruları bilen ama bunları dile getiremeyen insanların meydana gelmesine sebebiyet vermektedir (Dyne ve Ark., 2003: 1363).

1.1 Örgütsel Sessizlik

Türk Dil Kurumu (2014) sessizliği, gürültü olmama durumu, sükût olarak tanımlamaktadır. Daha önce yapılan araştırmalarda sessizlik konuşmanın olmaması veya açık bir şekilde anlaşılabilir bir davranışın olmayışı olarak tanımlansa da Dyne ve Ark.'na göre sessizlik sesin salt yokluğu olarak düşünülmemelidir (Dyne ve Ark., 2003: 1366). Turandot'un ve Tannen'in vurguladığı gibi, sessizlik ne tam olarak güçsüzlüğün ne de



baskınlığın göstergesidir (Kahveci, 2010: 14). Yani, sessizlik bir itiraz biçimi de olabilir. Sessizlik, amaçlı, kasıtlı, aktif ve bilinçli bir hal de alabilir, bir itiraz şekli de olabilir. Bu da sessizlik halinin kavramsallaştırılmasında ve birçok boyutuyla araştırılmasında oldukça önemli bir nokta teşkil etmektedir (Pinder ve Harlos, 2001: 334). Konu üzerinde yoğun çalışan araştırmacılardan Milliken ve Morrison’a göre sessizlik, hiyerarşik yapı içerisinde bir kişinin imajını, itibarını veya konumunu koruması için kullandığı stratejik bir araçtır (Milliken ve Morrison, 2003: 1565). Perlow ve Williams (2003)’a göre ise sessizlik, alçak gönüllülük, edep, saygı, sağduyu gibi erdemlerle ilişkili, derin kökleşmiş ahlak kurallarına göre ise insanların kendilerini utanç, çatışma ve algılanan diğer tehlikeleri önlemek amacıyla gösterdikleri sessizlik davranışlarıdır (Perlow ve Williams, 2003: 5). Pinder ve Harlos (2001) ise, sessizliği haksızlığa bir tepki olarak ele almış ve işgören sessizliğini, örgütsel durumlara ilişkin konularda, değişimi etkileyebilme/düzeltebilme yeteneğinde olduğu algılanan kişinin, davranışsal, bilişsel ve/veya duygusal değerlendirmeleri hakkındaki gerçek ve samimi düşüncelerini saklaması ve paylaşmamasıdır (Pinder ve Harlos, 2001: 334). Bir başka tanıma göre sessizlik, çalışanların iş ya da örgütleri ile ilgili önemli durumları, konuları ya da olayları paylaşmayarak bilinçli olarak kendilerinde tutmaları ve örgütsel sorunlar hakkında fikir, görüş ve kaygılarını saklama tercihi şeklinde de tanımlanmaktadır (Milliken ve Ark, 2003: 1454; Tangıralla ve Ramanujam, 2008: 41). Ayrıca yapılan çalışmalar göstermektedir ki, çalışanlar konuşmanın herhangi bir fark ortaya çıkarmayacağından, eğer konuşurlarsa üstlerinden negatif bir tepkiyle karşılaşacaklarından korktuklarından, problemlerle karşılaştıklarında kendilerini sessiz davranışı göstermeye zorunlu hissetmektedirler (Morrison ve Milliken, 2003: 706). Bowen ve Blackmon (2003)’a göre bireyler, akranları ya da üstleri tarafından destekleneceğine inanırlarsa örgüt konularıyla ilgili açıkça konuşmaları daha muhtemel olacaktır. Buna inanmadıkları takdirde sessiz kalmayı tercih edeceklerdir (Bowen ve Blackmon, 2003: 1396). Bazı durumlarda sessizlik gizli ve değerli bilgileri saklamak için stratejik ve proaktif bir yaklaşım olarak algılanmalıdır. Bunun yanında çalışanlar herhangi bir karara uyum gösterildiğinin anlaşılması için de sessiz kalabilmektedirler (Panteli ve Fineman, 2005: 348). Çalışanların sessiz kalmadıkları takdirde şikayetçi biri olarak tanınmaları, güvenilirliklerinin ve saygınlıklarının kaybolması ve bu şekilde etiketlenmeleri, daha sonra mevcut örgüt içi ilişkilerinin bozulma korkusu, konuşmanın herhangi bir fark oluşturmayacağına düşünülmesi, cezalandırılma ve dışlanma davranışlarına maruz kalınabilme ihtimali, işin veya kariyer imkanlarının kaybedilmesi gibi durumlar karşılaşacaklarını düşündükleri olumsuzluklardır. Bu sonuçları doğuracak olan sebepler ise düşük pozisyon ve yetki eksikliği, örgütsel yapı, kültür, destek vermeyen yönetici, olumsuz geri bildirim yapılmaması ve oluşan sessizlik iklimi, son olarak da destek vermeyen, teşvik etmeyen yönetici tutumu ve yönetici ile iletişimin kurulamamasıdır (Milliken ve diğerleri, 2003: 1468; Morrison ve Milliken, 2000: 709-718; Durak, 2012: 3).

Morrison ve Milliken (2000) sessizliği, kolektif bir fenomen olarak ele almış ve örgütsel sessizlik kavramını geliştirmişler ve işgörenlerin örgütsel sorunlar hakkında fikir, görüş ve kaygılarını esirgeme tercihinin örgütsel sessizlik adını vermişlerdir (Morrison ve Milliken, 2000: 707). Örgütsel sessizlik çalışanların organizasyonları için herhangi bir katkıda bulunmamalarıyla sonuçlanmaktadır (Bowen ve Blackmon, 2003: 1394). Diğer bir ifade ile örgütsel sessizlik ise bir örgüte mensup olan kişilerin örgüt faaliyetlerinin iyileştirilmesine, aksaklıkların ortaya çıkarılmasına, yeni süreç/ürün/hizmetlerin oluşturulmasına olanak sağlayacak olan düşünce, fikir ve önerilerini dile getirmemeleri olarak ortaya çıkan bir örgütsel davranış olgusudur (Alparslan, 2010: 1). Bu tanımlamalardan hareketle, örgütlerde sessizlik, işgörenlerin iyileşme ve gelişme adına işi veya işyeriyle ilgili teknik ve/veya davranışsal konularla ilgili görüş ve düşüncelerini bilinçli olarak esirgemesi ve sessizleşmesi

şeklinde tanımlanmaktadır (Çakıcı, 2007: 149). Yaygın olmasına rağmen, sessizlik, tatmin olmayan ve iyi muamele görmeyen işgörenlerin ihmal edilen bir tepkisi olarak kalmıştır (Pinder ve Harlos, 2001: 332). Sessizlik olgusuyla direk ilgili iki temel kavramsal çalışmada Morrison ve Milliken, (2000) ile Pinder ve Harlos (2001) ve daha sonraki araştırmalarda yer alan tanımlamalarda genellikle iki ortak vurgunun olduğu görülmektedir: İlki, ‘bilgi ve fikrin kasten esirgenmesi’ ikincisi, ‘örgütsel konu ve sorunlarla’ sınırlı olmasıdır (Çakıcı, 2007: 499). Yapılan araştırma sonuçlarına göre genel olarak örgüt yöneticilerinin karşıt seslere çok fazla toleransı yoktur. Korku ve sindirme kültürünün olduğu bir ortamda çalışanlar sessiz kalmaya mecbur kılınırlar ve kurum politikalarına müdahaleye ve yönetsel yetkilere karşı isteksiz bir tavır sergilerler. Önemli bir paydaş grubu olarak çalışanlar bilirler ki; çoğu zaman fikirleri üst yönetim ile iletişim halinde olamayacaktır. Özellikle kamu örgütlerinde işler, fikirler her zaman üst yönetimin yönetimi ile sınırlı kalmaktadır (Calpham ve Cooper, 2005: 289). İşgören sessizliği veya örgütsel sessizlik tanımlamalarında ve analizinde genellikle son üç fonksiyon üzerinde durulmaktadır ve bu bağlamda sessizlik, aktif, bilinçli, kasıtlı ve amaçlı bir davranış olarak ele alınmaktadır (Çakıcı, 2007: 149). Brinsfield ve Ark.’a göre (2009) örgütsel sessizliğin tarihi süreci üç grupta ele alınabilir. İlk dönem olan başlangıç dönemi 1970’den 1980’li yılların ortasına kadar olan bir dönemi kapsamaktadır ve bu dönemde sessizlik sosyal bilimciler tarafından farklı biçimlerde ele alınmıştır. 1980’li yılların ortasından 2000’li yıllara kadar olan dönem ise ikinci dönem olarak adlandırılmakta ve bu dönemde sessizlik sorun bildirme, şikayetçi olma, örgütsel muhalefet gibi yeni çalışmalarla genişletilmiştir. 21. yüzyıldaki çalışmalardan oluşan üçüncü dönemde ise sessizlik konusu konuşmanın zıddının ötesinde değerlendirilmiştir (Durak, 2012: 46-47).

Dyne ve Arkadaşları kabul edilmiş sessizlik, korunmacı sessizlik ve örgüt yararına sessizlik olmak üzere üç türlü sessizlikten söz etmişlerdir (Dyne ve Ark., 2003: 1362). Kabul Edilmiş Sessizlik (Acquiescent Silence) türü, çalışanların sahip oldukları bilgiyi, fikri ve düşünceyi ilgisizlik veya boyun eğme/kabullenme durumlarından dolayı kimse ile paylaşmama ve bu konularda pasif olma halidir (Pinder ve Harlos, 2001: 349-350). Bu sessizlik durumu; ilgisizliğe, çalışanların iyileştirme ve geliştirme süreçlerine düşünsel anlamda düşük katılımına, mevcut durumun pasif anlamda onaylanıp kabullenildiğine bağlı olarak gelişme göstermektedir. Çalışanın, fikrinin önemsenmeyeceğini ve böylece herhangi bir fark oluşturamayacağını düşünmesi, kişisel olarak kendini yetersiz hissetmesi, davranışlarını ve düşüncelerini işyerinde alınan kararlara ve oluşturulan normlara göre şekillendirmesi ve bunları kabullenmesi kabul edilmiş sessizlik davranışları ve tutumları olarak ifade edilebilir (Dyne ve Ark., 2003: 1366). Korunmacı Sessizlik (Defensive Silence), korkuya bağlı olarak konuşmama ve öneri, fikir ve düşüncelerini dile getirememesi durumunun söz konusu olduğu bir sessizlik türüdür. Çalışanlar kendilerini koruma güdüsüne bağlı olarak yapılan hatalar ve sorunlar ile ilgili gerçekleri saklama eğilimi içine girmektedir (Dyne ve Ark., 2003: 1366). Çalışan herhangi bir kötü haber veya örgüt ile ilgili olumsuz bir veri elde ettiğinde, bu veriyi görmezlikten gelebilmekte veya bilgiyi yanlış aktarabilmektedir (Morrison ve Milliken, 2000: 708). Çalışan, sessiz kalmamak ve ilgili konu üzerinde konuşmak istese bile eğer aynı düzlemdeki iş arkadaşlarının kendini desteklemeyeceklerine inanırsa hatta bu düşünceye, fikre veya bilgiye karşı çıkacaklarını düşünürse, dürüst davranmayarak sessiz kalmayı tercih edebilmektedir (Bowen ve Blackmon, 2003: 1394-1396; Nikolaou ve Ark., 2008: 668; Gephart ve Ark., 2009: 5; Morrison ve Milliken, 2003: 1355). Böylece çalışanların sorunlara karşı yaklaşım ve çözüm önerileri ile ilgili yargılanma korkusu sessizliğe sebep olabilmektedir (Vakola ve Bouradas, 2005: 436).

Örgüt Yararına Sessizlik (ProSocial Silence), korunmacı sessizliğin aksine, olumsuz sunuclarda kişisel korkulardan çok, başkaları için endişelenme güdüsünün var olduğu bir sessizlik türüdür (Dyne ve Ark., 2003: 1368). Örgütsel sessizlik; örgüt içerisindeki çatışmaları azalttığı, örgütte gereksiz ve yoğun bilgi birikimlerini izole ettiği ve işbirliği halinde çalışılan kişilerin bilgileri ile örgütsel bilgilerin gizliliği söz konusu olduğu durumlarda yararlı bir davranış olmaktadır (Tangirala ve Ramanujam, 2008: 37). Çalışanlar işbirliği eğilimi göstererek kişiye ve örgüte ait olan özel bilgileri uygun görülmemeyen kişiler ile paylaşmaz, gizliliği korur ve bunları örgütün yararına saklar. Böyle bir davranış örgütsel vatandaşlık davranışının da bir unsuru olmaktadır. (Dyne ve Ark., 2003: 1368).

1.2. Sessizliğin Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler

Bireyin kendisine güvenmesi veya az güvenmesi konuşmasını veya sessiz kalmasını etkilemektedir. Çalışanın söyleyebileceği herhangi bir şey olsa bile söyledikten sonra kendisine maliyetleri veya faydaları ne olacak diye düşünmektedir (Gephart ve Ark., 2009: 5). Aynı zamanda kişinin tedirgin, sinik ve güvensiz halleri de sessiz kalma davranışları üzerinde etkili olmaktadır (Liu ve Ark., 2009: 1648-1649). Çalışanların mevcut buldukları örgütte veya daha önce çalıştıkları diğer örgütlerde yaşadığı olumsuz tecrübeler veya örgüt içerisinde diğer çalışanlarla karşı karşıya gelmekten, dışlanmaktan, mevcut işini kaybetmek korkusundan dolayı da sessiz kalmayı tercih ediyor olabilirler (Slade, 2008: 60; Perlow ve Williams, 2003: 3). Ryan ve Oestreich'e göre çalışanların örgüt problemleriyle ilgili sessiz kalmalarının ya da gerçek fikirlerini yansıtamamalarının dört sebebi vardır. Birincisi, çalışanların gerçek düşüncelerini ifade ettikleri takdirde tepki almaktan korkmaları, ikincisi, konuşmanın fayda getirmeyeceği düşüncesi, üçüncüsü, çalışanların çatışmaktan kaçınmak istemeleri ve son olarak da diğerleri için sorun çıkararak, huzur bozan kişi olarak bahsedilmek istenmemeleridir (Ryan ve Oestreich, 1991: 415). Çakıcı, sessiz kalınan konuları “etik konular ve sorumluluklar, yönetimle ilgili konular, çalışanların performansı, iyileştirme çabaları, çalışma koşulları ve olanaklar” şeklinde beş grupta incelemiştir (Çakıcı, 2008: 122).

1.3. Örgütsel Sessizliğin Sonuçları

İşgörenlerin, konuşup sorunu yöneticiye götürmemelerinin arkasında zarar görebileceği korkusu vardır (Çakıcı, 2008: 131). Örgütsel sessizlik çalışanların üzerinde aşağılanmış duygusu oluşturmaktadır. Sessizlik iklimi korundukça örgüt içerisindeki olumsuz duyguların gücü artacak abartılı boyutlara erişecektir. Böylece bireyler, tamamen kendini korunmacı ve bencil bir yapıya dönüşeceklerdir. Bu olumsuz tutumlar açığa çıkmadıkça, çıkarılmadıkça örgüt içerisinde her ilişkiye sirayet edebilecektir (Perlow ve Williams, 2003: 3-6). Sessizliğin işgörenler üzerindeki olumsuz etkileri çalışanın işyeriyle ilgili sorun ve endişelerini dile getirmekte güçsüz olduğunu hissetmesi, örgüte bağlılık, aidiyet, güven, takdir ve destek duygusunda azalma, iş doyumunu sağlayamama, işten ayrılma isteği şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bildiği ve iyi olduğu konularda sessiz kalmak ve bu yüzden içine düştüğü çelişki hali çalışanları oldukça rahatsız etmekte, acizlik duygusu yaşamalarına ve kendilerini değersiz hissetmelerine neden olabilmektedir (Çakıcı, 2008: 119). Örgütsel sessizlik bilişsel uyumsuzluğun artmasına sebep olmaktadır. Yani, kişinin inandığı ile davranışı arasındaki uyumsuzluğun ortaya çıkması, kendini ifade etmektен vazgeçirici bir tutum oluşturmaktadır. Örneğin çalışan, yöneticinin herhangi bir konu ile ilgili görüşüne katılmasa da bu görüşün davranışını sergilenmek durumunda kalabilir. Bu uyumsuzluk işgörenlerde iş ile ilgili

bocalamalara ve kaygıların artmasına sebep olmaktadır. Örgütsel sessizlik devam ettikçe uyumsuzluğu ortadan kaldırmak veya azaltmak zordur (Ehtiyar ve Yanardağ, 2008: 58-59).

Morrison ve Milliken, teorik olarak yaptıkları çalışmada, sessizliğin, örgütsel değişim ve gelişimi engelleyeceğini, eğer çalışanın sessiz kalmasının nedeni düşüncelerine değer verilmemesi ise bu durumun çalışanın örgüte bağlılığını ve güvenini olumsuz etkileyeceğini belirtmiştir (Morrison ve Milliken, 2000: 718-721). Örgütlerde stratejik bir aktivite olan önemli hususlarda karar verme durumu da sessizlik ikliminden dolayı olumsuz etkilenecektir. Aynı zamanda çalışanların sessiz kalmaları ile hataların tespiti, dile getirilmesi, yanlış işleyen süreçlerin düzeltilmesi çok daha zor olacaktır (Milliken ve Ark., 2003: 1453-1454). Konuşmaya karşı bu isteksizlik, örgütsel anlamda yanlış kararların verilmesine sebep olabilmekte, bunun yanında çalışanların güvenini, moralini, örgütsel bağlılığını, iş tatminini ve örgütsel fonksiyonları ile ilgili yetenek ve gelişimini olumsuz etkilemekte, örgütsel süreçlerin yeniliğini ve iyileştirilmesini engellemektedir (Milliken ve Ark., 2003: 1453-1454). Örgütsel sessizlik, örgüt faaliyetlerinde meydana gelen eksiklik ve hataların tespit ve yok edilmesinde sağlıklı geribildirim sisteminin oluşmasını olumsuz etkileyecektir. Geri bildirim sistemine sahip olmayan kuruluşlarda hatalar kalıcı bir işleyiş halini almakta ve daha da yoğunlaşmaktadır (Milliken ve Morrison, 2003: 1565-1566). Örgütün gelecekteki etkinliği için üst yönetimin işlerin nasıl gittiğini veya gitmediğini görmesi gerekmektedir. Yukarıya doğru iletişimde, çalışan olumsuz ve eleştirici olarak algılanabileceğini düşündüğü için bazı bilgiler eksik veya yapısı bozulmuş olarak iletilebilir veya hiç iletilmeyebilir. Astlardan gelen yanlış bilgi veya gelmeyen bilgi alınan kararların hatalı olmasına sebep olacaktır (Milliken ve Morrison, 2003: 1564). Örgütsel sessizlik, değişim ve gelişim için tehlikeli olabilecek bir engel olduğunu ve bir organizasyon için çalışanlar arasındaki farklılıkları yansıtan, farklı bakış açılarını ve fikirleri ifade etmeye izin veren çoğulcu kuruluşların gelişimi için önemli bir engel teşkil eden bir olgudur (Morrison ve Milliken, 2000: 707). Çünkü sessiz bir yapıda fikri zenginlik ve ortak akıldan yararlanma imkansızlaşacak ve performans ve verimlilik gibi örgütün temel göstergeleri zarar görecektir (Perlow ve Williams, 2003: 3-6).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma, Konya ilinde yer alan altı büyük hastanedeki 300 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu, evli (%50), önlisans (%50.3) ve lisans (%25) düzeyinde eğitim almış, hemşire (%37.7) ve idari personel (%13.3) hekim (%6.7) ve kadın (%61.3) çalışandır oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların ortalama 31.53 yaşında, 6.09 yıl kurumda çalışma yılına sahip oldukları anlaşılmıştır.

2.2. Araştırmanın Soruları

Örgütsel Sessizlik Soruları: Dyne, Ang ve Botero'nun (2003) örgütsel sessizlik soruları kullanılmıştır. Altı alt boyuttan 5'er sorudan oluşan soru kullanılmıştır. Soruların alt boyutları; Uysal sessizlik (Acquiescent Silence), Uysal Sesslilik (Acquiescent Voice), Savunmacı sessizlik (Defensive Silence), Savunmacı sesslilik (Defensive Voice), Olumlu Sosyal Sessizlik (ProSocial Silence), Olumlu sosyal sesslilik (ProSocial Voice) olarak sınıflandırılmıştır. 5'li Likert tarzında (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirilmiştir.

3.Bulgular

Tablo 1. Örgütsel Sessizlik-Uysal sessizlik Konusunda Katılımcı Görüşleri

Uysal sessizlik (Acquiescent Silence) Sorular	Kesinlikle Katılıyorum (Frekans), Yüzde	Katılıyorum (Frekans), Yüzde	Kararsızım (Frekans), Yüzde	Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Kesinlikle Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Arit. Ort	Std. Sap.
1.Bu çalışan, değişim için olan önerileri açıkça konuşmakta isteksizdir, çünkü bağlantısını kesmiş durumdadır.	30 (%10)	57 (%19)	58 (%19.3)	75 (%25)	80 (%26.7)	3.39	1.32
2.Bu çalışan pasif olarak istifa üzerine olan fikirleri saklamaktadır.	19 (%6.3)	55 (%18.3)	70 (%23.3)	73 (%24.3)	83 (%27.8)	3.49	1.24
3.Bu çalışan sorunlara yönelik olan çözümleri kendine saklamaktadır.	24 (%8)	46 (%15.3)	61 (%20.3)	90 (%30)	79 (%26.4)	3.51	1.25
4.Bu çalışan, kendisinin gelişimi için bazı fikirleri saklamaktadır çünkü bu çalışanın bir farklılık yaratmak için öz yeterliliği düşüktür.	16 (%5.3)	39 (%13)	54 (%18)	89 (%29.7)	102 (%34)	3.74	1.20
5.Bu çalışan bağlantısı kestiğinden dolayı işinin daha iyi nasıl geliştirilebileceği hakkında fikirleri saklamaktadır.	18 (%6)	49 (%16.3)	61 (%20.3)	93 (%31)	79 (%26.4)	3.55	1.21

Tablo 1’de görüldüğü gibi, katılımcılara uysal sessizlik boyutuyla ilgili 5 soru sorulmuştur. Katılımcıların değişime ilişkin paylaşıma açıklık konusunda büyük çoğunluk (%51,7) paylaşıma açık olduğu görüşündedir. Yine aynı çoğunlukta (%52) katılımcı istifa ile ilgili fikirlerini saklı tutmamaktadır. Katılımcıların %56.3’ü ise sorunlara yönelik çözümleri kendine saklamadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %63.7’si öz yeterliliğinin düşük olması sebebiyle fikirlerini sakladıkları sorusuna katılmamaktadır. %60.3’ü ise işin daha iyi nasıl yapılacağı hakkındaki fikirleri saklı tutmamaktadır.

Tablo 2. Örgütsel Sessizlik-Uysal Sesslilik Konusunda Katılımcı Görüşleri

Uysal Sesslilik (Acquiescent Voice) Sorular	Kesinlikle Katılıyorum (Frekans), Yüzde	Katılıyorum (Frekans), Yüzde	Kararsızım (Frekans), Yüzde	Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Kesinlikle Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Arit. Ort	Std. Sap.
6. Bu çalışan pasif olarak diğerlerinin fikirlerini destekler çünkü bağlantısını kesmiş durumdadır.	20 (%6.7)	41 (%13.7)	66 (%22)	89 (%29.6)	84 (%28)	3.59	1.21
7. Bu çalışan pasif olarak uzlaşma göstermekte ve nadiren yeni fikirler öne sürmektedir.	13 (%4.4)	60 (%20)	64 (%21.3)	97 (%32.3)	66 (%22)	3.48	1.16
8. Bu çalışan istifa üzerine olan hususlarda grupta hemfikir olmakta ve grupta birlikte hareket etmektedir.	18 (%6)	63 (%21)	84 (%28)	72 (%24)	63 (%21)	3.33	1.19
9. Bu çalışan, sadece önerilerde bulunmak için düşük öz yeterliliği olan gruba katılım göstermektedir.	19 (%6.3)	48 (%16)	71 (%23.7)	92 (%30.7)	70 (%23.3)	3.49	1.19
10. Bu çalışan pasif olarak sorunlara yönelik çözümler hakkında diğerlerine katılım sağlamaktadır	20 (%6.7)	69 (%23)	74 (%24.7)	83 (%27.6)	54 (%18)	3.27	1.19

Tablo 2’de görüldüğü gibi, uysal sesslilik boyutuyla ilgili katılımcılara 5 soru sorulmuştur. Katılımcıların %57.7’si pasif olarak diğerlerinin fikirlerini destekler sorusuna katılmamıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%54.3) pasif olarak uzlaşma göstermekte ve nadiren yeni fikirler öne sürmektedir sorusuna katılmamaktadır. %28’i ise çalışan istifa üzerine olan hususlarda grupta hemfikir olmakta ve grupta birlikte hareket etmektedir sorusunda kararsız kalmışlardır. Katılımcıların %54’ü, sadece önerilerde bulunmak için düşük öz yeterliliği olan gruba katılım göstermektedir sorusuna katılmamakta ve benzer şekilde %45.7’si de, pasif olarak sorunlara yönelik çözümler hakkında diğerlerine katılım sağlamaktadır sorusuna katılmamaktadır.

Tablo 3. Örgütsel Sessizlik-Savunmacı Sessizlik Konusunda Katılımcı Görüşleri

Savunmacı sessizlik (Defensive Silence) Sorular	Kesinlikle Katılıyorum (Frekans), Yüzde	Katılıyorum (Frekans), Yüzde	Kararsızım (Frekans), Yüzde	Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Kesinlikle Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Arit. Ort	Std. Sap.
11. Bu çalışan, korku nedeniyle değişim için öneride bulunmamakta ve konuşmamaktadır.	15 (%5)	45 (%15)	74 (%24.7)	89 (%29.7)	77 (%25.6)	3.56	1.16
12. Bu çalışan, korku yüzünden konuyla ilgili bilgileri saklamaktadır.	13 (%4.3)	43 (%14.3)	87 (%29)	80 (%26.7)	77 (%25.7)	3.55	1.14
13. Bu çalışan kendini korumak için ilgili olayların dışında kalmaktadır.	15 (%5)	58 (%19.3)	83 (%27.7)	78 (%26)	66 (%22)	3.41	1.17
14. Bu çalışan kendi kendini koruma nedeniyle gelişimler için fikirler ifade etmekten kaçınmaktadır.	19 (%6.3)	49 (%16.3)	71 (%23.7)	92 (%30.7)	69 (%23)	3.48	1.19
15. Bu çalışan sorunlara yönelik kendi çözümlerini saklamaktadır çünkü çalışan korkuyla motive edilmektedir.	21 (%7)	40 (%13.3)	80 (%26.7)	77 (%25.7)	82 (%27.3)	3.53	1.22

Tablo 3’de katılımcılara savunmacı sessizlik boyutuyla ilgili 5 sorusu sorulmuş ve katılımcıların %55.4’ü korku nedeniyle değişim için öneride bulunmamakta ve konuşmamaktadır sorusuna katılmamaktadır. Katılımcıların %29’u, korku yüzünden konuyla ilgili bilgileri saklamaktadır sorusunda kararsız kalmışlardır. Benzer şekilde %27.7’si de kendini korumak için ilgili olayların dışında kalmaktadır sorusunda kararsız kalmışlardır. Katılımcıların %53.7’si kendini koruma nedeniyle gelişimler için fikirler ifade etmekten kaçınmaktadır sorusuna katılmamaktadır. %53’ü ise sorunlara yönelik kendi çözümlerini saklamaktadır çünkü çalışan korkuyla motive edilmektedir sorusuna katılmamaktadır.

Tablo 4. Örgütsel Sessizlik-Savunmacı Seslilik Konusunda Katılımcı Görüşleri

Savunmacı (Defensive Voice) Sorular	seslilik	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum (Frekans), Yüzde	Kararsızım (Frekans), Yüzde	Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Kesinlikle Katılmıyorum (Frekans), Yüzde	Arit. Ort	Std. Sap.
16. Bu çalışan korku nedeniyle grubun kararından daha fazlasını ifade etmemektedir.		20 (%6.7)	37 (%12.3)	90 (%30)	84 (%28)	69 (%23)	3.48	1.16
17. Bu çalışan korkusundan dolayı dikkati diğerlerine çeviren fikirleri ifade etmemektedir.		14 (%4.7)	40 (%13.3)	81 (%27)	91 (%30.3)	74 (%24.7)	3.57	1.13
18. Bu çalışan, kendini korumak için diğerleri üzerinde odaklanan tartışmalara yönelik açıklamaları desteklememektedir.		13 (%4.3)	49 (%16.3)	84 (%28)	91 (%30.4)	63 (%21)	3.47	1.12
19. Bu çalışan kendini koruma nedeniyle grubu destekler ve grupla iletişim kurar.		26 (%8.7)	59 (%19.7)	95 (%31.7)	74 (%24.7)	46 (%15.2)	3.18	1.17
20. Bu çalışan korkuyla motive olduğundan dolayı sıklıkla gruba katıldığını ifade etmemektedir.		26 (%8.7)	58 (%19.3)	87 (%29)	78 (%26)	51 (%17)	3.23	1.19

Savunmacı seslilik boyutuyla ilgili soruların 5 soruya verilen cevaplar tablo 4’de görüldüğü gibidir. Katılımcıların %30’u korku nedeniyle grubun kararından daha fazlasını ifade etmemektedir sorusunda kararsızdır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%55) ise korkusundan dolayı dikkati diğerlerine çeviren fikirleri ifade etmemektedir sorusuna katılmamaktadır. Benzer şekilde %51.3’ü kendini korumak için diğerleri üzerinde odaklanan tartışmalara yönelik açıklamaları desteklememektedir sorusuna katılmamaktadır. Katılımcıların %31.7’si ise kendini koruma nedeniyle grubu destekler ve grupla iletişim kurar sorusunda kararsız kalmışlardır. %29’u da korkuyla motive olduğundan dolayı sıklıkla gruba katıldığını ifade etmemektedir sorusunda kararsız kalmışlardır.

Tablo 5. Örgütsel Sessizlik-Olumlu Sosyal Sessizlik Konusunda Katılımcı Görüşleri

Olumlu Sosyal Sessizlik (ProSocial Silence) Sorular	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Arit. Ort	Std. Sap.
		(Frekans),	(Frekans),	(Frekans),			
		Yüzde	Yüzde	Yüzde			
		(Frekans),	(Frekans),	(Frekans),			
21. Bu çalışan işbirliği nedeniyle gizli bilgileri saklamaktadır.	43 (%14.3)	64 (%21.3)	70 (%23.4)	72 (%24)	51 (%17)	3.08	1.30
22. Bu çalışan örgütün çıkarını korumak için kişiye özel bilgileri saklamaktadır.	46 (%15.3)	83 (%27.7)	64 (%21.3)	65 (%21.7)	42 (%14)	2.91	1.29
23. Bu çalışan, örgüt sırlarını anlatması için diğerlerinden gelen baskılara karşı koymaktadır.	41 (%13.7)	76 (%25.2)	74 (%24.7)	65 (%21.7)	44 (%14.7)	2.98	1.68
24. Bu çalışan, örgüte zarar verebilecek bilgileri açıklamayı reddetmektedir.	76 (%25.2)	86 (%28.6)	52 (%17.6)	44 (%14.6)	42 (%14)	2.63	1.37
25. Bu çalışan örgüt için ilgi alanına giren gizli örgütsel bilgileri gereğine uygun olarak korumaktadır.	72 (%24)	111 (%37)	47 (%15.7)	41 (%13.7)	29 (%9.7)	2.48	1.26

Tablo 5’de görüldüğü gibi olumlu sosyal sessizlik boyutuyla ilgili katılımcılara 5 soru sorulmuştur. Katılımcıların %23.3’ü işbirliği nedeniyle gizli bilgileri saklamaktadır sorusunda kararsızdır. %43’ü ise örgütün çıkarını korumak için kişiye özel bilgileri saklamaktadır. Benzer şekilde %39’u da örgüt sırlarını anlatması için diğerlerinden gelen baskılara karşı koymaktadır. %54’ü örgüte zarar verebilecek bilgileri açıklamayı reddetmektedir. Katılımcıların %61’i örgüt için ilgi alanına giren gizli örgütsel bilgileri gereğine uygun olarak korumaktadır.

Tablo 6. Örgütsel Sessizlik-Olumlu Sosyal Sessizlik Konusunda Katılımcı Görüşleri

Olumlu sosyal seslilik (ProSocial Voice) Sorular	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Arit. Ort	Std. Sap.
	(Frekans),	(Frekans),	(Frekans),	(Frekans),	(Frekans),		
	Yüzde	Yüzde	Yüzde	Yüzde	Yüzde		
	Yüzde	Yüzde	Yüzde	Yüzde	Yüzde		
26. Bu çalışan örgütün yararını sağlayacak işbirliği ile sorunlara çözümler ifade etmektedir.	62 (%20.7)	107 (%35.7)	76 (%25.3)	34 (%11.3)	21 (%7)	2.48	1.14
27. Bu çalışan örgütü etkileyen konularla ilişkili olarak tavsiyelerde bulunmakta ve geliştirmektedir.	59 (%19.7)	101 (%33.6)	78 (%26)	36 (%12)	26 (%8.7)	2.56	1.18
28. Bu çalışan diğerleri karşı çıksa bile iş konularında kendi fikrini dile getirmektedir.	71 (%23.7)	103 (%34.3)	71 (%23.7)	40 (%13.3)	15 (%5)	2.42	1.13
29. Bu çalışan örgüte yararlı olabilecek yeni projeler için yeni fikirleri açıkça söylemektedir.	72 (%24)	100 (%33.3)	69 (%23)	40 (%13.3)	19 (%6.4)	2.45	1.17
30. Bu çalışan örgüt için yapıcı konularla ilgili olarak değişim için fikirler önermektedir.	73 (%24.3)	89 (%29.7)	72 (%24)	46 (%15.3)	20 (%6.7)	2.50	1.20

Tablo 6’da görüldüğü gibi olumlu sosyal seslilik boyutuyla ilgili katılımcılara 5 soru sorulmuştur. Katılımcıların %56.4’ü örgütün yararını sağlayacak işbirliği ile sorunlara çözümler ifade etmektedir sorusunda kararsızdır.%53.4’üde örgütü etkileyen konularla ilişkili olarak tavsiyelerde bulunmakta ve geliştirmektedir sorusunda kararsızdır. Katılımcıların %58’i diğerleri karşı çıksa bile iş konularında kendi fikrini dile getirmektedir. Benzer şekilde %57.3’ü örgüte yararlı olabilecek yeni projeler için yeni fikirleri açıkça söylemektedir. Katılımcıların %54’ü ise örgüt için yapıcı konularla ilgili olarak değişim için fikirler önermektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Örgütlerin fikirlerini ifade eden ve sessizlik iklimini kıran çalışanlara ihtiyacı vardır. Bunun yanında nitelikli ve değer yaratan çalışanlar da kendini ifade edebilecekleri örgütleri seçme eğilimindedirler. Bu çalışanlar, örgüt yeniliğinin, öğrenmenin ve değişimin kaynağı olarak görülmelidir (Henricksen ve Dayton, 2006: 1539-1540). Yapılan çalışmalara göre çalışan gözlemlendiği sorunları paylaşmamakta ve fikirlerini ifade etmemektedir (Milliken ve Ark., 2003: 1454; Tangirala ve Ramanujam, 2008: 41). Bizim yaptığımız araştırmaya göre ise sağlık çalışanları, sorunlara yönelik olan çözümleri kendine saklamamaktadır.

Yöneticiler bir yandan değişim ve gelişimi hedeflemekte bir yandan da bu değişim ve ilerlemenin çalışanlar vasıtasıyla gerçekleşebileceğini bilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, değişim ve ilerlemenin değişmez parçası ve en önemli unsuru olan çalışanların, görev



yaptıkları örgüt ile ilgili herhangi bir konuda sessiz kalmaması ve fikirlerini açıkça söylemesi çok önemli bir husus haline gelmektedir (Taşkiran, 2010: 98). Yaptığımız çalışmada uysal sessizlik boyutu ile ilgili sonuçlara göre, çalışan paylaşıma ve değişime açık, aynı zamanda çözüme yönelik fikirlerini beyan etmektedir.

Araştırmamızın sonucuna göre sağlık çalışanları, örgütün çıkarlarını korumak amacıyla sessizlik göstermektedir ve örgüte zarar verecek bilgileri saklı tutmaktadır. Bulduğumuz bu sonuç literatürde de benzer sonuçlarla desteklenmektedir. Dyne ve Arkadaşlarına göre çalışan örgüt yararına sessizlik göstermektedir (Dyne ve Ark., 2003: 1368).

Örgütsel sessizlik ikliminin ve bu iklim sonucunda işgörenlerin sessizlik davranışlarının oluşmasında bir diğer önemli etken ise çalışanların olumsuz bir geri bildirim halinde yönetimden korkularıdır (Milliken ve Morrison, 2003: 1565). Yapılan çalışmamızda ise, sağlık çalışanın bulunduğu ortamda var olan korku kültürü sebebiyle sessizlik göstermesi söz konusu değildir.

Kaynaklar

1. Alparslan, A. M., (2010), “Örgütsel Sessizlik İklimi ve İşgören Sessizlik Davranışları Arasındaki Etkileşim: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Öğretim Elemanları Üzerinde Bir Araştırma” Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 3-112.
2. Amah, O., Okafor, C. A., (2008), “Relation Shipamong Silence Climate, Employee Silence Behaviour and Work Attitudes: The Role of Self-Esteem and Locus of Control”, Asian Journal of Scientific Research, 1(1), 1-11.
3. Bowen, F., Blackmon, K., (2003), “Spirals of Silence: The Dynamic Effects of Diversity on Organizational Voice”, Journal of Management Studies, 40(6), 1393-1417.
4. Clapham, S. E., Cooper, R. W., (2005), “Factors of Employees Effective Voice in Corporate Governance”, Journal of Management and Governance, 9(3-4), 287–313.
5. Çakıcı, A., (2007), “Örgütlerde Sessizlik: Sessizliğin Teorik Temelleri ve Dinamikleri”, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1), 145-16.
6. Çakıcı, A., (2008), “Örgütlerde Sessiz Kalınan Konular, Sessizliğin Nedenleri ve Algılanan Sonuçları Üzerine Bir Araştırma”, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17(1), 117-134.
7. Durak, İ., (2012), “Korku Kültürü ve Örgütsel Sessizlik”, Ekin Yayınevi, Bursa.
8. Dyne, L. V., Ang, S., Botero, I. C., (2003), “Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs”, Journal of Management Studies, 40(6), 1359-1392.
9. Ehtiyar, R., Yanardağ, M., (2008), “Organizational Silence: A Survey on Employees Working in Chain Hotel”, Tourism and Hospitality Management, 14(1), 51-68.
10. Gephart, J. J. K., Detert J. R., Treviño, L. K., Edmondson, A. C., (2009), “Silenced by Fear: The Nature, Sources, and Consequences of Fear at Work”, Research in Organizational Behavior, 29, 1-31.
11. Kahveci, G., (2010), “İlköğretim Okullarında Örgütsel Sessizlik ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkiler”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması ve Ekonomisi Anabilim Dalı, 1-114.
12. Liu, D., Wu, J., Ma, J., (2009), “Organizational Silence: A Survey on Employees Working in a Telecommunication Company”, Computers & Industrial Engineering International Conference , 1647-1651.
13. McFarlin, D. B., Sweeney, P. D., (1996), “Does Having a Say Matter Only if You Get Your Way? Instrumental and Value-Expressive Effects of Employee Voice”, Basic and Applied Social Psychology, 8(3), 289-303.
14. Milliken, F. J., Morrison, E. W., (2003), “Shades of Silence: Emerging the Mesand Future Directions for Research on Silence in Organizations” Journal of Management Studies, 40(6), 1563-1568.
15. Milliken, F. J., Morrison, E. W. ve Hewlin , P. F., (2003), “An Exploratory Study of Employee Silence: Issues that Employees don’t Communicate Upward and Why”, Journal of Management Studies, 40 (6), 1453-1476.

- 16.Morrison, E. W., Milliken, F. J., (2003), “Speaking up, Remaining Silent: The Dynamcs of Voice and Silence in Organizations” , Journal of Management Studies, 40(6)1353-1358.
- 17.Morrison, E.W, . Milliken F.J., (2000), “Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World”, The Academy of Management Review, 25 (4): 706-725.
- 18.Nikolaou, I., Vakola, M., Bourantas, D., (2008), “Who Speaks up at Work? Dispositional Influences on Employees’ Voice Behavior”, Personnel Review, 37(6), 666-679.
- 19.Panteli, N., Fineman, S., (2005), “The Sound of Silence: The case of Virtualteam Organising”, Behaviour & Information Technology, 24(5), 347 – 352.
- 20.Perlow, L. A., Williams, S., (2003), “Is Silence Killing Your Company”, Harward Business Review, 3-8.
- 21.Pinder, C.C., Harlos, K. P., (2001), “Employee Silence: Quiescence and Acquiescence as Responses to Perceived in Justice”, Research in Personnel and Human Resources Management, 20,331-369.
- 22.Ryan, K. D., Oestreich, D. K., (1991), ‘Driving Fear out of the Work Place: How too Vercome the in Visible Barrier Stoquality, Productivity and Innovation’, San Francisco: Jossey-Bass., 415-418.
- 23.Slade, M. R., (2008), The Adaptive Nature of Organizational Silence: A Cybernetic Exploration of the Hidden Factory, Yayınlanmış Doktora Tezi, George Washington Üniversitesi.
- 24.Tangirala, S., Ramanujam, R., (2008), “Employee Silence on Critical Work Issues: The Cross Level Effects of Procedural Justice Climate”, Personnel Psychology, 1(61), 37–68.
- 25.Taşkıran, E., (2010), “Liderlik Tarzının Örgütsel Sessizlik Üzerindeki Etkisinde Örgütsel Adaletin Rolü ve Bir Araştırma” Yayınlanmış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, 1-221.
- 26.Vakola, M., Bouradas, D., (2005), “Antecedents and Consequences of Organisational Silence: An Empirical inVestigation”, Employee Relations, 27 (5), 441-458.
- 27.T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu, Büyük Sözlük, www.tdk.gov.tr, Erişim Tarihi: 05.05.2014.

KAMU HASTANELERİNDE MEVZUAT VE UYGULAMA AÇISINDAN FATURALAMAYA YÖNELİK KAYITLAMA VE DENETİM SÜREÇLERİNİN İLİŞKİSİ

Ferhat SAYIM*

Yıldırım TEMİR**

ÖZET

Bu çalışmada faturalama için kayıtlama süreçlerinde yaşanan sorunlar ele alınmakta ve bu çerçeveden kamu hastaneleri incelenmektedir. Çalışmada faturalamaya yönelik kayıtlama süreçlerinde yaşanan sorunların ve olası çözüm yollarının tespiti amaçlanmıştır. Çalışma dört bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde denetim kavramı, genel fatura kavramı, faturalamanın usul ve esaslarına ait tanımlara yer verilmektedir. Hastane ve Çalışanlardan elde edilen bilgilerle ,ikinci bölümde kamu hastanelerindeki kayıtlama süreçleri ve bu süreçlerde rol alan birimlerin denetlemeye esas kayıtların tutulması sırasında karşılaştığı sorunlara değinilmektedir. Ayrıca denetim faaliyetinin etkinliğinin önündeki sorunlara ayrı bir başlık açılmakta ve sıralanmaktadır. Dördüncü bölümde ise, denetleme faaliyetleri için tespit edilen sorunlar değerlendirilmeye tabi tutularak bu sorunlar için ifade edilen çözüm önerileri sıralanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Hastaneleri, Faturalama, Fatura Denetimi Saymanlık Birimleri, Hastane Yönetimi,

* Yrd.Doç.Dr., Yalova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü,
f_sayim@hotmail.com

** Dr.Bşhkm Yrd., Yalova Devlet Hastanesi, yildiritemir@gmail.com

THE RELATIONSHIP BETWEEN PROCESSES REGISTRATION AND CONTROL FOR MEDICAL BILLING IN THE PUBLIC HOSPITALS IN TERMS OF LEGISLATION AND PRACTICE

ABSTRACT

In this study, in the process of registering for billing problems are discussed. Public hospitals are examined from this perspective. In this study, the problems in the process of registering for billing and is intended for the detection of possible solutions. The study consists of four sections.

In the first chapter the concept of control, the general concept of the bill, mainly belonging to the invoicing procedures and definitions are given. Research was conducted with information obtained from employees. In the second part, public hospitals have been addressed in the process of registering. The problems faced by the units involved in the process are discussed. In addition, problems that hamper the effectiveness of audit activities are listed. In the fourth chapter, the problems identified for audit activities are evaluated. Solutions for these problems expressed are listed..

Key Words: *Public Hospitals, Billing Services, Accounting Department, Hospital Management*

Giriş

Literatürde denetim kavramı ile ilgili çok çeşitli tanımlara rastlamak mümkündür. Aşağıda bazıları sıralanmıştır.

Denetim; işletmelerin belirli hesap dönemleriyle ilgili bilgilerinin önceden tespit edilmiş ölçülerle doğruluğunu belirlemek üzere, tarafsızlık ilkesine uygun olarak kanıtların toplanması ve toplanan kanıtların değerlendirilerek bir rapor halinde ilgililere sunulması sürecidir (Bakır, 2011, s. 1).

Genel anlamda, denetim; iktisadi faaliyet ve olaylara ilişkin iddiaların, önceden saptanmış ölçütlere uygunluk derecesini araştırmak ve sonuçlarını ilgi duyanlara bildirmek amacıyla tarafsızca kanıt toplayan ve bu kanıtları değerleyen sistematik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Kaval, 2008, s. 3).

Denetim eskiden “murakabe” olarak tanımlanan sözcüğün bugünkü karşılığıdır. İnsanların topluluk halinde yaşamasıyla birlikte doğan bir zorunluluk sonucu gelişmiştir (Güçlü, 2007, s. 1). Denetim kavramını değişik biçimlerde tanımlamak mümkündür. En yaygın kabul gören denetim kavramı: Ekonomik faaliyet ve diğer olaylarla ilgili iddiaların önceden saptanmış ölçütlere uygunluk derecesini araştırmak ve sonuçlarını ilgi duyanlara iletmek amacıyla tarafsızca kanıt toplayan ve bu kanıtları irdeleyip, değerlendiren sonucunu muhataplara bildiren sistematik bir süreçtir (Auditing Concepts Committee: Report: Of the Committee on Basic Auditing. Concepts..1972 ve 1973’ten akt. (Güçlü, 2007, s. 1) ve (Gücenme, 2004, s. 1))

Denetim Kavramları Komitesinin tanımı benzer olarak şu şekilde aktarılabilmektedir. “Denetim, iktisadi faaliyet ve olaylarla ilgili iddiaların önceden saptanmış ölçütlere uygunluk derecesini araştırmak ve sonuçları ilgi duyanlara bildirmek amacıyla tarafsızca kanıt toplayan ve bu kanıtları değerleyen sistematik bir süreçtir” (Güredin, 2010, s. 11) ve (Çaldağ, 2007, s. 37).

Denetim; ekonomik eylemler ve olaylar hakkındaki savlar ile oluşturulmuş kriterler arasındaki uygunluğun derecesini araştırmak için bağımsız bir uzman tarafından bu savlarla ilgili kanıtların nesnel olarak elde edilmesi, değerlendirilmesi ve sonuçların bilgi kullanıcılarına iletilmesi sürecidir (Çömlekçi, Yılcı, Erdoğan, Önce, Kardeş Selimoğlu, & Kaya, 2010, s. 5).

Denetim Çeşitleri

Denetim türleri çeşitli yazarlar tarafından farklı şekillerde sınıflandırmalara tabi tutulmuştur.

Denetim türleri, konusuna ve amacına göre ya da denetçinin niteliğine göre olmak üzere temel olarak iki grup içinde sınıflandırılabilir

Temel ayırım bu şekilde olmasına karşın denetim çalışmaları yapılan denetime göre çeşitli açılardan sınıflandırılabilir. Aşağıda, denetimle ulaşılmak istenen amaca göre, denetimi yapan denetçilere göre ve denetimin uygulandığı zamana göre; denetçi ve işletme arasındaki ilişki düzeyi açısından ya da denetimi yapan denetçinin konumuna göre denetimin türleri çeşitli kaynaklardan birleştirilerek başlıklandırılmaktadır. (Gücenme, 2004, s. 2) (Çömlekçi, Yılcı, Erdoğan, Önce, Kardeş Selimoğlu, & Kaya, 2010, s. 6-8) (Elitaş, 2011, s. 29). (Bakır, 2011, s. 14-17). (Kaval, 2008, s. 9). Bunlar;

Denetimle ulaşılmak istenen amaca göre denetim türleri

1. Mali Tablolar Denetimi ya da Muhasebe Denetimi (Finansal denetim)
2. Uygunluk Denetimi(Biçimsel denetim)
3. Faaliyet (Yönetim) Denetimi(Performans denetimi)

Denetimi yapan denetçiler açısından denetim türleri

1. Kamu denetimi
2. İç denetim
3. Bağımsız denetim

Denetimin uygulanma zamanına göre denetim türleri

1. Devamlı denetim
2. Ara denetim
3. Son denetim

Denetçi ile işletme arasındaki örgütsel ilişki açısından denetim türleri

- Dış Denetim
 - Bağımsız Denetim
 - Kamu Denetimi
- İç Denetimi

Denetimi ayrıca; Örneğin;

a. Denetim elemanları

b. İdari birimler; (muhakkiklik) tarafından yapılan denetim, diye ikiye ayırmak da mümkündür (Güçlü, 2007, s. 4)..

Bu çalışmada bütün denetim sınıflandırmaları ayrı ayrı ele alınmayacak hastane faturalama sisteminde kullanılan temel denetim çerçeveleri ele alınacaktır.

Muhasebe Denetimi

Muhasebe denetimi, bir işletmenin mali tablolarının veya kamuya açıklanacak diğer bilgilerinin, mali tablo düzenleme ve raporlama standartlarına uygunluğu hususunda makul güvence sağlayacak yeterli ve uygun bağımsız denetim kanıtlarının elde edilmesi amacıyla, bağımsız denetim standartlarında öngörülen gerekli tüm bağımsız denetim tekniklerinin uygulanması ve değerlendirilerek rapora bağlanmasıdır. Mali tabloların ve bu tabloların dayanağını oluşturan kayıt, belge ve diğer ipuçları üzerinden yürütülen çalışmalara dayanan ve bulguları denetim raporunda özetleyen sistematik incelemedir (Kaval, 2008, s. 10).

Genel ve temel bir içerik olarak bir tanım yapılmak istendiğinde; “muhasabe denetimi, bir ekonomik birim veya döneme ait bilgilerin önceden saptanarak belirlenmiş olan ölçütlere uygunluk derecesini araştırmak ve bu konuda bir rapor düzenlemek amacıyla bağımsız uzmanlar tarafından yapılan kanıt toplama ve elde edilen kanıtları değerlendirerek bir sonuca ulaşma sürecidir” şeklinde tanımlanabilir (Elitaş, 2011, s. 28).

Belge İncelemesi

Belge incelemesi geleneksel denetim işlemleri içinde en önemli olanıdır. Daha muhasebe kaydına başlanırken yapılacak bir hata ileriye doğru tüm muhasebe kayıtlarına aynı yönde yansır. Önemli olan hataların kaynağında yakalanması ve ileriye yansımalarının önlenmesidir. Bu açıdan belge incelemesi büyük önem taşır. Belge incelemesi iki kısımda düşünülmelidir. Bunlar (1) belge ile defter kayıtları arasında uygunluk sağlanması ve (2) belgelerin şekli ve maddi uygunluklarının araştırılmasıdır (Güredin, 2010, s. 250).

Denetçi, işletmenin günlük defter ve büyük defter gibi kayıt ortamlarında yer alan muhasebe verilerini ve bilgilerini inceleyerek buradan bağlantılı belgelere ulaşır. Bu belgeler denetçi için birer kanıt niteliğindedir. Belgeler iç ve dış belgeler olarak iki ayrımda ele alınabilir. Örneğin bir ücret bordrosu , işletme içi belge, bir satıcı faturası ise işletme dışı belgedir. Kayıtlarda yer alan bir tutarın faturası, bir çek ya da senet, denetçi için çok önemli kanıtlardır (Elitaş, 2011, s. 76).

Fatura Bedelleri ve Denetimi:

Faturadaki bedel, her hastanın tükettiği hizmet miktarı ve kalitelerinden hesaplanır. Hastaneler de sundukları hizmet karşılığı olan faturalarını düzenlerken mevzuata uygun hareket etmek zorundadır.

Kamu hastanelerinde, hizmet bedellerinin belirlenmesinde çoğunlukla Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu etkileşimi ortaya çıkabilmektedir.

Hastane içinde hastanın tüketebileceği hizmetlerin tamamının, önceden belirlenmiş bir fiyatı olduğu durumda, hastanın tükettiği her hizmetin fiyatı faturasına eklenmelidir. Hasta hekimle görüştüğünde, hekimin muayene defterine kaydedilmesiyle birlikte, hastanın faturası açılır. Hasta hekime muayene olduğunda, hasta için bir ödeme tahakkuk eder. Ancak bu ödeme hastadan hemen talep edilmez. Hekim hastayı tetkik için laboratuvara gönderdiğinde, yapılan tetkiklerin her biri için belirli fiyatlardan hasta borçlanmayı sürdürür. Eğer hasta hastanede yatacaksa, yatak ücreti de hastanın hesabına eklenir. Hastanede yemek ücreti,

genellikle yatak ücretine dâhildir. Ancak ilaç ya da tıbbi malzemelerin ücretleri ayrı ayrı hesaba eklenir. Hastanede en önemli ödemeler, ameliyat ve yoğun bakım ücretleridir. Faturadaki bedel, hastanın hastaneden aldığı hizmetlerin bir karşılığıdır. Hastanede oluşan maliyetler ışığında, hastalara sunulan hizmetlerin her biri ücretlendirilir (Kurt, 2008, s. 17)

Süreçler

Hastaneler sundukları hizmet karşılığı olan faturalarını düzenlerken mevzuata uygun hareket etmek zorundadır.

Kamu hastanelerinde faturalama işlemleri son zamanlarda önem kazanmaya başlamıştır, önceleri Döner Sermaye Kanunu (209 Sayılı Kanun) olmasına rağmen hastane giderlerinin karşılanmasında merkezi yönetim (Sağlık Bakanlığı) kamu hastanelerini finanse ediyordu ayrıca ödemeci kurumlarının çok fazla olması ve fatura bedellerinin ödenmesindeki sorunlar nedeniyle fatura miktarları ve içerikleri konusunda yeterli özen gösterilmiyordu. Kamuya ait sağlık hizmet sunucularının (5283 Sayılı Kanun) ve ödemeci kurumlarının (5502 Sayılı Kanun), (5510 Sayılı Kanun) birleştirilmesi sonucu kamu sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri değişmeye başladı. Her ne kadar kamu hastanelerinde gelir tahakkuk birimleri hakkında yasal düzenlemeler (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1983/449 Sayılı Yönetmelik), (SAĞLIK BAKANLIĞI, 2003/69 Sayılı Genelge) olmasına rağmen özellikle 2005 yılından sonra kamu hastanelerinde faturalama hizmetleri ve birimleri önem kazanmaya başladı. Hastaya sunulan hizmetlerin faturalanması işleminin bir süreç olduğu kabul edilirse, bu sürecin kesintiye uğramadan tam ve zamanında uygulanması gerekir. Sürecin tam ve zamanında uygulanması hastane açısından gelir kaybının engellenmesi ve ileriye yönelik planlamasının gerçekçi olmasını sağladığı gibi hasta veya ödemeci birimler açısından aldığı hizmetin bedelinde zarara uğraması engellenmiş olur. Kamu hastanelerinde faturalama süreçlerini inceleme konusunda birçok bakış açısı kullanılabilir.

Bir bakış açısına göre faturalama süreci: SGK Sözleşmeleri ve Faturalandırması./Medula ve fonksiyonları/Sağlık-NET/UBB (Ulusal Bilgi Bankası - HUAP) /Fatura Süreç Yönetimi/Mevcut Durum Analizi/Hastane Yönetimine Raporlama/Durum Değerlendirmesi/Eğitim Süreci/İyileştirme Süreci vb. konuları kapsamaktadır. (Töz, 2008)

Kamu hastanelerinde faturalama (gelir tahakkuk) süreçleri; **(Kayıtlama Süreçleri >Yönetim süreçleri > Denetim S. > Mevzuat > Eğitim > Ödemeci Birimler>Donanım)** şeklindeki bölümlenmede kabul edilebilir. Bu çalışmada üçüncü sıradaki denetim süreçleri incelenmiştir. Aşağıda hastanece hizmetlerin sunulması, faturalanması, ödemeci birimlere teslim edilmesi sürecinde yapılan denetim uygulamaları ve denetim birimleri ele alınmaktadır.

Denetim Süreçleri

Doğru gelir tahakkuku ancak doğru faturalandırma ile mümkündür. Fatura birimi tarafından hastane içi denetimden geçen fatura içeriğine konu evraklar son kez kontrol edilir. Hastanın sevk evrakı, geliş-gidiş tarihleri, kurumu, tedavi olduğu bölüm, fatura eki belgeleri tekrar gözden geçirilir. Sunulan hizmetlerin mevzuata ve etik kurallara uygun olarak kayıtlanması öncelikle hastanelerin iç denetim birimlerince kontrol edilir, ödemeci birimler tarafından da uygunluk kontrolleri yapılan faturalarda hala bir yanlışlık veya yolsuzluk var ise devletin teftiş birimlerince de denetlemeler yapılır.

Kamu hastanelerinde gelir tahakkuk birimlerinin yaptığı işlemler şekil ve mevzuat yönünden öncelikle hastane Başhekimisi tarafından denetlenir. Herhangi bir şikayet durumunda hastane tarafından görevlendirilen muhakkik veya Sağlık Bakanlığı müfettişleri tarafından da incelemeler yapılır. Bunların dışında belirli periyotlarda gelir tahakkuk biriminin iş ve

işlemleri kontrol edilir. Bu kontrolleri hastane bünyesinde bulunan Fatura İnceleme Heyeti, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen rutin teftişlerde Sağlık Bakanlığı Müfettişleri, Sayıştay Denetçileri, SGK'nın Fatura İnceleme Komisyonları tarafından yapılır. Faturalama süreçlerindeki denetleme mekanizmaları;

Hastane Fatura İnceleme Heyeti

Fatura inceleme heyeti tarafından yürütülen bu denetleme hizmetinin uygulanmasında da oldukça zorlu bir süreç izlenmekte, faturalar ciddi bir denetimden geçirilmektedir. Devlet hastanelerinde sunulan hizmetlerin denetimi, en az 3 en fazla 9 uzman hekimden oluşan bir heyet tarafından gerçekleşir.

Heyet Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik çerçevesinde kurularak görev yapar (RESMİ GAZETE, 2006/26166 Sayılı Yönetmelik) İlgili yönetmeliğin 2. Bölümdeki Döner Sermaye Ek Ödemelerinde Uygulanacak Temel Esaslar başlıklı 5. Maddesinin ç bendinde heyetin teşkili ve çalışma usulleri açıklanmıştır.

SGK Fatura İnceleme Komisyonu

SGK tarafından yayınlanan 12.03.2009 tarih ve 3671952 (2009/44) sayılı Fatura Bedellerinin Ödenmesine dair genelgesi ve SGK Başkanlığının 05.04.2010 tarihli olur'u ile uygulamaya konulan incelemelerde standardizasyonu sağlamak üzere rehber niteliğinde hazırlanmış olan “Fatura İnceleme Usul ve Esasları” konulu doküman yayınlanmıştır. Bu işlemlerin yürütülmesi görevi de Fatura inceleme Komisyonuna verilmiştir. İlk fatura inceleme usul ve esasları 19.04.2010 tarihinde yayımlanmış 01.04.2011 tarihinde düzenleme yapılmıştır. Bu doküman faturalama işlemlerinde en önemli dokümanlardan biri olduğu için aşağıda ilk hali ile belirtilmiştir. Yayımdan sonra bir çok değişiklikler ve eklemeler yapılmıştır ve yapılmaya devam edilmektedir. Yine de denetimlerde denetçilerin bilgi, görgü ve iş yapma tekniklerinden arınmış bir denetim yapılmasını sağlamak açısından belli bir standardın oluşması sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Denetleme Kurulu

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Denetleme Kurulu tarafından kamu hastanelerine rutin teftişler için müfettiş görevlendirmesi yapılır. Müfettiş hastanenin gelir tahakkuk biriminde yaptığı inceleme sonucunda “Mali Süreçleri Denetleme Tutanağı” düzenler. Bu tutanakta aşağıdaki bilgilere yer verir.

- SGK tarafından faturalardan yapılan kesintiler incelenerek nedenleri ve çözümüne yönelik çalışma var mı?
- Medula kurulmamış ise gerekçesi nedir? ya da sorumluları hakkında işlem tesis edilmiş mi?
- Cari yıl bütçesi oluşturulurken 2007/ 83 sayılı genelgeye uyulmuş mu?
- Döner sermaye saymanlığı ambar kayıtları ile döner sermaye işletmesi kayıtları arasında uyum var mı?
- Döner sermaye işletmelerinden yapılan ödemeler Muhasebat Genel Müdürlüğünün yazısına uygun mu?

Rutin teftişler dışında şikayet veya yolsuzluk nedeniyle de faturalar incelemeye alınabilir.

Sayıştay Başkanlığı

Sayıştay Başkanlığı tarafından kamum kurum ve kuruluşlarının mali işlemleri rutin olarak denetlenir ve raporlar hazırlanır. Varsa kamu zararlarının tazmini için yasal işlemler yürütülür. Sayıştay başkanlığı sağlık alanında yaptığı incelemeler sonucu çeşitli raporlar da düzenleyebilmektedir. Bu çerçevede 2005 yılında yayınladığı rapor da (SAYIŞTAY, Genel Kurulu 10.3.2005 Tarih ve 5117/1 Sayılı Kararı) sağlık yöneticileri tarafından ele alınabilecektir.

Kamu Hastanesi Örneği

Kamu hastaneleri yatak kapasitelerine, eğitim vermelerine göre sınıflandırılırlar. Kamu hastaneleri öncelikle eğitim araştırma-üniversite hastaneleri ile genel hastaneler olarak iki sınıfa ayrılırlar.

Kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenmiş rollerine göre sınıflandırılmıştır (SAĞLIK BAKANLIĞI, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2009/46143 Sayılı Onay) Bakanlık onayında esas alınan kriterler ve sebepleri belirtilmiştir.

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı hastane rollerine göre aşağıda evren ve örneklem kısmında belirtilen gruba ilişkin kamu hastanelerindeki faturalama süreçleri incelenmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma kamu hastanelerinde faturalama süreçlerinin denetiminde yaşanan sorunları ve çözüm yollarını incelemeyi amaçlamıştır. Bu çerçevede ortaya çıkacak sonuçların yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak, öncelikli sorunların daha bütüncül olarak ortaya konabilmesi ve koordinasyon çalışmalarına katkı sunması de hedeflenmiştir.

Evren ve Örneklem

Bu çalışmada hastane rollerine göre B grubu, SGK sınıflamasına göre ise H4 grubu kamu hastanelerindeki faturalama süreçlerinde denetim unsuru incelenmektedir.

Araştırmanın çalışma evrenini Yalova Devlet Hastanesi ve ilişkide olduğu diğer 3 hastane oluşturmuştur.

Çalışmanın Yöntemi

Çalışmada genel literatür taramasının yanı sıra, kamu hastaneleri için faturalama süreçlerinin denetiminde rol alan birimler –Hastane Fatura İnceleme Heyeti, SGK Fatura İnceleme Komisyonu, Yalova İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Mali Hizmetler Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Denetleme Kurulu, Sayıştay Başkanlığı, konuyla ilgili görevleri ve tabi oldukları mevzuat çerçevesinde incelenmiştir. Ayrıca örnek hastane olarak seçilen kamu hastanesinde bu birimlerde yaşanan uygulama sorunları saha çalışanları ve yöneticileri ile yüz yüze görüşmeler ile tespit edilerek çözüm önerileri getirilmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede faturalama süreçlerinin yöneticisi ve sorumlusu konumundaki Hastane İdari ve Mali İşler Müdürü ve üstte sayılan birimlerde çalışan toplam 20 kişi ile görüşülmüş denetimin gerekliliği, etkinliği, yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri başlıklarında sorular sorulmuştur.

Bulgular

Denetim süreçlerinin ve etkinliğinin hastanelerdeki kayıtlama süreçlerinin etkinliği ile yakından ilintili olduğu tespit edilmiştir. Faturalama süreci; hasta kabul ve bilgi kayıtlaması ile başlayan, her aşamada kayıtlama ve sorgulama ile devam eden, ödemeci kişi ve kurumlara faturanın gönderilmesi ve tahsilatı ile sona eren bir sistem olarak kabul edilebilir. Bu çerçevede denetimi yapılacak bu kayıtlama sürecinin basamakları şu şekilde ifade edilebilir.

Kayıtlama süreçleri

- Müracaat birimlerinde kayıt süreçleri,
- Ayaktan tanı ve tedavi hizmeti sunan birimlerde kayıt süreçleri,
- Yatarak tanı ve tedavi hizmeti sunan birimlerde kayıt süreçleri,
- Hizmetlere ait bilgi ve belgelerin toplanması ve teslimi süreçleri,

Bu kayıt faaliyetlerinin nasıl ve hangi genelgelere göre yürütüldüğü de ayrıca incelenmiş ve raporlanmıştır. Ancak çalışmanın sunumuna ilişkin hacim kısıtlamaları sebebiyle bu birimlerde yaşanan sorunlara odaklanılması ve çalışmaya kayıtlama sürecinde yaşanan sorunlar ve denetim faaliyeti ile ilgili sorunların alınması uygun görülmüştür.

Kayıtlama ile İlgili Sorunlar

Müracaat Birimlerinde Denetime Esas Kayıtlama Sorunları

Poliklinikler, Acil Servis ve Protokol Hastalarının ilk kayıtları aşamasında yaşanan sorunlar sürecin tüm aşamalarını etkilemekte ve sunulan hizmetlerin tamamının faturalanamamasına sebep olmaktadır. Bu aşamadaki sorunlar;

1. Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinde yaşanan aksaklıklar,
2. T.C kimlik numarasının yanlış kaydı,
3. Hastanın kimlik bilgilerinin yanlış kaydı,
4. Hastanın adres ve iletişim bilgilerinin yanlış kayıtlanması,
5. Başkasının kimlik kaydının diğer hastaya kayıtlanması,
6. Hastanın bilerek başkasının kimlik kaydıyla hizmet almaya çalışması,
7. Hastanın kurumunun yanlış kayıtlanması,
8. Ücretli hastaların kurumlu olarak kaydedilmesi,
9. Sevk ve başvuru için gerekli bilgi ve belgelerin alınmaması veya eksik alınması,
10. Hasta belgelerindeki vize tarihlerine dikkat edilmemesi,
11. Kayıt işlemlerinin TC. kimlik no sorgulama ve medula provizyon sorgulaması olmadan yapılması,
12. Taahhütname alınmaması,
13. Adli vaka, trafik kazası , yurt dışı sigortalı hastalarına ait kayıtların ve belgelerin eksik olması,
14. Sağlık kurulu hasta kayıtlarının eksik yapılması,
15. Acil servise müracaatlarda kimlik tespitinin yapılamaması, hastanın kaçması, kimlik bilgilerinin yanlış kaydedilmesi,
16. Protokol hastalarının müracaatlarında talep eden kurumun talep formu ve protokolünün olmaması,
17. Ödeme gücü olmayan hastalara düzenlenen belgelerin eksik olması,
18. Hastanın müracaatında yaşanan sorunla diğer gelişlerinde karşılaşmamak için otomasyon sisteminde gerekli uyarı ve engellemelerin yapılmaması,
19. Yeterli sayı ve nitelikte personelin çalıştırılmaması, olarak sayılabilir.

Ayaktan Tanı Tedavi Hizmeti Sunan Birimlerde Denetime Esas Kayıtlama Sorunları

Poliklinik, acil servis, görüntüleme birimleri, laboratuvarlar, fizik tedavi üniteleri, diyaliz merkezleri, diğer tanı ve tedavi ünitelerinde hastaların kabulü, muayenesi, tetkik ve tedavi işlemlerinin yapılması aşamasında yaşanan sorunlar.

Bu aşamada yaşanan eksiklik sürecin tüm aşamalarını etkilemekte ve sunulan hizmetlerin tamamının faturalanamamasına sebep olmaktadır. Bu aşamadaki sorunlar;

1. Müracaat kaydı olmayan hastanın kabul edilmesi,
2. Kimlik kontrolü yapılmadan hastanın kabul edilmesi,
3. Hastaya ait basılı belgelerin doldurulmaması veya eksik doldurulması,
4. Hastanın muayene bilgilerinin otomasyon sistemine kayıt edilmemesi,
5. Tetkiklerin otomasyon üzerinden eksiksiz istenmemesi,
6. Hastaya ait raporların düzenlenmemesi veya onaylanmaması,
7. SGK' lı hastalara sunulan hizmetlerin SUT kurallarına uygun olarak kaydının yapılmaması,
8. Otomasyon sistemi üzerinden hasta muayene sonlandırmasının yapılmaması,
9. Hastaya sunulan görüntüleme, laboratuvar ve diğer tanı hizmetlerinin kayıt ve raporlamasının eksik yapılması,
10. Yapılmayan hizmetlerin yapılmış gibi kayıtlanması,
11. Polikliniklerde yapılan günübirlik hizmetlerin kaydının yapılmaması ve provizyon alınmaması,
12. Hastaya hastane tarafından kullanılan ilaç ve tıbbi malzemelerin kaydının yapılmaması,
13. Müracaat kaydı yaptığı halde muayene olmayan hastaların kayıtlarının silinmemesi,
14. Başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilen hastanın sevk kaydının yapılmaması,
15. Hastanın muayene olduğu gün yapılamayan tetkiklerinin yapılmış gibi işlem görmesi ve randevu günü müracaatına da yeni muayene gibi işlem yapılması,
16. Hastanın vaka başı veya normal muayene işleminin gerçeğe uygun olmaması,
17. SUT tanıya dayalı veya hizmet başı ödeme kurallarına dikkat edilmemesi,
18. SUT bazı tetkiklerin tekrarlanması için zaman kısıtlaması koyduğu halde bu kısıtlamalara uyulmaması,
19. Hekimlerin performans kaygısıyla fazla veya gereksiz işlem girmesi,
20. Yapılan tetkik ve tedavilerde tanı-tetkik-tedavi uyumu aranmaktadır, bu kurala uyulmaması,
21. Bazı işlemlerin bir günde yapılma sayılarının belli olmasına rağmen bu kurala uyulmaması, olarak sayılabilir.

Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmeti Sunan Birimlerde Denetime Esas Kayıtlama Sorunları

Klinikler ve Yoğun Bakım Üniteleri gibi hastaların yatarak tedavi gördüğü birimlerde sunulan işlemler aşamasında yaşanan sorunlar .

Bu aşamada yaşanan eksiklik sürecin faturalama aşamalarını etkilemekte ve sunulan hizmetlerin bir kısmının faturalanamamasına sebep olmaktadır. Bu aşamadaki sorunlar;

1. Yatış işlemlerinin kayıtlanmaması,
2. Yatış provizyonunun alınmaması,
3. Yatışa esas bilgi ve belgelerin olmaması veya eksik olması,
4. Hastaya sunulan tüm uygulamaların, ilaçların, özellikli malzemelerin, ameliyatların, yoğun bakım vb. hizmetlerin tam ve zamanında kayıtlanamaması,

5. Hastaya rapor, epikriz vb. dokümanların hazırlanmaması veya eksik hazırlanması,
6. Hasta taburcu işlemlerinin tam ve zamanında yapılamaması,
7. Hasta taburcu olduktan sonra hastaya hizmet, ilaç vb. girişi yapılması,
8. SUT tanıya dayalı veya hizmet başı ödeme kurallarına dikkat edilmemesi,
9. SUT’ ta bazı işlemlerin günde belli sayıda faturalanmasına izin verdiği halde fazla sayıda işlem girilmesi,
10. SUT bazı tetkiklerin tekrarlanması için zaman kısıtlaması koyduğu halde bu kısıtlamalara uyulmaması,
11. Çalışanların performans ve ek ödeme kaygısıyla fazla veya gereksiz işlem girmesi,
12. Yapılan tetkik ve tedavilerde tanı-tetkik-tedavi uyumu aranmaktadır, bu kurala uyulmaması,
13. Yapılmayan hizmetlerin yapılmış gibi kayıtlanması,
14. Hastaya sunulan hizmetle fatura içeriğinin uyuşmaması,
15. Hizmet verilmeyen hastalara fatura üretilmesi, olarak sayılabilir.

Denetim Faaliyetinin Yürütülmesine İlişkin Sorunlar

Hastanelerde sağlık hizmeti sunumu, kayıtlanması, denetimi, faturalanması ve tahsilâtı gibi süreçler ile hizmetin personel ve donanım olarak planlanması, yatırıma yönelik tedbirlerin alınması hastane idarecilerinin asli görevleri arasındadır. Bu görevin planlama, uygulama ve denetleme aşamalarında yaşanacak herhangi bir kesinti faturalama süreçlerinde de sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunların bir kısmı kayıtlama sistemleri ve teknik altyapısı ile ilgili olarak “**Kayıtlama Sorunları**” olarak ele alınmaktadır. Bir kısmı alınan politika kararların yerinde olmayışı, bekleneni vermemesi, amaca hizmet edememesi, uygulanabilir olmayışı ya da hedeflenen fayda dışında başka bir takım olumsuzluklara sebep olmaları sebebiyle “**Yönetim Sorunları**” olarak ele alınmaktadır. Bir kısmı ise özellikle aksaklıkların tespiti ve geri bildirimlerin iletilmesi süreçlerinin sağlayacak denetim sistemi eksikliklerinden kaynaklanmakta olup “**Denetim Faaliyeti Sorunları**” olarak ele alınmaktadır.

Yapılan görüşme ve incelenen örnekler çerçevesinde tespit edilen sorunlardan aşağıda sıralananların bu çalışmanın odağı olan “Denetimle İlgili Sorunlar” çerçevesinde ele alınabileceğine dair hastane yöneticileri tarafından görüş beyan edilmiştir.

Hastanede sunulan hizmetlerin başlama ve sona erme anına kadar geçen tüm aşamalarda birim ve hastane genelinde denetimler yapılmalıdır. Yeterli denetim yapılamazsa faturalamada sorunlar yaşanabilir. Hastane çalışanları idari, hukuki ve maddi yaptırım ve cezalarla karşılaşabilir. Bu çerçevede denetimle ilgili yaşanan sorunlar şu üst başlıklarda ifade edilebilmektedir.

1. Hastane içi denetim mekanizmalarının kurulmaması,
2. Hastane içi denetim heyetinde görevlendirilen personelin yetkin olmaması,
3. Hastane içi fatura denetimlerinin tam ve zamanında yapılmaması,
4. Denetim işleminin ikincil görev olarak yapılması,
5. İfade ve kesinti nedenlerine yönelik denetlemelerin yapılmaması,
6. SGK Fatura İnceleme Komisyonu personelinin standart denetim yapmaması,
7. Denetim personelinin bilgi ve önceliklerinin farklı olması,
8. SGK’nın kesinti nedenlerine birkaç örnek olarak şunlar verilebilmektedir;
 - a. Prim günü eksik olan sevkler
 - b. Yüksek tutarlı faturalarda tahsil işlemlerinde açıklama yapılmamışsa
 - c. Tanıya uyumsuz yapılan tetkiklerde

- d. Hasta tabelasında EHU onayı gerektiren ilaçlar onaylanmamışsa kesintiye uğrar
 - e. Human Albümin kullanılmışsa 2.5 altında gösterir belge kupür istenir yoksa kesinti yapılır
 - f. Malzeme ve ilaç raporu ve barkotları olmazsa kesintiye uğrar
9. İl Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliklerinin fatura denetimi ve bütçe uygulamaları konusunda daha etkin çalışma ve koordinasyon faaliyeti yürütmeleri süreci sağlıklı hale getirebilir,
10. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Denetleme Kurulu tarafından yapılan denetimler daha çok şikayet veya yolsuzluk nedeniyle yapıldığından sürecin iyileştirilmesinde faydası tartışılabilir,
11. Sayıştay Başkanlığınca yapılan denetimlerin eğitici olabilmesi için cari yılın denetlenmesi daha faydalı olacaktır. Sayıştay Denetçilerinin yaptığı incelemelerde kamu hastanelerindeki faturalama hatalarından bazıları şu şekilde ifade edilebilir;
- a. Nebulizatör ile ilaç uygulama bedelinin günde bir adetten fazla,
 - b. İntravenöz ilaç infüzyonu bedelinin günde bir adetten fazla,
 - c. Monitorizasyon bedelinin günde bir adetten fazla,
 - d. IM enjeksiyon bedelinin günde üç adetten fazla,
 - e. Damar yolu açılması bedelinin günde bir adetten fazla,
 - f. Yara pansumanı bedelinin günde bir adetten fazla,
 - g. Oksijen inhalasyon işlem bedelinin günde bir adetten fazla faturalandırılması,

Tartışma ve Sonuç

Çalışmada hastanelerde faturalama süreçlerinin denetiminde yaşandığı tespit edilen sorunlara ne tür çözüm önerileri de ifade edildiği araştırılmıştır. Bu çözüm önerilerinden “Denetimle İlgili Sorunlar” la ilgili kurulan öneriler şu şekilde sıralanabilecektir. Görüşülen sağlık kurumu yöneticileri aşağıdaki hususlara dikkat edilmesinin faydalı olacağı yönünde görüş beyan etmiştir.

1. Faturalama süreçlerindeki iş ve işlemleri takip etmek, raporlamak ve düzeltici tedbirleri önermek üzere hastane içi denetim mekanizmaları kurulmalıdır.
2. Denetim heyetinde görevlendirilen personelin tıbbi bilgi yanında idari, mali ve hukuki konularda da eğitime tabi tutulmalıdır.
3. Faturalama süreçleri tam ve zamanında yapılmalı yaşanan aksaklıklar hızlı bir biçimde ilgili, birimlere iletilmelidir.
4. Denetimde görevli personel mümkün olduğu kadar başka görevlerde de çalıştırılmamalıdır.
5. Ödemeci birimler tarafından yapılan iade ve kesinti nedenlerine yönelik denetlemeler yapılmalıdır.
6. SGK Fatura İnceleme Komisyonu inceleme usul ve esasları ile ilgili mevzuat geliştirilmeli ve denetçilerin tek mevzuat üzerinden denetim yapmaları sağlanmalıdır.
7. SGK'nın örneklem üzerinde yaptığı denetimler de yetersiz kalmaktadır. Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler, klasik insan temelli denetim yöntemlerinin yerini, gün geçtikçe daha fazla, otomasyona dayalı gözetim ve denetim sistemlerinin almasına yol açmaktadır. Önceleri insan eliyle yapılan hesaplama ve sorgulamalar yerini, bilişim teknolojileri destekli sistemlere bırakmaya başlamış ve neredeyse düşünüp

karar veren akıllı algoritmalarla artık potansiyel riski algılamaya ve önlemeye yönelik sistemler gündeme gelmiştir Bu nedenle denetim mekanizmalarının her aşamasında bilişim teknolojileri kullanılmalıdır.

8. Medula sistemi hastane otomasyon sistemleriyle entegre edilerek hizmetlerin kayıtlanması aşamasında provizyon kurallarına uygun denetim sağlanmalıdır.
9. İl Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliklerinin fatura denetimi ve bütçe uygulamaları konusunda daha etkin çalışma ve koordinasyon faaliyeti yürütmeleri süreci sağlıklı hale getirebilir,
10. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Denetleme Kurulu tarafından yapılan denetimlerin sadece şikayet veya yolsuzluk nedeniyle olmaması bu gibi durumların yaşanmamasını sağlayacak eğitim programları şeklinde olması sağlanmalıdır.
11. Sayıştay Başkanlığınca yapılan denetimlerden elde edilen sonuçların ve düzeltici görüşlerin yer alacağı raporlar yapılacak eğitim programlarıyla uygulayıcılara duyurulmalıdır.
12. Yapılan denetim ve teftişler sonucunda tespit edilen aksaklık veya yolsuzluk için mutlaka idari ve adli işlemler de yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. BAKIR, Mehmet. (2011). *Denetim ve Meslek Hukuku*. Trabzon: MurarHan Yayınevi.
2. ÇALDAĞ, Yurdakul. (2007). *Denetim ve Raporlama Finansal Tablolar ve Analiz Teknikleri*. Ankara: Gazi Kitabevi.
3. ÇÖMLEKÇİ, Ferruh., Yılcı, M., Erdoğan, N., Önce, S., Kardeş Selimoğlu, S., & Kaya, E. (2010). *Muhasebe Denetimi ve Mali Analiz*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
4. ELİTAŞ, Cemal. (2011). *Muhasebe Denetiminde Çalışma Kağıtları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
5. GÜCENME, Ümit. (2004). *Muhasebe Denetimi*. Bursa: Aktüel.
6. GÜÇLÜ, Faruk. (2007). *Muhasebe Denetimi İlkeler ve Teknikler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
7. GÜREDİN, Ersin. (2010). *Denetim ve Güvence Hizmetleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
8. KAVAL, Hasan. (2008). *Uluslararası Finansal Raporlama Standartları (IFRS/IAS) Uygulama Örnekleri İle Muhasebe Denetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi.
9. KURT, Malik Ejder. (2008, Ocak). Hastanelerde Kullanılan Otomasyon Sistemlerinin Çalışan Memnuniyetine Etkileri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler 10. Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Projesi*. http://kutuphane.ksu.edu.tr/e-tez/sbe/T00830/m.ejder_kurt_tez.pdf.
11. TÖZ, İrfan. (2008). Faturalama Süreci. <http://kisi.deu.edu.tr/irfan.toz/index-4.html>.

**GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÇALIŞANLARININ
PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNE YÖNELİK TUTUM VE
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Taşkın KILIÇ*

Çiğdem TEKTEMUR**

ÖZET

Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında uygulamaya koyulan “performansa göre ek ödeme sistemine karşı Gümüşhane Devlet Hastanesinde çalışan personellerin ilgili tutum ve bakış açılarının belirlenmesine yönelik yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Gümüşhane Devlet Hastanesinde görevli 150 kişi (doktor, yardımcı sağlık personeli, idari personel vb.) oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumlarının/memnuniyetin orta düzeyin biraz üzerinde (%58) olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak; performans sistemine karşı olan tutumların, cinsiyet ve medeni duruma bağlı olarak değişmediği görülürken; unvan farklılığının ve çalışma süresinin bu tutumları etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Performans, Ek Ödeme, Sağlık Kurumlarında Performans

* Yrd.Doç.Dr., Gümüşhane Üniversitesi, SYO, Sağlık Yönetimi Bölümü, taskinkilic79@hotmail.com

** Lisans Öğrencisi, Gümüşhane Üniversitesi, SYO, Sağlık Yönetimi Bölümü

EXAMINE OF HEALTH STAFF PERCEPTIONS TOWARDS BASED ON PERFORMANCE PAYMENTS SYSTEM; A STUDY ON GÜMÜŞHANE PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT

The present study concentrates on to determine towards of attitudes and perspectives related "additional payments system based on performance the implemented in 2004 by the Ministry of Health. A survey employed to gather data from the health organizations' staff in Gümüşhane Public Hospital included; doctors, nurses and other healthcare staff members. Interviews were used, and questionnaires were distributed to a final sample total of 150 respondents. Conducted study reveals an Participating in the study of health workers' attitudes towards performance-based pay system / slightly above the middle level of satisfaction (58%) that have been identified. Additionally; attitude towards the performance system, depending on gender and marital status no any significiant relesionship. On the other side work title and work experience has been concluded that these affect attitudes and perspectives.

Key Words: Performance, Additional Payment, Performance in Healthcare Organizations

1.Giriş

Son yıllarda, sağlık hizmetlerinin performans ve kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar çoğunlukla sağlık sistemlerinin ana işlevi olan hizmetlerin sunumu ve sağlanması üzerinedir. Bu sistemin merkezindeki lokomotif güç ise hiç kuşkusuz sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık personelleridir. Yapılan çalışmalara göre; insan kaynaklarını iyileştirme çalışmalarının, sağlık sistemleri performansını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Mollahalliloğlu ve diğ., 2010, 1)

Sağlık hizmetleri arzını ve kalitesini arttırmak için ülkemizde ve tüm dünyada işletmeler eski sistemlerin çağın ve teknolojinin hızına ayak uydurmadığını görmüş ve performans yönetim sistemlerini geliştirmişlerdir. Ülkemizde bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı yapılandırılmış olup; bu kapsamda iyileştirme, kalite ve verimi arttırmak amacıyla görevli personele döner sermaye gelirinden ek ödeme yapılmasına (Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi) dair yönerge 2004 yılında yürürlüğe girmiştir (kalite.saglik.gov.tr,2014). Bu uygulamayla birlikte, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında performansa göre ödeme sistemine fiili olarak geçilmiştir.

2004 yılında uygulamaya konulan performans sistemi, ilerleyen yıllarda kalite yönetimi ile ilişkilendirilerek dinamik bir yapıya kavuşturulmuştur. Ancak bu yeni sistem, yapısı gereği hem bireysel hem de birim bazında elde edilen gelirleri farklılaştırmıştır. Bu çalışma kapsamında; sağlık personellerinin performansa göre yapılan ödeme sistemine karşı olan tutumları belirlenmeye çalışılacaktır.

1.1.Performans Kavramı

Performans; bir işi yapan bir bireyin, bir grubun, bir birimin ya da işletmenin o işle ilgili amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği, bir başka deyişle neyi sağlayabildiğinin nicel ve nitel olarak ifadesidir (Salt, 2002,3). Başka bir tanımda performans; görev çerçevesinde önceden belirlenen ölçütleri karşılayacak biçimde, görevin yerine

getirilmesi ve amacın gerçekleştirilmesi yönünde ortaya konan mal, hizmet ya da düşüncedir (Pugh, 1991). Performans, genel anlamda amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavram, olarak da tanımlanabilir (Şimşek ve Nursoy, 2002,43). Performans yönetimin amacı, bireylerin ve kurumun geçmişte gösterdiği performansın seviyesini ortaya çıkarmak, geleceğe dönük muhtemel performanslarını da belirleyerek, uygun plan ve kontrolleri yapmaktır.

1.2.Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir (kalite.saglik.gov.tr, 2014). Bu sistemde hekimler *bireysel performans* ve buna ek olarak birimsel/kurumsal performansları oranında ek ödeme alırken; diğer çalışanlar sadece birim ve kurumsal performansa göre ek ödeme almaktadırlar. Bu ödemeler maaşlarının dışında elde ettikleri gelir olarak hey ay yapılmaktadır.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin temel amacı; bireysel performansta elde edilen verilere dayanarak farklılıkları ücretlendirmeye, terfilere, eğitime ve yönetime ait diğer kararlara yansıtarak, sağlık hizmetlerinin miktarını arttırmak, hizmet kalitesini iyileştirmek, hasta memnuniyetini arttırmaktır. Türkiye’de performansa dayalı ek ödeme sisteminin kullanılma amacı çalışanları ödüllendirerek kurumsal ve bireysel başarıyı arttırmaktır (Yüzden, 2013, 18).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, 2004 yılında uygulamaya koyulan performansa göre ücret ödenmesi sisteminin, sağlık personelleri bakış açısıyla değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini Gümüşhane Devlet Hastanesinde görevli 450 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Bu evrenden kolayda örneklem yöntemiyle alınan 150 kişi (doktor, yardımcı sağlık personeli, idari personel vb.) araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada performans sisteminin etkinliğini ölçmek için Memiş (2010) tarafından geliştirilen 16 maddelik anket kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

2.4.Hipotezler

H1. Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.

H2. Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H3. Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları unvanlarına göre farklılık göstermektedir.

H4. Çalışma süresi ile performans sistemine bakış arasında anlamlı ilişki vardır.

3. Bulgular

Bu bölümde verilerden elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuş ve yorumlanmıştır.

3.1. Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	N of Items
,777	13

Yapılan güvenilirlik analizi sonucu; ölçekte yer alan 3 soru yeterli güvenilirlik puanı alamadıkları için ölçekten çıkarılmışlardır. Kalan 13 maddenin yeterli güvenilirlik (.777>0.70) seviyesinde olduğu görülmüştür.

3.2. Demografik Veriler

Tablo 1: Personellerin Sosyo-demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	87	58,0
	Erkek	63	42,0
Medeni Durum	Evli	88	58,7
	Bekâr	62	41,3
Mesleki Deneyim	5 yıl ve altı	98	65,4
	6-10 yıl arası	26	17,3
	11 yıl ve üzeri	26	17,3
Unvan	Hekim	29	19,3
	Yrd.Sağ.Pers.	71	47,3
	Diğer	50	33,3

Demografik veriler tablosunda görüldüğü üzere; ankete katılan personelin, çalışma süresi bakımından en yüksek olarak %65,4 ile 5 yıl ve altı oluşturmaktadır. Unvanların gösterildiği aynı tabloda, ankete katılan sağlık çalışanlarını en yüksek oran %47,3 ile yardımcı personel (hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter vb.) oluşturmaktadır. Aynı tabloya göre; katılımcıların %58,7 sinin evli , %41,3'ünün bekâr; %58'i kadın, %42'si ise erkektir.

3.3.Hipotezlerin Değerlendirilmesi

H1 Hipotezi: “Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.” şeklindeki hipotez, yapılan T Testi sonucu (sig.,517>0,05) **reddedilmiştir**. Bu sonuçtan hareketle “Gümüşhane Devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.” yargısına ulaşılmaktadır.

H2 Hipotezi: “Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.” şeklindeki hipotez yapılan T Testi sonucu (sig.,581>0,05) **reddedilmiştir**. Bu sonuçtan hareketle bu yargının yanlış olduğunu ve medeni durumun bu sisteme yönelik tutumları etkilemediğini söylemek mümkündür.

H3 Hipotezi: “Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumları unvanlarına göre farklılık göstermektedir.” şeklindeki hipotez yapılan Anova Testi sonucu (Sig.0,049<0,05) **kabul edilmiştir**. Bu sonuçtan hareketle Gümüşhane Devlet Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının unvanlarının bu ödeme sistemine yönelik tutumlarının değiştiğini söylemek mümkündür. Buna göre: hekimlerin ortalaması(2,71), yrd.sağ.pers. Orta(3,02) ve diğer personelin ort.(2.84)’tür.

H4. Hipotezi: “Çalışma süresi ile performans sistemine bakış arasında anlamlı ilişki vardır.” Şeklindeki hipoteze yapılan Korelasyon analizi sonucunda **kabul edilmiştir**. Bu sonuca göre çalışma süresi ile performans sistemi arasında anlamlı ancak negatif (sig.0,012/ Pearson Correlation:-,206) bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

		CALSURE	ort
CALSURE	Pearson Correlation	1	-,206*
	Sig. (2-tailed)		,012
	N	150	150
ort	Pearson Correlation	-,206*	1
	Sig. (2-tailed)	,012	
	N	150	150

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.4.En Çok ve En az Katılım Gösterilen İfadeler: Ankette Beşli Likert şeklinde (Kesinlikle Katılmıyorum 1, - Kesinlikle katılıyorum 5, vb.) yer alan ifadelere toplam katılım oranı 1-5 aralığında: 2,90’dır(%58). Bu sonuca göre; performansa göre ödeme sisteminden orta seviyenin biraz üzerinde bir memnuniyet ya da katılım mevcuttur.

- **En Çok katılım** %66,7 ile “performansa dayalı ek ödeme sisteminden dolayı iş yüküm artmıştır”, ifadesidir.
- **En az Katılım:** %31 ile “performansın doğru bir biçimde ölçüldüğünü ve değerlendirildiğini düşünmüyorum”, ifadesidir.
- **En çok kararsız kalınan:** %32 ile “performans dayalı ek ödeme sisteminden dolayı hasta memnuniyetinde bir artış olmuştur”, ifadesidir.

4. Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Gümüşhane Devlet Hastanesinde çalışan personellerin performansa göre ek ödeme sistemi ile ilgili tutum ve bakış açılarının araştırıldığı bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik tutumlarının/memnuniyetin *orta düzeyin biraz üzerinde* (%58) olduğu tespit edilmiştir. Aynı hastanede Şahinöz ve diğ.(2010) 2010 yılında yaptığı araştırmada ise *genel olarak gelir adaletsizliğinin olduğu* (%72), *performans sisteminin; verimlilik ve motivasyona etkisinin olmadığı* sonucuna ulaşılmıştır. Aynı konuda, Gazi'nin(2006) Ankara'da yaptığı bir çalışmada ise sağlık personelinin *bu konudaki görüşlerinin olumsuz yönde olduğu* (Performans sistemi hastane çalışanları arasında çatışmaya yol açmaktadır (%69,7; Sistem adil değildir, %81,3 ve Sistem güvenilir değildir,%56,8) belirtilmektedir. Benzer şekilde, Ertekin (2012)'in İzmir'de yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının *genel olarak sistemden memnun olmadıklarını sistemin sadece ücret odaklı olduğunu belirttikleri* sonucuna ulaşılmıştır. Korku (2010) ise Ankara'da yaptığı araştırmada bazı olumlu ve bazı olumsuz sonuçlar elde etmiştir: bunlara göre tespit edilen olumlu sonuçlar; *sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması hasta memnuniyetinin artması, hastaların hizmet almasının daha kolay hale gelmesi, tıbbi kayıtların daha doğru ve eksiksiz olarak tutulmasıdır*. Tespit edilen olumsuz sonuçlar ise; *kaynakların israf edilmesi, gereksiz tetkikler, gereksiz yatışlar, endikasyonsuz müdahaleler ve etik dışı davranışların artması; çalışanlar arasındaki işbirliği ve çalışanların çalışma isteğinin azalmasıdır*.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; performans sistemine karşı olan tutumların *cinsiyet ve medeni duruma bağlı olarak değişmediği* görülürken; *unvan farklılığının ve çalışma süresinin bu tutumları etkilediği sonucuna ulaşılmıştır*. Unvanlar bazında anlamlı farkın nedenine bakıldığında yardımcı sağlık personellerinin (hemşire vb.) doktor ve diğer (idari vb.) personellere göre daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülmüştür. *Çalışma süresi ile performans arasında ise elde edilen sonuçlara bakıldığında negatif(ters) bir ilişki vardır*. Buna göre; iş deneyimi arttıkça, performansa göre ücret sistemine olumlu bakış açısı azalmaktadır. Bunun nedeni olarak *deneyimli çalışanların kıdem ve deneyimlerine göre daha fazla ücret beklentisi içine girmeleri gösterilebilir*. Çünkü performans sisteminde kıdem ya da deneyim konusu hesaplamalarda dikkate alınmayan bir parametredir. Oysa maaş ödemelerinde kıdem(derece/kademe) dikkate alınmaktadır.

Bunlara ek olarak, ankete katılan sağlık personellerinden %66,7'si *“performansa dayalı ek ödeme sisteminden dolayı iş yüküm artmıştır”*, ifadesine katılım göstermişlerdir. Bu ifade pratikteki karşılığına bakıldığında 2002 yılında kişi başı sağlık kurumuna başvuru ortalaması 3,2 iken; 2012 yılında bu oran iki katın üzerinde artarak 8,2 oldu. Bu oranlar OECD ülkeleri başvuru(6,6) oranlarının üzerindedir (İstatistik Yıllığı, 2012). Hastanelere başvurunun artmasının en önemli nedeni olarak hekimlerin performans odaklı bir yaklaşım sergileyerek hasta kabulünde eskiye oranla cömert davranışları ve sevk sisteminin sağlıklı çalışmaması gösterilebilir. Personellerin yalnızca %31'i *“performansın doğru bir biçimde ölçüldüğünü ve değerlendirildiğini düşünmüyorum”*, ifadesine katıldığı görülmektedir. Buna göre performans sisteminin ölçümü konusunda büyük bir uzlaşma ve kabulün olduğu görülmektedir. Diğer taraftan ankete katılan personellerin en çok kararsız kaldıkları ifade %32 ile *“performans dayalı ek ödeme sisteminden dolayı hasta memnuniyetinde bir artış olmuştur”*, ifadesidir. Sonuç olarak; sağlık personellerinin iş yükü vb. nedenlerden dolayı memnuniyetinin az olduğu görülse de; alınan ücretlerde 2004 yılı ve öncesine göre ciddi



iyileştirmeler olmuştur. Bu konuda elimizde yayınlanmış sağlıklı bir veri olmamakla birlikte; Gümüşhane devlet hastanesi maaş mutemetliğinden alınan bilgiye göre, performansa göre ücret ödeme sisteminden önce sağlık personelleri maaşlarına ek olarak üçer aylık dönemlerde ek ödeme alırken (standart bir ücret: örneğin, 2003 yılında pratisyen hekim 3 ayda 1200TL, Hemşire ise 600 TL alırken; 2004 yılında pratisyen hekim performansa göre 2500 civarında, hemşire ise 700 civarında aylık ek ödeme almaya başladı), bu ücretler hem aylık olarak ödenmeye başladı hem de ciddi iyileştirmeler yapıldı. Ancak yapılan araştırmalar ve personellerin ifadelerine göre performansa göre ek ödeme sistemi aynı gelir adaletsizliklerine ve iş barışına kısmen de olsa zarar vermiştir.

Öneriler: Performansa dayalı ek ödeme sistemi kamuda cesur bir adım olarak uygulanmakla birlikte; mevcut uygulamada sadece hekim grubu personelin *bireysel performansını* ölçmekte, diğer personelin alacağı ek ödemede, hekimlerin performans puan ortalaması belirleyici olmaktadır. Bu nedenle, hekim dışı personelin bakanlıkça belirlenmiş görev ve sorumlulukları çerçevesinde iş süreçlerinin tanımlanarak performans kriterlerinin oluşturulmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Çünkü sağlık hizmeti sunumunun bir ekip tarafından sunulduğu aşikârdır. Sistemde her çalışanın alacağı ücret adil bir şekilde değerlendirip ölçülmeli ve finansmanı sağlanmalıdır.

Diğer önemli bir konu ise sağlık personellerinin ve sağlık yöneticilerinin kurumlarına ve kendilerine ek gelir elde etme güdüsüyle *etik dışı* birtakım girişim ve performans artırıcı uygulamaya gidebilecekleri dikkate alınmalı ve bu durum için önlemler alınmalıdır.

Kaynakça

- 1.ERTEKİN, A.,(2012). Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi Ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirmesi (İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği) , Yüksek Lisans Tezi,Beykent Üniversitesi.
- 2.GAZİ, A.(2006). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Sisteminin Hastalar Ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- 3.İSTATİSTİK YILLIĞI 2012; <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32083/saglik-istatistikleri-yilligi-2012.html>. Alınış Tarihi: 10.07.2014
- 4.KALİTE.SAĞLIK,2014..<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290>
Alınış Tarihi: 05.07.2014
- 5.KORKU, C.(2010). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- 6.MEMİŞ, G.(2010). Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Niğde Devlet Hastanesinde Görevli Sağlık Personeli Üzerine Bir Araştırma, Niğde: Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- 7.MOLLAHALILOĞLU, S.(2010). HealthcareEmployeeSatisfactionSurvey, Research:3, Opus, Ankara, S:1
- 8.PUGH, D. (1991). Organizational Behaviour, Prentice Hall Interneational (UK) Ltd.
- 9.SALT, A. (2002). “Performans Yönetimi Ve Ücretlendirme Sistemleri”, Yılıçi Projesi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 10.ŞİMŞEK, M. NURSOY, M. (2002). Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçme (Örnek Uygulamalar), İstanbul: Hayat Yayıncılık
- 11.ŞAHİNÖZ, T., ŞAHİNÖZ, S. EKER,H.H. KILIÇ ,T. (2010). Sağlık Hizmetlerinde uygulanan performansa Göre Ek ödeme Sisteminin Adalet, performans, Rekabet ve Verimlilik gibi faktörler üzerine etkisi Gümüşhane İli Örneği. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi- Bildiriler Kitabı Cilt, 269- s,284
- 12.YÜZDEN, E.G. (2013). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekim Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

KKTC SAĞLIK DERNEKLERİNİN SAĞLIK İLETİŞİMİ TUTUMU

Gamze PELVAN*

ÖZET

Günümüzde medyada sağlık ile ilgili haberler gün geçtikçe artmaktadır. Dolayısıyla herhangi bir medya organını takip eden bireylerin sağlık haberlerine olan ilgisi de artmaktadır. Bu artışın sebebi ise bireyin sağlık haberlerinde kendisini ya da çevresini (sağlık durumu çerçevesinde) yakından ilgilendiren ya da medyada sıklıkla gündeme gelişi olabilir. Son zamanlarda yine devlet sağlık politikaları nedeniyle "Sağlıklı Hayat, Sağlıklı Yaşam"-Devlet sağlık bakanlığı tarafından; Obezite ve Diyabet spotları- temalı heberlere ve kamu spotlarına medyada oldukça yer verilmektedir(KKTC yayın yüksek yurulu tarafından son 3 yıldır KKTC'de bulunan tüm üniversitelerin iletişim fakültelerine konusu belirlenmiş kamu spotu konuları göndermekte ve öğrenciler tarafından televizyonlarda yayınlamak üzere çekilmesini rica etmektedir).

Bu çalışmada ele alınacak konu sağlık iletişimi tanımlarından yola çıkarak(sağlık ve sağlığı ilgilendiren konularda bireylerin, kurumların, toplumların bilinçlendirilmesi; farkındalık yaratılması; bilgi ihtiyacının giderilmesi; doğru bilgilerin verilmesi; sağlık bilincinin oluşturulması)(Sezgin 2010), KKTC de aktif rol alan derneklerin bu konuya olan etkinlikleri incelenecektir.

Anahtar kelimeler: KKTC dernekleri, KKTC' de Sağlık hizmetleri, Sağlık İletişimi,

*Dr. Asistan, Lefke Avrupa Üniversitesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Radyo, Televizyon ve Sinema Bölümü
gpelvan@eul.edu.tr

1. Giriş

Sağlık toplumumuzda her geçen gün daha fazla bir önem ve yere sahip olmakta. Bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri bir çok kaynaktan beslenmekle beraber bu kaynakların bir çoğuda malasef yanlış bilgilendirmelere neden oluyor. Sağlık ile ilgili eğitim almamış kişilerin belirlenmiş sağlık problemi ile ilgili bir çok bilgiyi hiç çekinmeden vermesi daha sonrasında oldukça ciddi sorunlara yer açmaktadır.

Bu yüzden ki sivil toplum örgütlerine, kuruluşlarına ve derneklere oldukça ihtiyaç duyulmaktadır. Bu şekilde problemin belirlenmiş bir şekilde ilgili dernek yada kuruluşlara gidip orada aynı teşhisin bulunduğu bireylerle bir araya gelmek kişinin yaşantısında bir çok artıya neden olacaktır. Sonuçta sivil toplum kuruluşları yada dernekler belirlenmiş konu hakkında alanlarında uzman kişi veya kişiler tarafından en doğru bilgiyi ilgili bireylere tek ağızdan doğru bir şekilde vereceklerdir.

Çalışmanın sınırlılıkları düşünüldüğünde konuya bir sınırlama getirileceği kaçınılmazdı bu yüzden KKTC'de ki dernekler ve bu derneklerin sağlıkla ilgili olanları ve bu dernekler arasından da en aktif olan ve bilinen dernekler seçilmiştir. Seçilen derneklerin internet sitelerinden alınan bilgileri analiz edilmiş ve sağlık iletişimi kapsamında değerlendirilmiştir. Derneklerin; kuruluşuna ve tarihçesine, amacına, vizyon ve misyonuna bakılarak bu değerler çalışmanın ana konusunu oluşturan sağlık iletişimi tanımı çerçevesinde analiz edilmiştir.

2. Kavramsal Tanımlamalar

KKTC'de sağlık dernekleri'nin sağlık iletişimi tutumuna bakmadan önce konu çerçevesinde kavramsal birtakım bilgilere yer vermek konunun daha anlaşılabilir olmasını sağlayacaktır.

2.1.Sağlık

Sağlık kelimesine, gündelik yaşamda bireyler tarafından bir çok farklı anlam yüklenmiş durumdadır. Kimine göre sağlık kavramı istediğini yeme- içme, kimine göre hiçbir şekilde ilaç kullanmamak, kimine göre hastaneye veya doktora hiçbir şekilde gitmemek, kimine göre ise sağlık; ne olursa olsun bütün uzuvların hala kendi işlerini yapıyor olması olarak açıklanabilir. Tam bu esna da ilk olarak 1947'de Dünya sağlık örgütü tarafından bir sağlık tanımı yapılmış ve bu tanıma göre "sağlık";"sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil ,fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali "olarak ifade edilmektedir (Robinson,Elkan,1996). Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu bu tanım ve yaklaşım, bütüncül (holistik) bir yaklaşım olmakla beraber, sağlık” kavramının daha geniş veya daha “bütüncül” incelenmesini de beraberinde getirmektedir (Freund, 1982: 27).

Yukarıda bahsettiğimiz gibi sağlık ile ilgili bir çok tanımlama bireyler tarafından gündelik yaşamda yapılmaktadır, fakat günümüzde de sağlık profesyonelleri tarafından bir çok farklı sağlık tanımlamaları yapılmıştır, buna bir kaç örnek vermek gerekirse; Aggleton bu konuya şöyle bir açıklama getirmektedir; sağlığın resmi ve resmi olmayan tanımlamalarından bahseden Aggleton; resmi tanımlamaları sağlık profesyonellerinin getirdiği tanımlar olarak ve bunlarında kendi aralarında negatif ve pozitif tanımlamalar olarak 2'ye ayırdıklarını, resmi olmayan sağlık tanımının ise sağlık konusu hakkında bilgisi olmayan kişiler tarafından yapılmasını dile getirmiş ve son olarak Aggleton, bireylerin sağlık ile ilgili algılarının zaman

içerisinde değişebileceği gibi, ülkeden ülkeye de değişebileceğine dikkat çekmektedir (Aggleton,1990).

Son zamanlarda günlük hayatımızın neredeyse her anına eşlik eden sağlıkla ilgili konuşmalar buna verilecek en iyi örnektir herhalde; " sağlıklı olmak, sağlıklı yaşam, kaliteli yaşam, iyi yaşam..." vs.

2.2.Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi Türkiye'de oldukça yeni bir kavramdır, fakat Amerika'da bu alanda ki gelişme ve çalışmalar 1970'lerde başlamıştır. Sağlık iletişimi kavramı gün geçtikçe gelişmesi ve önem kazanması nedeniyle bir çok tanımlamalar ve sınırlandırılmalar getirilmeye çalışılmaktadır. Bu yüzden birden fazla sağlık iletişimi tanıma rastlamak kaçınılmazdır. Sağlık iletişimi; sosyal pazarlama, psikoloji, sosyoloji, sağlık eğitimi, antropoloji gibi birçok alanda içerisinde barındırmaktadır.

Sağlık iletişimi tanımı ülkeden ülkeye birtakım farklılıklar göstermektedir, Lupton bunu şu şekilde ifade etmektedir; sağlık iletişimi İngiltere'de hasta ile doktor arasında ki diyalog olarak tanımlanırken, Amerika'da sağlık hizmetleri ile ilgilenen aktif araştırma alanı ve birey etkileşiminin sağlıktaki rolü olarak tanımlanmaktadır (Lupton, 1994b: 56).

Çalışılan konuya anlamca en yakın olan ve çıkış noktası niteliğini taşıyan sağlık iletişimi tanımı ; *"sağlık ve sağlığı ilgilendiren konularda bireylerin, kurumların, toplumların bilinçlendirilmesi; farkındalık yaratılması; bilgi ihtiyacının giderilmesi; doğru bilgilerin verilmesi; sağlık bilincinin oluşturulması; sağlık okuryazarlığının oluşturulması-yükseltilmesi; hasta yada birey olarak sağlık hakkının tanınması ve bu konuda bilinç oluşturulması ve sağlıklı çevrede yaşama hakkının korunması için iletişim strateji ve yöntemlerinin kullanılması olarak ifade edilebilir"* (Sezgin, 2010:117).

Yapılan çalışmanın sınırlılıkları nedeniyle sağlık iletişimi tanımının aslında en temel ve en yaygın tanımı ele alınmış ve çalışma bu çerçevede etrafında sınırlandırılmıştır. Sağlık iletişiminin en temel amaçlarından biri olan, bireyi herhangi bir sağlık konusunda bilgilendirerek ve bilinçlendirerek en doğru en sağlıklı davranışlara yönlendirmektedir.

Söz konusu bu kavram bir çok ticari amaçlara da maruz kalmıştır. Günümüzde gerek görsel basın gerek yazınsal basın o kadar çok bilinçsizce sağlık haberleri ve içerikleri yayınlamakta ki bireyler artık hangi bilginin doğru olduğuna inanacaklarına şaşırmış durumdadırlar, özellikle gazeteler belli bir kısım tarafından "yazdıysa doğrudur" mantığı ile ilerledikleri için onları birer gündelik reçete olarak görmekte ve günlük yaşamlarını bu çerçevede yaşamaktadırlar, DR.Yavuz DİZDAR gerçekleştirdiği bir konferansında annesi ile olan diyalogunu şu şekilde aktarmış durumun aslında ne kadar da vahim olduğunu gözler önüne sermiştir." annemin evindeyim baktım masada 3 adet orta boy kayısı var, anneme sordum hayırdır bunlar ney diye sabah gazetede okudum metabolizmayı hızlandırıyormuş; baktım hepsi aynı boy sordum neden bu boy , cevap şaşırtıcı idi, ee verilen boyut buydu..." dizdar: "ozaman anladımki siz ne yaparsanız yapın medya dallarının etkilediği kadar etkili olamıyorsunuz çevrenizdekilerin sağlıkla olan ilişkisinde" (2014 Lefke Avrupa Üniversitesi).

Bu yüzden ki sivil toplum kuruluşlarına, örgütlerine ve derneklerine ihtiyacımız oldukça fazladır, en azından karşılıklı iletişimde bulunarak doğru bilgiyi edinme ve ulaşımda oldukça yardımcıdır, gerek düzenledikleri eğitim seminerleri ile gerekse sadece alanda sınırlandırılmış konuları ile birebir muhattabları hedef almaktadır. Bu çalışmanın da esas konusunu oluşturan dernekler tamamen bu esasa seçilmiştir. Dernekler hakkında ki bilgilendirmeye geçmeden önce kısaca Kkctc'nin sosyodemografik özelliklerinden ve Kkctc'deki sağlık yapılanmasından kısaca bahsetmek konununun sınırlılıklarını ve anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

3.K.K.T.C.'nin Sosyodemografik özellikleri

Bu bilgilerin verilmesinin amacı yapmakta olduğumuz çalışma kapsamında; incelenen derneklerin sayısı ile nüfus arasındaki bağlantıyı bir bakıma ortaya koymaktır.

KKTC tanıtım dairesi'nin yayınlamış olduğu verilerde göre; Kıbrıs, Akdeniz'in Sicilya ve Sardinya'dan sonra üçüncü büyük adasıdır. Kıbrıs adası 30.33 ve 35.41 eylemleri ve 32.23 ve 34.55 boylamları arasında olup K.K.T.C.'nin yüzölçümü 3.355 km²'dir. K.K.T.C.'nin kuzeyinde 65 km mesafe ile Türkiye, doğusunda 112 km mesafe ile Suriye, 267 km ile İsrail, 162 km ile Lübnan; güneyinde Güney Kıbrıs ve 418 km ile Mısır; batısında ise 965 km ile Yunanistan yer almaktadır.K.K.T.C.'nin toplam yüzölçümü adanın üçte birine karşılık gelen, 3355 km²'dir. Yaklaşık olarak ada sahillerinin yarısı K.K.T.C. sınırları içerisindedir. K.K.T.C., idari olarak Lefkoşa, Gazimağusa, Girne, Güzelyurt ve İskele ilçesi olmak üzere beş bölgeye ayrılmıştır.(K.K.T.C. Tanıtma Dairesi. <http://www.trncinfo.com> (Erişim: 11 Ağustos 2014))

04 Aralık 2011 tarihinde yapılan genel nüfus ve konut sayımı neticelerine göre KKTC'de facto nüfusu 294.906 olarak belirlenmiştir. Buna göre Lefkoşa İlçesi 98.739, Gazimağusa İlçesi 69.273, Girne İlçesi 72.284, Güzelyurt İlçesi 31.254 ve İskele İlçesi de 23.356 nüfusuna ulaşmıştır. 2011 Nüfus Sayımı De-Facto sonuçlarının ilçeler itibarıyla dağılımına bakıldığında ise; Lefkoşa %33.5, Girne %24.5, Gazimağusa %23.5, Güzelyurt %10.6, İskele ise %7.9 olduğu görülmektedir.(K.K.T.C. Devlet Planlama Örgütü. <http://www.devplan.org> (Erişim:11 Ağustos 2014))

4. KKTC Sağlık Bakanlığı

4.1. Tarihsel Gelişimi

1964 öncesi, Rumlarla müşterek olan ve bir Türk Bakanın sorumluluğunda olan kamusal sağlık servisleri gerek Rum, gerekse Türk Kıbrıs Halkı'na hizmet verirken; çarpışmaların başlaması ile önce özel kliniklerden topluma sağlık hizmeti verilmiş, sonra Lefkoşa'da eski bir sigara fabrikası 80 yataklı bir genel hastaneye dönüştürülmüştür.

Mağusa, Limasol, Larnaka ve Baf'ta benzeri çalışmalarla küçük bölge hastaneleri Poli, Düzkaya, Geçitkale, Serdarlı ve Mehmetçik köylerinde ise, sağlık merkezleri açılmıştır.Yine 1964 yılından itibaren tüm sağlık hizmetleri yönetsel yönden genel komiteye bağlı Sağlık İşleri Tali Komitesi'nin sorumluluğuna verilmiştir.Genel Komite'nin yerini Geçici Türk Yönetimi alınca, 1968 yılında sağlık servisleri de sağlık işleri üyeliği tarafından yürütülmeye başlanmıştır.13 Şubat 1975 tarihinde Kıbrıs Türk Federe Devleti'nin kurulmasıyla sağlık işleri de Federe Devleti Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Türkiye'nin parasal ve teknik yardımları ile 1971 yılında Lefkoşa – Gönyeli yolu üzerinde Lefkoşa Devlet Hastanesi'nin inşasına başlanmış; 13 Şubat 1978 yılında, modern teknik araç, gereç ve cihazla donatılarak hizmete açılmıştır.

1974 Barış Harekatı sonrasında, güneyde kalan hastane ve sağlık merkezleri yerine, kuzeyde yenilerinin açılması yönüne gidildi. Yapılan bir reorganizasyonda Lefkoşa Hastanesi'nin yatak kapasitesi yükseltilmiş, Mağusa, Girne ve Yeşilyurt'ta kaza hastaneleri, 10 büyük köyde ise sağlık merkezleri açılmıştır. Her sağlık merkezi çerçevesindeki köylerde ise sağlık ocakları kurulmuş ve bir program çerçevesinde köyler ziyaret edilmiştir. Yine 1975 yılından itibaren tedavi edici sağlık hizmetleri yanında, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerine önem verilmiştir (<http://www.saglikbakanligi.com>).

4.2. KKTC Sağlık Hizmet Modeli

1964 -1974 yılları arasında hastalanan ve yaralananların tedavisine yönelik olan sağlık servislerinin koruyucu hekimlik hizmeti olarak sadece kısıtlı bağışıklık aşılama hizmetleri yürütebilmiştir.

1975-1977 yılları arasında ilk kez eldeki mevcut imkanlardan yararlanma yoluna gidilerek, bir reorganizasyon yapılmış, Lefkoşa'daki merkez ve diğer bölgelerdeki çevre örgütleri saptanarak Bakanlık Tıp ve Sağlık Dairesi Müdürlüğü, Devlet Laboratuvarı, Başhekimlikler ve Sağlık Merkezi Sorumlu Hekimlikleri kurularak, tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetleri entegre bir şekilde yürütülmeye çalışılmıştır.

1978 -1982 plan döneminde bir tarafta tedavi edici hekimlik hizmetleriyle ilgili olarak yeni hastaneler ve yeni uzmanlık dalları açılırken, öte taraftan temel sağlık hizmetlerini geliştirilmesi yoluna gidilmiş, halk sağlığı uzmanı, çevre sağlığı teknisyeni ve sağlık hemşireleri yetiştirilerek çevre sağlığı bulaşıcı hastalıklara karşı savaş başlatılmış; anne sağlığı, çocuk sağlığı ve gıda kontrolü sağlığına hız verilmiştir.

Kkct'de 1978 yılına kadar hastaneler 9-10 uzmanlık dalında hizmet verilirken, 1983 yılında çeşitli uzmanlık dallarının sayısı 20'ye yükselmiştir.

Lefkoşa Devlet Hastanesi'nin 1978 yılında hizmete girmesi sonrasında birkaç yıl ara ile önce Kroner Bakım Ünitesi sonra Nöroloji, Nöroşirurji dalları açılmış, arkadan oksijen imalatı projesi tamamlanmıştır. 1982 yılında 8 yataklı Hemodiyaliz Ünitesi, 1983 yılı sonunda ise, Thalassaemia Erken Tanı Ünitesi hizmete açılmıştır.

1981 yılında bir özel dal hastanesi niteliğinde olan Barış, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi hizmete girmiş; akut, kronik, hostel poliklinik mesleki rehabilitasyon servisleri ile toplumun büyük bir ihtiyacına cevap vermiştir (<http://www.saglikbakanligi.com>).

5. KKTC'de Dernekler

5.1. KKTC' de Sağlık Dernekleri

KKTC İç İşleri Bakanlığından 13.08.2014 tarihinde alınan bilgiye göre; KKTC İç İşlerine bağlı **Birlikler Dernekler Siyasi Partilerin kaydı birimine**; toplam 1500 kayıtlı dernek bulunmakta (temmuz ayında İç İşlerine Bakanlığına bağlı, **Birlikler Dernekler Siyasi Partilerin**

kaydı, birimiyle yapılan görüşme neticesinde). Kayıtlı bulunan derneklerden aktif olanların sayısı 80, Çevre ve Hayvan ile ilgili olan 14, Sağlık ile ilgili olan dernek sayısı 8 tanedir. Bu çalışmanın sınırlılıkları göz önüne alındığında sağlık ile ilgili derneklerin 3 tanesinin incelenmesine karar verilmiştir. Bu derneklerin seçilmesinde ki en büyük etken Kkct'de bilinirlik oranlarının yüksek olması ve aktif bir şekilde çalışmalar yapmasıdır. Çalışma çerçevesinde ele alınacak dernekler; Kanser Hastalarına Yardım Derneği, Kıbrıs Türk Diyabet Derneği, Thalassaemia Derneğidir.

Çalışma kapsamında derneklerin daha iyi anlaşılabilmesi değerlendirilmesi nedeniyle;

- i. Derneğin Kuruluşu ve Tarihi
- ii. Derneğin Vizyon ve Misyonu
- iii. Derneğin Amacı ve İlkeleri
- iv. Derneğin Üye sayısı
- v. Derneğin Üyeleri ile iletişim şekilleri başlıklarına ayrılmıştır.

5.1.1.Kanser Hastalarına Yardım Derneği

5.1.2. Tarihçe

Raziye Kocaismail'e 1991 yılında meme kanseri teşhisi konuldu. Aile ve yakınlarının gösterdiği duyarlılık sayesinde, elinde ameliyat ve tedavi masraflarını zor karşılayarak bir para ile Londra'ya gitti. Orada yakınlarının maddi desteği ve sevgi dolu yürekleri moral oldu ancak çocuklarından uzak olmanın yanında daha bir çok sorun kendisinde bir takım olumsuzluklar yaşattı. Tüm bu olumsuzluklar çocuklarının yanına daha çabuk dönme ümidi ile doktorların emirlerine harfiyen uymak itti. Tam iyileşme umutları yeşermiştii ki ikinci ve hemen ardından gelen üçüncü ameliyat hem kendşne hemde yardım eden yakınlarına sert darbeler vurdu. Bu darbeler kendisini hem maddi hemde manevi yönden yıkıyordu. Kanser hastalarının yaşadığı olumsuzlukları bertaraf etmek ve yurt dışındaki bazı güzellikleride adaya taşımak amacı ile dernek kurmaya karar verdi. Yaşamalı ve "Kanser Hastalarına Yardım Derneği'ni kurmalıydı ve 26 Mayıs 1993 yılında bu dernek kuruldu.

5.1.3. Derneğin Vizyonu ve Misyonu

Kanser hastalarına yardım etmek; kanser konusunda bilgilendirme ve eğitim vermek; kanser tedavisindeki eksiklikleri gidermek; erken tanı için tedbir almak.

5.1.4. Derneğin Amacı

- a) KKTC'deki kanser hastalarını tespit etmek.
- b) Kanser Hastalarının sorunlarının çözümüne katkıda bulunmak.
- c) Hastaların tedavi ve rehabilitasyonun sağlanmasına öncülük etmek katkı sağlamak.
- d) Kanser hastalarına her türlü maddi ve manevi desteği sağlanması için uğraş vermek.
- e) Bu amaçlar doğrultusunda çaba harcayan kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.

- f) *Kanser Hastalarının rehabilitelerini sağlamak amacıyla KKTC'de kuruluşların kurulması için gerek devlet gerekse özel sektörde girişimlerde bulunmak.*
- g) *Kanser Hastası olan ailelerin sorunlarının çözümlenmesine gayret göstermek,yabancı ülkelerde benzer amaçlarla kurulmuş kardeş derneklerle temas kurup , bunlardan bilgi ve yardım sağlamak, işbirliği yapmak.*
- h) *Kanser hastalarının ailelerinin maddi ve manevi sorunları ile ilgilenmek,şikayetlerini dinlemek,sorunlarını aza indirmeye çalışmak.*
- i) *Kanserin nedenleri hakkında halkın aydınlatılması ve bunlardan korunma yolları hakkında halkın bilinçlendirilmesi için ilgili makamlarla işbirliği içine girilmesi.*
- j) *Derneğin amacına hizmet edecek her türlü yayınları , sergi ve gösterileri , konferansları düzenlemek ve tesvik etmek.*
- k) *Özel ve resmi kurumlarla, derneğin amaçlarının gerçekleşmesi için işbirliği yapmak.*
- l) *Kanser hastalarına, ilaç,para yardımında bulunmak, moral çayları vermek, piknikler ve ziyaretler tertiplemek.*

5.1.5. Derneğin Üye Sayısı

Derneğin üyelik sistemi diğer derneklerin üyelik sistemi ile bir takım farklılık göstermekte; (asıl amaçlarının kanser hastalarına yardım etmek olmasından dolayı) dernek ile yapılan görüşmede, dernek olarak, bu sayının verilmesini etik açıdan uygun bulmadıklarını dile getirmişlerdir.

5.1.6. Derneğin Üyeleri ile İletişim Şekli:

- * Organizasyon(dayanışma balosu, dart turnuvası).
- *Eğitim
- *Seminer
- *Konferans

Kanser hastalarına yardım derneği her ne kadar da kanserli hastalara yardım olarak çıksada ve bu doğrultuda sadece bağışlarla tutunmaya çalışsada aslında tek derdinin sadece kanserli hastalara maddi açıdan yardım değil aynı zamanda onların günlük yaşamda motivasyonlarının da sağlamak ve kanser ile ilgili gerekli bilgilerin uzmanlar tarafından alınmasına zemin oluşturmak. Yapılan etkinliklere bakıldığında büyük bir çoğunluğun sağlık iletişimi tanımlamaları arasında yer alan bilgilendirme konusuna oldukça yakındır, yapılan etkinliklerde de bu oldukça açık bir şekilde görülmektedir.

Kısa bir web taraması sonucu bu bilgilere ulaşılmış, ulaşılan bilgilerde derneğin amacına uygun bir şekilde tüzük kuralları çerçevesinde hareket ettiği açıkça görülmektedir. Sağlık iletişimi kapsamında değerlendirildiğinde dernek tarafından yapılan seminerler,

vs. tamamen bu konuya hizmet etmektedir. Seminer adı altında yapılan sağlık iletişimi tanımıyla birebir örtüşürken, yapılan etkinliklerde dikkat çekici bir ayrıntı bulunmaktadır, yukarıda da belirtildiği üzere; dernek adı altında yapılan tüm etkinlikler(incelene web sayfası kapsamında) daha çok derneğe ve dolayısıyla derneğe kayıtlı yada dışardaki muhtaç insanlara yardım niteliği taşımaktadır.

5.2. Kıbrıs Türk Diyabet Derneği

5.2.1. Tarihçe

1994 yılında kurulan Kıbrıs Türk Diyabet Derneği, Bakanlar Kurulu'nun 25.01.95 Tarih ve A-110-95 sayılı kararı ile “Hayır Kurumu” olarak kabul edilmiştir. Kıbrıs Türk Diyabet Derneği, siyasi ve/veya kâr amacı gütmeyen gönüllü bir kuruluştur. Hiçbir siyasi partiye veya ona bağlı herhangi bir kuruluşa bağlanamaz

5.2.2. Derneğin Vizyonu

Diyabet Derneği, diyabet araştırmalarını teşvik eden, diyabet konusunda kampanyalar yürüten, diyabetli ve yakınlarına yardım eden bir hayır kurumudur. Kişileri diyabetin kısıtlamalarından özgür kılmak, herkese diyabet alanında en kaliteli bakım ve bilgiyi sağlamak, diyabetle ilgili bilgisizliğe ve ayrımcılığa son vermek, diyabete ve örgütlerine uluslararası bir anlayış kazandırmak ve diyabetsiz bir dünya oluşturmaktır.

5.2.3. Derneğin Misyonu

Diyabet Derneği'nin misyonu; diyabetli hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmek, toplumda diyabet bilincini geliştirmek ve yaygınlaştırmak için çalışmaktır.

5.2.4. Derneğin İlkeleri

- a) Şeffaf olmak
- b) Adil olmak
- c) Eşitlik
- d) Ayrımcılığa karşı olmak
- e) Güven vermek
- f) Dayanışmak
- g) Temel İnsan Hakları ve Özgürlüklerine uyum
- h) Kaliteli hizmet
- i) Çeşitliliğe saygı
- j) Üye memnuniyeti
- k) Derneğe hizmet verenlerin ve profesyonel çalışanların memnuniyeti.

5.2.5. Derneğin Amacı

- a) Kıbrıs'ta tüm diyabetlileri bir çatı altında toplamak için uğraş vermek.
- b) Diyabeti tüm topluma tanıtmak, diyabetle ilgili bilinç düzeyinin ve duyarlılığının yükseltilmesini sağlamak.
- c) Diyabetlilerin ortak sorunlarının saptanması ve çözümü için çaba harcamak.

- d) Diyabetlilerin en geniş biçimde dayanışması ve yaşam standartlarının yükseltilmesi için faaliyetlerde bulunmak.
- e) Halk sağlığı alanında faaliyet gösteren kişi ve kurumlarla iş birliği yaparak; genel sağlık sorunlarının çözümünde çaba harcamak.
- f) Diyabetle ilgili tıptaki gelişmeleri yakından izleyerek üyeleri ve halkı sürekli olarak aydınlatmak.
- g) Diyabete karşı etkin mücadele sürdürürken; hekim, laborant, teknisyen, hemşire, diyetisyen v.b. uzman personelin yurtiçinde veya yurtdışında yetişmesini sağlayacak önlemler almak; eğitim alınmasında yardımda bulunmak, teşvik etmek ve katkı sağlamak.
- h) Genelde sağlık, özelde diyabetle ilgili kongreler, seminerler, diyabet günleri, konferanslar, kurslar, sergiler, kamplar v.b. etkinlikler düzenlemek ve yurt içi ve yurt dışındaki bu tür etkinliklere katılmak.
- i) Uluslararası diyabet örgütleri, yerel ve başka ülkelerin diyabet kuruluşları ile her türlü dayanışma ve işbirliğini kurmak, geliştirmek ve katılmak.
- j) Diyabet konusunda kitap, dergi, broşür, gazete, radyo, televizyon, internet v.b. araçlardan yararlanarak yayınlar yapmak; diyabet eğitimini yaygınlaştırmak.
- k) Balo, çay, müsamere, tiyatro, spor, sergi, kermes, piyango, yemek, gezi, piknik, yurtiçi ve yurtdışında sağlık turizmi v.b. sosyal çalışmalarla üyeler arasındaki dayanışmayı geliştirmek ve gelir sağlamak.
- l) Üyelerin yaşam standartlarını geliştirici, sağlık sorunlarının çözümüne katkıda bulunacak yasaların geçirilmesi için kamuoyu oluşturmak, katkı sağlamak, uğraş vermek.
- m) Diyabetlinin kontrol, tedavi, tahlil, v.b. gereksinimlerinin giderilmesi için taşınır veya taşınmaz mal temin etmek (satın almak veya kiralamak); hastane, klinik, laboratuvar kurmak, kurdurmak, kurulmasında katkıda bulunmak.
- n) Dernek amaçlarını gerçekleştirmek doğrultusunda her türlü tıbbi araç ve gereçlerin temininde aracı olmak ve her alandan tıbbi personel ve /veya dernek faaliyetlerini sürdürecekt büro elemanlarını istihdam etmek.
- o) Özelde diyabet, genelde sağlık alanında faaliyet gösteren diğer kurum ve kuruluşlarla dayanışma içinde olmak
- p) Diyabetle ilgili her alanın kendi varlık amaçlarına bağlı olduğunu kabul eder ve bununla ilgili her türlü yasanın gerek gördüğü hallerde anayasaya aykırılığı konusunda dava açma hakkına sahiptir.

5.2.6. Üye Sayısı

31.03.2012 ile 31.12.2013 tarihleri arasındaki derneğe kayıtlı kişilerin sayısı ve oranlarının toplamı:2730 olarak verilmiştir.

5.3. Thalassaemia Derneği

5.3.1. Tarihçe

1960'lı yıllarda Thal.Hastalığı toplum tarafından pek bilinmiyordu . Şiş karınlı,ince bacaklı,soluk yüzlü çocuklara ‘Dalaklı’deniliyor;Nasılsa ölecek gözüyle bakılıyor ve tedavisi yapılmayan bu çocuklar kısa bir süre sonra yaşama veda ediyorlardı. Hasta çocuklara gerekli kanı bulmak çok zordu.Hastaneler çok yetersizdi.Talasemeli çocuklara gerekli ve çağdaş bir tedavi uygulandığı söylenemezdi.

Dr. Nuray bu çocukların ve ailelerinin dramını yakinen görüyor ve yaşıyordu. Ve yeğeni de aynı sorunu yaşıyordu. Sürekli onlara nasıl yardım edebilirim diye düşünüyordu.

Dr. Nuray bazı arkadaşlarına ve yakınlarına konu hakkındaki düşüncelerini açtığında onlardan da aldığı destekle 1977 yılının sonunda çalışmalara başladı. İşte bu aileler ve Dr. Nuray Yeşiladalı ile diğer teknik personel bir araya gelerek 1978’de bu meşaleyi tutuşturdular ve 15 Ocak 1978 tarihinde ‘Thalassaemialıları Koruma Derneği’ resmen kuruldu.

5.3.2. Derneği Vizyonu

Thalassaemia hastalarının haklarını aramak ve yardımcı olmak; toplum olarak geleceğimizi önemli derecede tehdit eden Thalassaemia hastalığını tanıtmak ve toplumu bilinçlendirmek; Thalassaemianın teşhis ve tedavisi ile ilgili gelişmeleri izleyip thalassaemialıların ve toplumun bilgisine sunmak; koruyucu önlemlerin alınmasını sağlamak ve takip etmek; sportif ve kültürel faaliyetlerde bulunmak.

5.3.3. Derneğin Amacı

- a)Thalassemalı hastaların haklarını aramak ve onlara yardımcı olmak.
- b)Toplum olarak geleceğimizi önemli derecede tehdit etmekte olan Thalassaemia hastalığını tanıtmak, toplumumuzu bu hastalığa karşı bilinçlendirmek.
- c)Thalassemanın teşhis ve tedavisi ile ilgili gelişmeleri izleyip Thalassaemialıların ve toplumun bilgisine getirip uygulaması için uğraş verir.
- d)Koruyucu önlemlerin alınmasını sağlamak ve takibi için uğraş vermek.
- e) Derneğin hiçbir siyasi amacı yoktur ve hiçbir surette siyasetle uğraşmaz.
- f) Sportif ve kültürel faaliyetlerde bulunabilir.

6. Sonuç

Sağlık iletişimi çerçevesinde ele alınan Kkctc sağlık dernekleri, çalışma kapsamında incelenmiştir. İncelenen bu 3 dernekte, Kanser Hastalarına Yardım Derneği, Diyabetliler Derneği ve Thasallamia Derneği, gerek internet sitelerinin analizi gerekse dernek çalışan ve başkanları ile yapılan sözlü mülakatlar neticesinde her 3 derneğinde kuruluş amacına uygun bir şekilde yola devam ettikleri görülmektedir.

Çalışmanın esas konusu olan sağlık iletişiminin bir tanımından bu 3 derneğin faaliyet raporları ve aktiviteleri incelenmiştir. İncelenen faaliyet raporlarında ve aktivitelerde tamamen kayıtlı hastalara, üyelere ve topluma bilgi verme niteliği taşımaktadır. Yapılan tüm seminer, eğitim ve konferanslar uzman kişiler tarafından verilmektedir.

Hastaların ve üyelerin motivasyonunu artırmak ve gündelik hayatlarını monotonluktan çıkarmak üzere bir dizi sosyal aktiviteler yapılmaktadır. Bu aktiviteler sonucunda hasta, hasta yakını ve gönüllü üyeler başka bir hayatla bağlarını kuvvetlendirmektedirler.

Kaynaklar

- 1.AGGLETONP.(1990) “*Health*”, J&LcompositionLtd.,London..
- 2.FREUND, P.E.S. (1982). “*The Civilized Body, Social Domination Control and Health*”, Philadelphia, Temple University Press.
- 3.LUPTON, D. (1994). “*Toward the Development of Critical Health Communication Praxis.*” Health Communication, 6(1): 55-67.
- 4.ROBINSON, J.veELKAN, R.(1996) “*HealthNeeds Assessment*”, PearsonProfessional Limited, NewYork.
- 5.SEZGİN, D.(2010).“*Sağlık İletişimi Paradigmaları ve Türkiye: Medyada Sağlık Haberlerinin Analizi*,Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı; Doktora Tezi.
- 6.<http://www.trncinfo.com>
- 7.<http://www.devplan.org>
- 8.http://www.saglikbakanligi.com/html_files/bakanlik/bakanlik_kurulusvetarihce.html, Temmuz 2014 tarihinde erişilmiştir.
- 9.<http://www.csodirectory-cyprus.eu/ana-sayfa?id=433>
- 10.<http://www.diyabetdernegi.com/>
- 11.<http://www.kibristhalassaemia.org/>
- 12.<https://www.khyd.org/>



HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE GÜVEN İLETİŞİMİ: HASTALARIN DEĞERLENDİRMELERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Gülsün ERİGÜÇ *

Gülsüm Şeyma KOCA**

ÖZET

Günümüzde sağlıklı olmak isteyen tüm bireyler için sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanma önemli hale gelmiştir. Bu süreç ise sağlık kurumlarında iletişim boyutunun doğru bir şekilde işlemesi ile olanaklı hale gelmektedir. Sağlık örgütlerinde çalışan hekimler ve hastalar için ise güven iletişimi, hekimin hastaya doğru tanı koyması; tedavi süreçlerinin hasta tarafından hekiminin öngördüğü şekilde yerine getirilmesi açısından oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bu araştırma, Ankara’da bir hastanede tedavi görmekte olan hastaların; tedavilerini aldıkları hekimleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla, hekimlerine olan güven düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Araştırma, hasta-hekim ilişkisinde güven unsurunun değerlendirilmesine yönelik bir kesit alma çalışmasıdır. Araştırma, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Polikliniğine müracaat eden hastalar üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada, veri toplama yöntemi olarak Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler yüzde-frekans dağılımları ve ilgili testler ile analiz edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Güven, Hekim, İletişim, Ankara

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, geriguc@hacettepe.edu.tr

**Arş.Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, g.seymakoca@hacettepe.edu.tr

TRUST IN PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION: A RESEARCH ON PATIENTS' EVALUATION

ABSTRACT

Today, for all individuals who want to be healthy, effective utilization of health services has become crucial. This process becomes possible with accurate communication in health institutions. To fulfillment of treatment process prescribed by the physician and to diagnose accurately have a great importance for trust in patient-physicians interaction. This study aims to measure the level of confidence in order to determine patients' relationships with physicians who are receiving treatment at a hospital in Ankara. The research, trust in the physician-patient relationship for the evaluation of a cross sectional study. The research, carried out on patients who were referred to the Otorhinolaryngology Clinic of Ankara Training and Research Hospital. In the study, a questionnaire which is developed by Yılmaz (2005) used data collection methods. The data tested by percentage-frequency distributions and corresponding tests.

Key words: Thrust, physician, communication, Ankara

1.Giriş

Genel olarak hasta ve hekimin ortak amacı; hastanın sağlığına kavuşturulması, yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel, ruhsal, davranışsal, sosyal açıdan tam bir iyilik halinin sağlanması olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla hasta ve hekim, aynı amaç için birlikte çalışan bir ekibin bütünlüğü iki tarafı konumunda ele alınmaktadır. Bu nedenle, tanı ve tedavi sürecinin birlikte yürütülmesi, kararların birlikte alınması ve uygulanması, hekimin olduğu kadar hastanın da sorumluluğudur (Atıcı, 2007b). Tıbbi uygulamalarda her yaklaşımın ve her tedavi girişiminin temel dayanağını hasta ve hekim arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Başka bir söyleyişle tıbbi uygulamaların temel dayanağı ve özü hasta-hekim ilişkisidir. Bu etkileşim sürecini, ilişkinin taraflarına ait bireysel özelliklerden kaynaklanan davranış ve tavır alışların yanı sıra içinde yaşanan kültür de etkiler. Bu karmaşık ve dinamik ilişki kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından belirlenmekte ve etkilenmektedir. Bu nedenle aynı zamanda toplumsal bir konudur. Tedavinin başarısı aynı zamanda hasta-hekim ilişkisinin şekline ve gücüne dayanır. Hekimlerin, klinik uygulamaların yanı sıra hastaların gereksinim ve beklentilerini değerlendirmede ve etkili bir şekilde karşılık vermede gerekli becerilere sahip olmaları klinik duyarlılığın göstergesi olarak kabul edilir. Bu ilişki karşılıklı destek, saygı ve güven gerektirir. Hastanın hekimine güven duyması tanı ve tedavi sürecinin etkinliği için birinci koşul olarak görülmektedir (Atıcı 2007a; Atıcı, 2007b; Bol vd 2013; Koch ve Turgut, 2004).

Hasta-hekim ilişkisinde tedavi, biyolojik, psikolojik, sosyal sonuçları ile hasta memnuniyetini etkiler. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen değişik unsurlar; hasta ile hekim arasında kurulan ilişki modeli, iletişim, güven, bütüncül yaklaşım, hekimin ve çağın hastalık kavramı ile tanı ve tedavi yöntemleri, tıp etiği eğitimi, hekimden, hastadan, hastalıktan ve sağlık sisteminden kaynaklanan durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bunlar içerisinde esas olarak güven önemli bir yer tutmaktadır. Hasta güveni, hasta memnuniyetini, tedaviye uyumu ve sağlık kurumu ya da hekime devamlılığı artırır. Güvenin sözlük anlamı; korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusudur. Kişiler arası güvenin tanımı daha önce birçok kereler yapılmış olmasına rağmen temel düşünce; güvenen kişinin

güvendiği insan tarafından kendisi için en iyisinin yapılacağına inanması şeklindedir. Güven, hem hasta hem de hekim için oldukça önemli bir kavramdır ve memnuniyetten farklıdır (Yılmaz ve Baysal Akkaya, 2009). Pearson ve Rueke (2000)'e göre güven hasta doktor ilişkisinin temel özelliklerinden biridir. Parson, hasta-hekim ilişkisini çoklu güvene dayanan kolektif oryantasyon (yönlendirme) olarak tanımlamaktadır. Bu çerçevede hastalıkların tanı ve tedavi sürecinin güvene dayalı olarak gerçekleştirilebilmesi için, öncelikle hasta ve hekim arasında sağlıklı bir iletişimin kurulması gerekmektedir. Hasta-hekim etkileşimi oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Hasta hekim etkileşimi üzerine yürütülen saha çalışmaları, söz konusu etkileşim sürecinin durumsal faktörlerden ve taraflara bağlı değişken faktörlerden etkilendiğine işaret etmektedir. Hasta-hekim etkileşimini etkileyen durumsal faktörler, hekimi bekleme süresi, sağlık hizmeti alınan kurumun hastalığın tedavisi konusunda yetkinliği gibi değişkenleri kapsamaktadır (Çiftçioğlu ve Ordun, 2010).

2.Araştırma

2.1.Araştırmanın Önemi ve Amacı

Güven unsurunun oluşabilmesi için, hasta ile hekim arasındaki ilişkinin sağlıklı yürütülmesi gerekmektedir. İletişim boyutu, hastaların hekimlerine güvenmelerini ve hekimlerinin uyguladıkları tıbbi bakım neticesinde verdiği önerileri yerine getirmeleri ile hekimleriyle birlikte kurdukları iletişim ve güvene bağlıdır. Bu nokta da hastalar açısından iletişim, kendilerini anlayan bir hekimken, hekimler açısından da çalışma ortamında kendi ihtiyaçlarına gerekli anlayışı gösteren hasta denilebilir. Bu yüzden hastaların hekimleriyle ilişkisinde ki güven düzeylerini belirleme günümüzde en önemli hale gelen konular arasındadır.

Bu araştırmanın amacı, hastaların hekimlerine olan güven düzeylerini belirlemektir. Araştırma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi kulak burun boğaz polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yürütülmüştür.

2.2.Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, 5'li Likert ölçeğine göre düzenlenmiş anket uygulaması ile hastaların hekimleriyle ilişkisindeki güven unsuruna bağlı olarak algılarını ölçme çalışmasıdır. Araştırma hastanenin bir polikliniğine belirli bir zaman diliminde bir kez uygulanması yönüyle bir kesit alma çalışmasıdır ve belirli bir zaman diliminde bir devlet hastanesindeki birimin seçilmesi gibi istatistiksel sınırlılıklara sahiptir. Araştırma 15-21 Temmuz 2014 tarihleri arasındaki hafta içi günlerinde yürütülmüştür.

2.3.Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kulak burun boğaz polikliniğine başvuran tüm hastalar oluşturmaktadır. Bu çalışmada örneklem çekilmeyerek 15-21 Temmuz 2014 tarihleri arasındaki hafta içi günlerinde polikliniğe başvuran tüm hastalara erişilmeye çalışılmıştır. Araştırmada gönüllülük esas alınmıştır. Bu tarihler arasında polikliniğe başvuran hasta sayısı 1855'tir ve 283 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırmada 15 anket eksik cevaplandırıldığından analize tabi tutulmamıştır. Başvuruda bulunan hastalardan 15 yaşından küçük olan, okuma yazma bilmeyen, ağır işitme problemi olan ve solunum yollarından önemli derecede rahatsız olan hastalara anket uygulanamamıştır.

2.4. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, Yılmaz (2005) tarafından geliştirilen hastaların güven düzeylerini değerlendiren anket kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulara ve ikinci bölümünde ise güven düzeylerini değerlendirmeye yönelik 5’li Likert ölçeğine göre düzenlenmiş (1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) sorulara yer verilmiştir. Bu araştırmada anketin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alpha değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır. Verilerin analizinde istatistik paket programı SPSS 20,0 (Statistical Package of Social Science) kullanılmıştır. Anket verilerinin analizinde hastaların anketteki her bir ifadeye verdikleri cevapların demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik iki bağımsız grup için Independent Sample t Testi, ikiden çok bağımsız grup için ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için de Tukey Testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Bu bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgular verilmektedir. Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların %57,6’sını kadın, %42,4’ünü erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastaların %23,7’si, 26-30 yaş grubundadır. Yaşlara göre en düşük katılımcı sayısı 36-40 yaş grubundadır. Yaş gruplarında dağılımın daha çok 20-30 yaşları arasındaki genç nüfusta toplandığı görülmektedir. Hastaların %57,6’sını evli ve %42,4’ünü ise bekâr bireyler oluşturmaktadır. Hastaların %54,1’lik (çalışmayan ve emekli) kısmını çalışmayan bireyler ve %45,9’lik bir kısmını ise çalışan bireyler oluşturmaktadır. Hastaların gelir düzeylerine göre dağılımlarını incelediğimizde grupların birbirlerine yüzde olarak çok yakın olduğu, 1500 TL ve altında geliri olanların oranının ise %61,2 düzeyinde olduğu görülmektedir. Eğitim durumuna göre hastaların, lise ve üzeri eğitim alanlarının oranı %74,2’dir. Hastalar hastaneye geliş sayılarına göre gruplandırıldığında en yüksek yüzdeye sahip grubun %47,3 ile bu polikliniğe en az dört ve daha fazla gelen grup olduğu ve sosyal güvencelerine göre ise hastaların %80,6’sının kamu sigortasına sahip bireylerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 1. Araştırma Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		F	%
Yaş	15-20	42	14,8
	21-25	55	19,4
	26-30	67	23,7
	31-35	41	14,5
	36-40	27	9,5
	41-72	51	18,0
	Toplam	283	100,0
Cinsiyet	Kadın	163	57,6
	Erkek	120	42,4
	Toplam	283	100,0
Medeni durum	Evli	159	56,2
	Bekâr	124	43,8
	Toplam	283	100,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	130	45,9
	Çalışmıyor	139	49,1
	Emekli	14	5,0
	Toplam	283	100,0
Ortalama gelir	0-200	110	38,9
	201-1500	91	32,2
	1501-5000	82	29,0
	Toplam	283	100
Eğitim	İlkokul	39	13,8
	Ortaokul	34	12,0
	Lise	107	37,8
	Lisans ve üzeri	103	36,4
	Toplam	283	100,0
Geliş sayısı	İlk kez	75	26,5
	İkinci kez	43	15,2
	Üçüncü kez	22	7,8
	Dördüncü kez	9	3,2
	Daha fazla	134	47,3
	Toplam	283	100,0
Sosyal güvence	Kamu Sigorta	228	80,6
	Özel Sigorta	32	11,3
	Sigortası Olmayan	23	8,1
	Toplam	283	100,0

Tablo 2’de Hastaların her bir ifadeye verdikleri cevapların 5’li Likert ölçeğine göre ortalama ve standart sapmaları yer almaktadır. Katılımcıların ifadelerine verdikleri cevaplara göre en yüksek ortalamayı “Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır” (3,86) ifadesi almıştır. Bu ifadeyi takiben “Hekimler hastaların hassas tıbbi bilgilerini konu ile ilgisi olmayan kişilerle paylaşmaz” (3,77) ifadesi gelmektedir. Katılımcıların verdikleri cevaplara göre en düşük ortalamaya sahip ifadeler “Hekimler, hastaların durumu para ödemeye elverirse bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.”(2,76) ve “Hekimimin kararlarına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam” (2,90) ifadesidir. Katılımcıların en fazla kararsız kaldıkları ifadelerin “Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir” ve “Eğer tedavimde bir hata yapılırsa idi hekimim benden onu gizlemez” olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Ölçek Maddelerine Verilen Cevapların Ortalamaları

	ORTALAMA	STANDART SAPMA	HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1.Hekimler, hastaların ihtiyaç duyduğu her türlü bakım için her ne gerekiyorsa yaparlar.	3,41	1,00	3,9	14,8	28,6	41,3	11,3
2.Hekimlerin tıbbi kararları genellikle doğrudur.	3,36	,88	0,7	19,8	27,6	46,6	5,3
3.Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.	3,28	,97	2,5	20,1	32,5	35,7	9,2
4.Hangi tedavinin en iyi olduğu konusunda hekimlerin kararları güvenilirdir.	3,45	,88	2,5	11,3	31,8	46,6	7,8
5.Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez.	3,33	1,03	3,2	21,6	24	40,6	10,6
6.Hekimler, hastalara tüm değişik tedavi seçeneklerini söyleme konusunda tamamen dürüsttür.	3,39	,99	1,8	21,9	22,3	43,5	10,6
7.Hekimler, hastaların hassas tıbbi bilgilerini konuyla ilgisi olmayan kimselerle paylaşmazlar.	3,77	,89	1,4	8,8	19,4	51,9	18,4
8.Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.	3,55	,89	1,1	13,1	26,5	48,4	11
9.Hekimler hastalarının durumu para ödemeye elverirse bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.	2,76	1,04	11	31,4	32,2	20,8	4,6
10.Benim hekimim genellikle benim ihtiyaçlarıma saygılıdır ve önceliği bu ihtiyaçlara vererek karar alır.	3,38	1,00	4,2	15,9	26,9	43,1	9,9
11.Ben hekimime güvenirim ve her zaman onun tavsiyelerini yerine getirmeye çalışırım.	3,73	0,85	0,7	9,5	20,8	53,7	15,2
12.Eğer hekimim bana bir şey söylerse, o doğrudur	3,48	,84	7	13,8	29,3	49,1	7,1
13.Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.	2,90	1,10	9,9	28,3	31,4	22,6	7,8
14.Eğer tedavim hakkında bir yanlışlık yapılsaydı hekimimin bana söyleyeceğine güvenirim.	2,92	1,03	7,8	28,6	32,5	25,4	5,7
15.Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.	3,01	1,03	7,1	24,7	34,2	27,6	6,4
16.Hekimim sağlığımı benim kadar çok önemser.	3,25	1,01	5,3	18,7	27,9	41,0	7,1
17.Eğer tedavimde bir hata yapılırsa, hekimim benden onu gizlemez.	3,00	1,05	8,8	23	33,2	29,3	5,7
18.Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır.	3,86	,78	1,1	7,4	9,9	67,1	14,5
19.Hekimim sosyal güvencem masrafları karşılamasa da uygun tıbbi kararlar verir.	3,15	,99	5,3	22,6	27,6	39,9	4,6
20.Hekimim fiyatı ne olursa olsun zorunlu tıbbi test ve prosedürleri yapar.	3,32	1,02	4,9	17,7	26,1	42,8	8,5
21.Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.	3,12	,97	4,6	23,7	30,7	36,4	4,6
22.Bir kez daha sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyduğumda tekrar aynı hekimi tercih ederim.	3,50	,97	3,2	11,7	30,7	40,3	14,1

Anketteki her bir ifadeye verilen cevaplar ile demografik değişkenler arasında farklılık olup olmadığı Independent t Testi ve Tek Yönlü Varyans analizi ile incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda demografik değişkenlere ilişkin farklılık yaratan ifadeler Tablo 3 ve Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo.3. Hastaların Eğitim durumuna göre farklılık yaratan ifadeler

	EĞİTİM DURUMU	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA	F	P (0,05)
Hekimler son derece dikkatli ve titizdir.	İlkokul	39	3.56	0,91	3,694	0,012*
	Ortaokul	34	3.64	0,88		
	Lise	107	3.22	0,98		
	Lisans ve lisansüstü	103	3.13	0,97		
Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez	İlkokul	39	3.51	1,14	3,190	0,024*
	Ortaokul	34	3.61	1,12		
	Lise	107	3.41	0,94		
	Lisans ve lisansüstü	103	3.10	1,03		
Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar.	İlkokul	39	3.61	0,74	3,016	0,030*
	Ortaokul	34	3.76	0,98		
	Lise	107	3.65	0,81		
	Lisans ve lisansüstü	103	3.34	0,95		
Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam.	İlkokul	39	3.38	1,18	6,462	0,000*
	Ortaokul	34	3.32	1,12		
	Lise	107	2.83	1,09		
	Lisans ve lisansüstü	103	2.65	0,97		

Tablo 3’da görüldüğü gibi eğitim durumuna göre dört ifadeye anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu ifadelerden “Hekimler son derece dikkatli ve titizdirler” ifadesine bakıldığında ortaokul eğitimi almış olan hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir (F=3,694, p=0,012). Farklığın hangi gruplardan kaynaklandığını analiz etmek için yapılan Tukey testi sonucunda farklılığın eğitimini ortaokul seviyesinde almış bireylerle, eğitimini lisans ve lisansüstü düzeyde almış olan bireyler arasında olduğu ortaya çıkmaktadır. “Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez” ifadesine bakıldığında ortaokul eğitimini almış olan hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir (F=3,190, p=0,024). Farklığın hangi gruplardan kaynaklandığını analiz etmek için yapılan Tukey testi sonucunda gruplar arasında farklılık ortaya çıkmamaktadır. “Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar” ifadesine bakıldığında ortaokul eğitimi almış olan hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir (F=3,016, p=0,030). Farklığın hangi gruplardan kaynaklandığını analiz etmek için yapılan Tukey testi sonucunda gruplar arasında farklılık ortaya çıkmamaktadır. “Hekimimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam” ifadesine bakıldığında ise ilkokul eğitimi almış olan hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir (F=6,462, p=0,000). Tukey testi sonucunda bu farklılık, eğitimini ilkokul düzeyinde tamamlayan bireyler ile eğitimini lise düzeyinde tamamlayan bireylerde görülmektedir. Aynı ifadeye verilen cevaplardan ortaya çıkan diğer bir farklılık ise eğitimini ortaokul düzeyinde alanlar ile lisans ve lisansüstü düzeyinde tamamlayan bireyler arasındadır.

Tablo.4.Hastaların Yaş Gruplarına Göre Farklılık Yaratan İfadeler

	YAŞ GRUPLARI	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA	F	P (0,05)
Eğer hekimim bana bir şey söylese, o doğrudur	15-20	42	3.35	0,85	3,128	0,009*
	21-25	65	3.27	0,84		
	26-30	67	3.59	0,81		
	31-35	41	3.24	0,85		
	36-40	27	3.66	0,78		
	41-72	51	3.74	0,79		
Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır.	15-20	42	3.95	0,69	3,009	0,012*
	21-25	55	3.78	0,85		
	26-30	67	4.04	0,40		
	31-35	41	3.48	0,95		
	36-40	27	3.88	0,75		
	51-72	51	3.94	0,94		
Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi bakımı sunar.	15-20	42	3.26	0,85	2,375	0,039*
	21-25	55	2.98	1,00		
	26-30	67	3.37	0,88		
	31-35	41	2.97	1,03		
	36-40	27	2.74	0,84		
	41-72	51	3.17	1,05		

Tablo 4’de görüldüğü gibi hastaların yaş gruplarına göre üç ifadeye anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu ifadelerden “Eğer hekimim bana bir şey söylese, o doğrudur” ifadesine bakıldığında 41-72 yaş grubu hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir (F=3,128, p=0,009). Farklığın hangi gruplardan kaynaklandığını analiz etmek için yapılan Tukey testi sonucunda farklılığın 21-25 yaş arası bireyler ile 31-35 yaş arasında ki bireylerde olduğu görülmektedir. Aynı ifadeye verilen cevaplara göre 31-35 yaş arasındaki bireyler ile 41-72 yaş arasındaki bireyler arasında da farklılık tespit edilmiştir. “Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır” ifadesine bakıldığında 15-20 yaş grubu hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir (F=3,009, p=0,012). Farklığın hangi gruplardan kaynaklandığını analiz etmek için yapılan Tukey testi sonucunda farklılığın 26-30 yaş arasındaki bireyler ile 31-35 yaş arasındaki bireylerde olduğu görülmektedir. “Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi hizmet sunar ifadesine bakıldığında 26-30 yaş grubu hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir (F=2,375, p=0,039). Farklığın hangi gruplardan kaynaklandığını analiz etmek için yapılan Tukey testi sonucunda farklılığın 26-30 yaş arasındaki bireyler ile 36-40 yaş arasındaki bireylerde olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada anketteki her bir ifadeye verilen cevaplar ile demografik değişkenler arasında farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan diğer analizlerde; hastaların cinsiyetine göre kadınlar ve erkekler arasında; medeni duruma göre de evli ve bekârlar arasında farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde hastaların sosyal güvencelerine göre (kamu sigortası, özel sigorta ve sigortası olmayanlar) de bir farklılık görülmemiş, ayrıca hastaların hastaneye geliş

sayısına (ilk kez, ikinci kez, üçüncü kez, dördüncü kez, daha fazla) göre de herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Bu bulgulara ilişkin tablolara burada yer verilmemiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Günümüzde genel kabul gören bakış açısına göre tıbbi uygulamaların özü ve temel dayanağını hasta-hekim ilişkisi oluşturmaktadır. Tedavinin başarısı hasta-hekim ilişkisinin şekline ve gücüne dayanır. Karmaşık ve dinamik olarak değerlendirilen bu ilişki, kültürel, toplumsal, ekonomik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından etkilenir ve belirlenir. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen değişik unsurlar arasında iletişim, güven, bütüncül yaklaşım, hekimin ve çağın hastalık kavramı ile tanı ve tedavi yöntemleri, tıp etiği eğitimi, hekimden, hastadan, hastalıktan ve sağlık sisteminden kaynaklanan etmenler gösterilmektedir. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen başlıca etmenler arasında iletişim ve güven yer alır. Hasta güveni, tedaviye uyumu ve sağlık kurumu ya da hekime devamlılığı, hasta memnuniyetini artıran bir etmen olarak görülmektedir. Hasta-hekim ilişkisi, karşılıklı destek, saygı ve güven gerektiren bir ilişkidir. Hastanın hekimine güven duyması tanı ve tedavi sürecinin etkinliği için gerekli ve önemli bir koşuldur. Bu çerçevede hastalıkların tanı ve tedavi sürecinin güvene dayalı olarak gerçekleştirilebilmesi için, öncelikle hasta ve hekim arasında sağlıklı bir iletişimin kurulması gerekmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, hastaların her bir ifadeye verdikleri cevapların 5’li Likert ölçeğine göre ortalama ve standart sapmalarına bakıldığında, en yüksek ortalamayı “Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır” (3,86) ifadesi almıştır. Bu ifadeyi takiben “Hekimler hastaların hassas tıbbi bilgilerini konu ile ilgisi olmayan kişilerle paylaşmaz” (3,77) ifadesi gelmektedir. Katılımcıların verdikleri cevaplara göre en düşük ortalamaya sahip ifadeler “Hekimler, hastaların durumu para ödemeye elvermese bile onlara bakacak kadar iyilikseverdirler.” (2,76) ve “Hekimin kararlarına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam” (2,90) ifadesidir. Katılımcıların en fazla kararsız kaldıkları ifadelerin “Hekimim sağlığım için gerekli harcamaları en azda tutmaya özen gösterir.” ve “Eğer tedavimde bir yanlışlık yapılırsa idi hekimim benden onu gizlemez” olduğu görülmektedir. Karsavuran vd (2011) tarafından yapılan araştırmada “Hekimim ihtiyaç duyduğunda beni hastaneye yatırır” ifadesi hastaların en fazla katıldıkları üç ifadeden biri olmuştur. Uludağ (2011) tarafından yapılan bir başka araştırmada hastaların doktorlara güven duyma durumu “hiç güvenilirmez” ile “oldukça güvenilir” derecelendirilmesi aralığında değerlendirilerek, hastalara 1’den 10’a kadar bir puan vermeleri istendiğinde hastaların doktorlara güven değeri ortalaması 6,13 olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada eğitim durumuna göre her bir ifade için yapılan farklılık analizleri sonucunda dört ifadeye anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu ifadelerden “Hekimler son derece dikkatli ve titizdirler”, “Bir hekim asla hastası için yanlış ilaç vermez” ve “Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar” ifadelerinde ortaokul eğitimi almış olan hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür. “Hekimin kararına güvenirim ve başka bir hekime başvurmam” ifadesinde ise ilkökul eğitimi almış olan hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Hasta-hekim ilişkisinde burada ele alınan ifadeler bakımından, hastaların eğitim durumuna göre yapılan değerlendirmelerin farklılaştığı söylenebilir. Karsavuran vd (2011) tarafından yapılan bir çalışmada “Hekimler, son derece dikkatli ve titizdirler” ve

“Hekimler, her zaman kendi bilgi ve gayretlerinin en iyisini hastaları için kullanırlar” ifadelerinde hastaların eğitim durumlarına göre farklılıklar bulunmuştur.

Bu araştırmada yaş gruplarına göre her bir ifade için yapılan farklılık analizleri sonucunda üç ifadeye anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu ifadelerden “Eğer hekimim bana bir şey söylese, o doğrudur” ifadesinde 41-72 yaş grubu hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür. “Hekimim ihtiyaç duyulduğunda beni hastaneye yatırır” ifadesinde 15-20 yaş grubu hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. “Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi hizmet sunar” ifadesinde 26-30 yaş grubu hastaların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Karsavuran vd (2011) tarafından yapılan bir araştırmada da “Hekimim bana yüksek kaliteli tıbbi hizmet sunar” ifadesinde hastaların yaş gruplarına göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Bu araştırmada anketteki her bir ifadeye verilen cevaplar ile demografik değişkenler arasında farklılık olup olmadığına ilişkin yapılan diğer analizler de yapılmış; hastaların cinsiyetine göre kadınlar ve erkekler arasında; medeni duruma göre de evli ve bekârlar arasında farklılık bulunamamıştır. Yılmaz (2005) tarafından yapılan araştırmada da çalışmaya katılan hastaların cevapları ile cinsiyetleri arasında yapılan karşılaştırmada cinsiyet ile sorulara verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Benzer şekilde eldeki bu araştırmada hastaların sosyal güvencelerine göre (kamu sigortası, özel sigorta ve sigortası olmayanlar) de bir farklılık görülmemiş, ayrıca hastaların hastaneye geliş sayısına (ilk kez, ikinci kez, üçüncü kez, dördüncü kez, daha fazla) göre de herhangi bir farklılık bulunamamıştır.

Sonuç olarak, bu araştırmada hasta-hekim ilişkisi bakımından hasta görüşleri incelenmiştir. Sağlık iletişimde hasta-hekim ilişkisi giderek önemini artıran bir konu olarak görülmektedir. Bu konunun çeşitli boyutlar ile üzerinde önemle durulması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu yöndeki araştırmaların daha geniş ölçeklerde ve hasta gruplarında yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. ATICI, Elif (2007a), Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33(1), s. 45-50.
2. ATICI, Elif (2007b), Hasta - Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33(2), s. 91-96.
3. BOL, Pınar, Gülnur Gül ve Ahmet Emin Erbaycu (2013), Hasta – Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında FMEA Model Analizinin Katkısı, İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 27(3), s.181-191.
4. ÇİFTÇİOĞLU B. Aydem ve Güven Ordun (2010). Hastaların Hekimlerin Kendileri ile Kurdukları İletişiminden Memnuniyet Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma, Öneri, 9(34), s. 109-118.
5. KARSAVURAN, Seda, Sıdıka Kaya ve Saadet Akturan (2011), Hasta-Hekim İletişiminde Güven: Bir Genel Cerrahi Polikliniği Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14(2), s. 185- 212.
6. KOCH Eckhardt ve Tolga Turgut (2004), Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış, Türk Psikiyatri Dergisi, 15(1), s. 64-69.
7. PEARSON, Steven D. and Lisa H. Raeke (2000), Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data, J Gen Intern Med, 15, p. 509-513.
8. ULUDAĞ, Ayhan (2011), Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.
9. YILMAZ Ayaz Aylin (2005), Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek Ünitesinde Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
10. YILMAZ, Sadık ve Vahide Baysal Akkaya (2009), Hekim ile Dermatoloji Hastaları Arasındaki İlişkide Güven Unsurunun Ölçülmesi, Türkderm, 43, s. 89-94.

DİYABET HASTALARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN SAĞLIK OKUR-YAZARLIĞI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Serap TAŞKAYA*

Bayram ŞAHİN**

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin etkinliği, etkililiği ve kalitesi, sağlık hizmetini alan bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri okuyabilme, anlayabilme ve davranışa geçirebilme yeteneği anlamına gelen sağlık okur-yazarlığı seviyelerine bağlıdır. Sağlık okur-yazarlığı özellikle diyabet gibi kronik hastalıklarda, hastaların hastalıklarını kontrol edebilmeleri, yönetebilmeleri ve tedaviye uyum sağlamaları konusunda hayati önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın amacı, diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerini belirlemek ve bu düzeyleri etkileyen sosyo-demografik ve klinik özellikleri ortaya koymaktır. Söz konusu amaçla yapılan çalışmanın evrenini Aksaray ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesine başvuran poliklinik hastaları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Anket toplam 360 diyabet hastası üzerinde uygulanmıştır.

Hastaların %65,3'ünün kısıtlı, %34,7'sinin yeterli sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Yapılan çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda hastaların sağlık okur-yazarlığını etkileyen faktörlerin; eğitim durumu, cinsiyet, gelir ve diyabetin tipi olduğu saptanmıştır. Buna göre erkeklerin, eğitim ve gelir durumu yüksek olanların, tip 1 diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçların klinisyenlere, sağlık yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına diyabetin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı önemli bilgiler sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okur-yazarlığı, Diyabet Hastaları, Sosyo-demografik Faktörler, Klinik Özellikler.

* Öğr.Gör., Aksaray Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü,
seraptaskaya@yahoo.com

**Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü,
baysahin@hacettepe.edu.tr

THE EFFECTS OF SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS ON THE HEALTH LITERACY LEVELS OF PATIENTS WITH DIABETES

ABSTRACT

The efficiency, effectiveness and quality of health care depends on health care services users' health literacy level which is defined as the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand the basic health information to make appropriate health decisions. Health literacy in chronic diseases such as diabetes are vital important to be able to control and manage their disease manage and adapt to adherence to treatment of patients.

The aim of this study is to determine the levels of health literacy and to examine the factors effecting health literacy of patients with diabetes. Outpatients of a public hospital, which is located in Aksaray province, are the universe of the study. Questionnaire forms were used as the instruments for data collection in the study. The questionnaire was completed by 360 patients with diabetes during face to face interviews.

It was found out that 65,3% of patients has limited health literacy and only 34,7% of the patient has a proficient health literacy level. At the end of the multiple logistic regression analyses, patients' health literacy levels depended on the level of education, gender and income. According to this, men, people who have high education and high income status, health literacy of patients with type 1 diabetes was found to have high levels. The results of the study are expected to provide important evidence-based information on diabetes management and war against disease for clinicians, health managers and health workers.

Key Words: Health Literacy, Patient with Diabetes, Socio-demographic Factors, Clinical Characteristics.

1. Giriş

Sağlık okur-yazarlığı bir terim olarak ilk kez Scott Simonds tarafından 1974 yılında “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” başlıklı makalede yer almıştır. Ancak literatürde yaygın şekilde kullanımı, Amerika’da 2003 yılında gerçekleştirilen Yetişkin Okur-Yazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan sonra başlamıştır. Kavram günümüzde halen, sağlık hizmetleri ile halk sağlığı alanlarındaki sağlık araştırmacılarının, kanun yapıcıların ve klinisyenlerin ciddi anlamda dikkatini çeken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Egbert ve Nanna, 2009: 1).

Sağlık okur-yazarlığı Nutbeam tarafından geliştirilen Dünya Sağlık Örgütü’nce de kabul edilen tanıma göre, sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerileridir (Nutbeam, 1998: 353). Tıp Enstitüsü (IOM) sağlık okur-yazarlığını, bireylerin uygun sağlık kararlarını almada ihtiyaç duydukları sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyabilme, anlayabilme, işleme ve davranışa geçirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (IOM, 2004: 32). Amerikan Tıp Birliği (AMA) ise kavramı; sağlık hizmetleri çevresindeki

işlevler için temel okuma ve gerekli sayısal görevleri yerine getirebilmeyi kapsayan beceri kümesi şeklinde açıklamıştır. Bu beceriler, bireylerin reçete edilen ilaçları, randevu fişlerini ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlama kabiliyetlerini de içermektedir (AMA, 1999: 553).

Görüldüğü üzere her ne kadar üzerinde çokta uzun olmayan bir süredir incelemeler yapılmakta olsa da sağlık okur-yazarlığı, farklı kuruluşlarca farklı şekillerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Ancak gene de söz konusu bu kuruluşlar ortak bir düşünce ile sağlık okur-yazarlığını; kişilerin yeni bilgi edinmeleri ve kullanmalarına izin veren, zaman içinde stabil olan, ancak eğitim programları ile iyileşen ve yaşlanma ya da patolojik süreçlerle kötüleşen bir dizi bireysel beceri olarak ele almaktadırlar (Baker, 2006: 878).

Sağlık okur-yazarlığı ile ilgili söz konusu kabiliyetlerin düzeyini belirlemek ve değerlendirmek için birtakım araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlar gelişim, yapı, ölçüm, kapsam ve ölçüm özellikleri konusunda farklılıklar göstermekte olsa da, sağlık okur-yazarlık düzeyini; düşük (yetersiz), orta (marjinal) ve yüksek (yeterli) olmak üzere üç düzeyde belirlemektedirler (Sayah ve Williams, 2012: 28). Ancak literatürde düşük ve orta düzey sağlık okur-yazarlığı yetersiz (limited) sağlık okur-yazarlığı düzeyi olarak tanımlanmakta ve sınıflandırmalarda genellikle sağlık okur-yazarlığı düzeyi; yetersiz ve yeterli olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Sequeira ve diğ., 2013:146).

Yetersiz düzeydeki sağlık okur-yazarlığına sahip kişilerin sağlık bilgisinin daha az olduğu, hastalık ve tıbbi bakım yönergelerini anlamada zorluklar yaşadığı, kardiovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklarda kronik hastalıklarının bakım ve yönetiminde ise yetersiz kaldıkları bilinmektedir (Kanj ve Mitic, 2009: 16-25). Özellikle diyabet hastalarının ilaç alma, sağlıklı gıda tüketme, glikoz düzeyini izleme ve riskleri azaltma gibi yapmaları gereken bir takım aktiviteler bulunmaktadır. Ancak bu düzeydeki sağlık okur-yazarlığı söz konusu olduğunda diyabetli bireyler, tedaviye ve diyeteye uyum, glikoz kontrolü ve risk belirtilerini takip gibi bu tip faaliyetler ile baş edememektedirler. Ayrıca diyabet hastalarında çoklu komplikasyonlar, tekrarlanan hastane yatışlar ve tıbbi maliyetlerde artışlar genellikle yetersiz sağlık okur-yazarlığı neticesinde meydana gelmektedir (Boren, 2009: 203).

Tüm bu nedenlerden dolayı, diyabetli hastaların, hastalıkları ve hastalıkları süresince karşılaşılabilecekleri semptomlar ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olması, yani sağlık okur-yazarlık düzeylerinin artırılması gerekmektedir (Coffman ve diğ., 2012: 4). Hastaların sağlık okur-yazarlığını arttırmak içinse, öncelikle sağlık okur-yazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve bu düzeyi etkileyen faktörlerin neler olduğunun irdelenmesi lazımdır.

Söz konusu sorun nedeniyle yapılan bu araştırmanın amacı da diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerini belirlemek ve bu düzeyleri etkileyen sosyo-demografik ve klinik özellikleri ortaya koymaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçların karar vericilere, sağlık yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına diyabetin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı önemli bilgiler sağlaması beklenmektedir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı düzeylerini belirlemek ve bu düzeyleri etkileyen sosyo-demografik ve klinik özellikleri ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Aksaray Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniklerine başvuran diyabet hastaları oluşturmaktadır. Söz konusu hastanenin dört adet dâhiliye polikliniği bulunmaktadır. Bu polikliniklere, hastanenin Bilgi İşlem Merkezi'nden alınan verilere göre 2013 yılı itibari ile toplam 4428 adet diyabet hastası başvurmuştur. Örneklemen belirlenmesinde ise evreni bilinen heterojen gruplar için 4428 kişilik evrenden alınacak örneklem sayısının %95'lik güven düzeyi için, 354 kişiyle yeterli olacağı hesaplanmış ve bu sayı yuvarlanarak örneklem sayısının 360'a tamamlanmasına karar verilmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Bu çalışma analitik nitelikte kesitsel bir saha araştırmasıdır. Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir ve sağlık güvencenin varlığı bilgilerini içeren, diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu toplam 5 soruya yer verilmiştir. Veri toplama aracının ikinci bölümünde, hastaların kaç yıldır diyabet hastası olduğunu, diyabet tipini, önerilen tedavi türünü, hastanın diyabetten dolayı oluşan hastalıkları (komplikasyon) ile sahip olduğu diğer hastalıklarını (komorbidite) belirlemeye yönelik 5 sorudan oluşan, hastanın klinik bilgilerini ortaya koyan maddeler bulunmaktadır. Anketin son bölümünde ise hastaların sağlık okur-yazarlıklarını belirlemek amacıyla, Haun ve diğ. tarafından (2009) sağlık okur-yazarlığı düzeyini ölçmeye yönelik hazırlanan Kısa Sağlık Okur-yazarlığı Tarama Aracı (Brief Health Literacy Screening Tool-BRIEF) kullanılmıştır. Ölçeğin sağlık okur-yazarlığını ölçmeye yönelik 4 adet sorusu bulunmaktadır ve “1=Her zaman, 5=Hiçbir zaman” arasında olan beşli Likert Ölçeği ile derecelendirilmiştir. Ankette toplam 17 puan ve üzeri almak yeterli sağlık okur-yazarlığına, 16 ve altı puan almak ise kısıtlı/yetersiz sağlık okur-yazarlığı düzeyine tekabül etmektedir. Anketin ikinci sorusu ters skorlandırılmakta olup soruların içsel güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. (Haun ve diğ, 2009: 25).

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS programı (15.0) ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamındaki diyabet hastalarının özellikleri ve sağlık okur-yazarlığı düzeylerine ilişkin veriler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Çalışmanın temel amacı olan sosyodemografik ve klinik özelliklerin sağlık okur-yazarlığı düzeyine etkisine karar vermek için çoklu değişkenli lojistik regresyon modelleri kullanılmıştır.

3. Bulgular

Sağlık Bakanlığı Aksaray Devlet Hastanesi dâhiliye polikliniklerine başvuran diyabet hastaları üzerinde yapılan bu çalışmaya toplam 360 kişi katılmış olup katılımcılara ait sosyo-demografik ve klinik özelliklerin dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo1. Diyabet Hastalarının Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	n	(%)	Değişkenler	n	(%)
Cinsiyet			Diyabet Tipi		
Kadın	232	64,4	Tip 1	36	10
Erkek	128	35,6	Tip 2	324	90
Medeni durum			Tedavi Tipi		
Evli	264	73,3	İnsülin	148	41,1
Evli Değil	96	26,7	Oral Antidiyabetik	212	58,9
Eğitim durumu			Komplikasyon		
İlkokul ve altı	239	66,4	Yok	289	80,3
Orta+Lise	91	25,3	Var	71	19,7
Üniversite	30	8,3	Komorbidite		
Sağlık güvencesi			Yok	224	62,2
Yok	31	8,6	Var	136	37,8
Var	329	80,6			
	Ort.	S.Sapma		Ort.	S.Sapma
Gelir (TL)	1056,81	663,03	Diyabetin Süresi	8,94	7,00

Tablo 1’de örneklem grubundaki diyabet hastalarının demografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında, kadınların payının örneklemin neredeyse 2/3’üne tekabül ettiği, çoğunluğun evlilerden (%73,3) oluştuğu, eğitim durumu açısından %66,4’ünün ilkokul mezunu ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 1’de hastaların klinik özelliklere göre dağılımları incelendiğinde ise %90’nın tip 2 diyabetlilerden oluştuğu, %20’sinde komplikasyon, %38’sinde ise komorbidite geliştiği görülmektedir. Diyabetli hastalarda komplikasyon durumu; kalp hastalığı, göz ve nefropati hastalıkları olarak tespit edilmiştir. Komorbidite ise hipertansiyon, hiperlipidemi, çölyak, depresyon, ve astımdan ibarettir. Ortalama diyabet süresi ise 8,94 yıl ($\pm 7,00$) olarak bulunmuştur.

Tablo 2’de hastaların sağlık okur-yazarlığı düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre diyabet hastalarının %65,3’ünün yetersiz sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Diyabet Hastalarının Sağlık Okur-Yazarlığı Düzeyleri

	Sayı	Yüzde
Yetersiz	235	65,3
Yeterli	125	34,7
Toplam	360	100,0

Diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığını etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla sağlık okur-yazarlığı kısıtlı-yüksek olmak üzere iki kategorili bağımlı değişken olarak ifade edilmiş ve hastaların bu gruplara üye olma durumunu en iyi açıklayan bağımsız değişkenler kombinasyonunu belirlemeye yönelik çoklu lojistik regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

Çoklu lojistik regresyon çözümlemesinde amaç az değişken kullanarak açıklayıcılık oranı yüksek bir model elde etmek olduğu için tek değişkenli lojistik regresyon analizleri yapılmış ve medeni durum, sağlık güvencesi, tedavinin şekli ve komplikasyon değişkenlerinin p değeri 0,25'ten fazla olduğu için çok değişkenli analize alınmamıştır. Model seçiminde aşamalı yöntem kullanılmış ve ileriye doğru seçim yöntemi tercih edilmiştir.

Tablo 3'te yer alan çoklu lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık okur-yazarlığını etkileyen en önemli değişkenler sırasıyla eğitim, cinsiyet ve gelir değişkenleridir.

Tablo 3. İleriye Yönelik Seçim Yöntemli Analiz Sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Constant	-2,298	0,29	62,904	1	<,001	0,100		
Cinsiyet Erkek	1,211	,279	18,858	1	<,001	3,26	1,899	5,597
Eğitim durumu			69,843	2	<,001			
Orta-Lise	1,412	,296	22,743	1	<,001	4,102	2,297	7,328
Üniversite	3,454	,803	18,481	1	<,001	31,620	6,548	152,694
Gelir	0	0	3,797	1	0,05	1,000	1,000	1,001

Modelin uyum iyiliği incelendiğinde Cox & Snell R^2 (0,297) ve Nagelkerke R^2 (0,410) değerleri 0,2'nin üzerinde olduğu için ve bir diğer uyum iyiliği testi olan Hosmer ve Lemeshow test sonucu anlamlı çıkmadığı ($X^2 = 3,045$; $p=0,881$) için modelin veri uyumunun iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca model uyumunun bir diğer göstergesi olarak modelin doğru sınıflama yüzdesinin %78,3 olduğu ve ROC eğrisi altında kalan alanın 0,5'ten anlamlı derecede yüksek olduğu ($0,831 \pm 0,023$; $p<,001$) için modelin sınıflandırma performansının yüksek olduğu söylenebilir.

4. Tartışma ve Sonuç

Elde edilen bulgular neticesinde diyabet hastalarının genel sağlık okur-yazarlık seviyeleri (3,19±1,52) orta noktanın biraz üzerindedir. Sağlık okur-yazarlığının gruplandırılmaları yapıldığında, hastaların %65,3'ünün yetersiz sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Aikens ve Piette (2009) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastalarının (n=803) yaklaşık yarısının yetersiz sağlık okur-yazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Ancak Paasche-Orlow ve diğ. (2005) tarafından hastaların (n=31,129) sağlık okur-yazarlıkları ile ilgili 85 makalenin değerlendirildiği meta analiz çalışmasında, hastaların genel olarak yetersiz sağlık okur-yazarlığı düzeyinin %26 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan lojistik regresyon analiz sonucunda sosyo-demografik ve klinik değişkenler açısından incelendiğinde, cinsiyet, gelir ve eğitim durumunun diyabet hastalarının sağlık okur-yazarlığı üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Cinsiyetle ilgili olarak erkeklerin kadınlara oranla sağlık okur-yazarlığı daha yüksektir. Bu durumun eğitim seviyesi ile alakalı olduğu ve erkeklerin eğitim düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğundan dolayı sağlık okur-yazarlıklarının düzeylerinin de daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Cho ve diğ. (2008) tarafından Amerika'daki diyabetli yaşlı hastalar (n=489) üzerinde yapılan çalışma erkek hastaların sağlık okur-yazarlığının kadın hastalara oranla fazla olduğu bulunmuştur. Ancak Shah ve diğ.'nin (2010) farklı sağlık programlarına başvuran 1014 hasta ile yaptıkları çalışmada ise kadınların sağlık okur-yazarlığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşın Paasche-Orlow ve diğ. (2005) tarafından hastaların (n=31,129) sağlık okur-yazarlıkları ile ilgili 85 makalenin değerlendirildiği meta analiz çalışmasında, hastaların cinsiyetlerinin sağlık okur-yazarlığını etkilemediği saptanmıştır.

Sağlık okur-yazarlık seviyesini etkileyen bir diğer değişken eğitimidir. Eğitim arttıkça, kişilerin sağlık ve hastalık konusundaki bilgileri kavramaları ve hayatlarına tatbik etmelerinin daha kolay olacağı düşünülmektedir. Cho ve diğ. (2008) tarafından Amerika'daki diyabetli yaşlı hastalar (n=489) üzerinde yaptıkları çalışma hastaların sağlık okur-yazarlığını en fazla eğitim düzeyinin etkilediğini, eğitim düzeyi arttıkça sağlık okur-yazarlığının da arttığını göstermiştir. Benzer şekilde İshikawa ve diğ.'nin (2008) ileri yaştaki diyabetli poliklinik hastaları (n=138) ile gerçekleştirdikleri çalışmada da eğitim düzeyi düşük olan diyabetli hastaların sağlık okur-yazarlık seviyelerinin de düşük olduğu bulunmuştur.

Gelir düzeyi arttıkça sağlık okur-yazarlığı artmaktadır. Gelir ve sağlık okur-yazarlığı ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda da, gelir düzeyi arttıkça, kişilerin eğitim materyallerine ulaşma düzeyi artacağından ve sağlıkları konusunda daha bilinçli olabileceklerinden dolayı sağlık okur-yazarlığı düzeylerinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Örneğin Cavanaugh ve diğ. (2008) 389 diyabet hastası ile yaptığı çalışmada da kişilerin gelirleri arttıkça sağlık okur-yazarlıklarının da arttığı görülmüştür. İshikawa ve diğ.'nin (2008) ileri yaştaki diyabetli poliklinik hastaları (n=138) ile gerçekleştirdikleri çalışmada da gelir düzeyi düşük olan diyabetli hastaların sağlık okur-yazarlık seviyelerinin de düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmadan elde edilen bu sonuçlara göre sağlık okur-yazarlığının artırılması için, hastaların genel okur-yazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik toplum tabanlı çalışmaların yaygınlaştırılması ve desteklenmesi, hastaların hastalıkları konusunda daha fazla bilgilendirilmeleri ile sağlık okur-yazarlığının iyileşmesine sebebiyet veren uygun ve etkin eğitim materyallerinin oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca hastaneye başvuran hastalar ile farklı disiplinlerdeki sağlık çalışanlarını bir araya getiren yüz yüze görüşme olanaklarının sağlanması, yetersiz sağlık okur-yazarlığına sebebiyet veren durumların alıştırılması ile gerekli müdahalelerin uygulanması da önerilebilir.

Kaynaklar

1. AIKENS, James.E. and Piette John.D. (2009). Diabetic Patients' Medication Underuse, Illness Outcomes, And Beliefs About Antihyperglycemic And Antihypertensive Treatments. *Diabetes Care*, 32, 19-24.
2. ALPAR, Reha. (2011). Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler, Detay Yayıncılık, Ankara.
3. AMA (American Medical Association). (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
4. BAKER, David W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878–883.
5. BOREN S. (2009). A Review of Health Literacy and Diabetes: Opportunities for Technology. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3 (1), 202-209.
6. CAVANAUGH, Kerry, Huizinga, M.M., Wallston, K.A., Gebretsadik, T., Shintani ,A., Davis, D. et al. (2008). Association Of Numeracy And Diabetes Control. *Ann Intern Med*, 148(10), 737–46
7. COFMANN, M.J., Norton, C.K. and Beene, L. (2012). Diabetes Symptoms, Health Literacy, And Health Care Use İn Adult Latinos With Diabetes Risk Factors. *J Cult Divers.*, 19(1),4-9.
8. ÇOKLUK, Ömay. (2010). Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi, 10(3), 1357-1407.
9. EGBERT, Nichole and Nanna, Kevin M. (2009). Health Literacy: Challenges and Strategies. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), 1-9.
10. HAUN, Jolie, Noland-Dodd, V., Varnes, J., Graham-Pole, J., Rienzo, B. and Donaldson, P (2009). Testing the BRIEF Health Literacy Screening Tool. *Federal Practitioner*, December, 24-31.
11. IOM (Institute of Medicine). (2004). Health Literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC, National Academies Press.
12. ISHIKAWA, Hirono, Nomura, K., Sato, M. and Yano, E. (2008). Developing A Measure Of Communicative And Critical Health Literacy: A Pilot Study Of Japanese Office Workers. *Health Promot Int*, 23, 269-274.
13. KANJ, Mayagah and Mitic, Wayne. (2009). *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. 7. Global Conference on Health Promotion Nairobi, Kenya.
14. NUTBEAM D. (1998) Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13, 349–364.
15. PAASCHE-ORLOW, Michael. K., Parker,R.M, Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohlman, L.T. ve Rudd, R.R. (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. *J Gen Intern Med*, 20,175–184.
16. SAYAH, Fatima A. and Williams, Beverly. (2012).An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 27-31.

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8.KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2011

17.SHAH, Lisa C., West, P., Bremmeyr, K. and Savoy-Moore, R.T. (2010). Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. *JABFM*, 23(2), 1-8.

18.SEQUEIRA, Shwetha S., Eggermont, L. H. P. Sillman, R.A. Bickmore, T.W et all. (2013). Limited Health Literacy and Decline in Executive Function in Older Adults. *Journal of Health Communication*, 18:143–157

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ: SAĞLIK HİZMETİ SUNAN VE ALAN ÖĞRENCİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sultan GÜÇLÜ*

Ruhi Selçuk TABAK**

Gülşah EREN***

ÖZET

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıkla ilgili etkili ve uygun kararları verebilmeleri, sağlık hizmetlerinden optimal düzeyde yararlanabilmeleri için sağlık bilgilerini okuma, anlama ve kullanma becerisidir. Bu araştırma, sağlık hizmeti sağlayan öğrencilerle diğer meslek gruplarındaki öğrenciler arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada örneklem seçilmemiş, 19-30 Aralık 2013 tarihleri arasında Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Fen-Edebiyat Fakültesi derslikleri ziyaret edildiğinde ulaşılabilen son sınıf öğrencileri araştırmaya dahil edilmiştir. Yaş ortalamaları $22,28 \pm 1,70$ olan 135 öğrencinin %62,2'si kadın, %37,8'i erkektir. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, diğerlerinden daha yüksek çıkmıştır. Sosyal güvencesi olmayan ve gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük, evde ortalama kitap sayısı fazla olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ise yüksek bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin etkili yönetiminde, verimliliğinde, sağlık eğitiminde ve iletişimde önemli yeri olan sağlık okuryazarlığının doğru sağlık davranışları ile ilgili temel öğrenmeler için fırsatlar oluşturarak hayatın olabildiğince erken dönemlerinde geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: sağlık eğitimi, sağlık iletişimi, sağlık okuryazarlığı

* Yrd.Doç.Dr., Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, sultanguclu82@gmail.com

** Prof.Dr., Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ruhsevtun@ttmail.com

*** Öğrenci, Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, glsheren1@gmail.com

UNIVERSITY STUDENTS' HEALTH LITERACY LEVELS: A COMPARISON BETWEEN HEALTH-CARE RECEIVERS AND PROVIDERS

ABSTRACT

Health literacy is a competency of reading, perceiving and implementing health knowledge for making effective and appropriate decisions, and benefiting health care at an optimal level. This study was conducted to compare the health literacy levels of health care providing students with of the students using health care. No sampling was done in this descriptive study. The group of participants consisted of 135 senior students reached in Health School and Faculty of Science and Literature in Dumlupınar University, Kütahya. Average of the students was 22,28±1,70 years, and 62,2 % of them were female, and 37,8% were male. Health literacy levels of Health School students were found to be significantly higher than of the other faculty students. While health literacy levels of the students with no social security and lower income were found lower than of the other students. Also, the students who had more books at home than the others showed higher health literacy levels. Health literacy, which had an important part in effective management and efficiency of health services, as well as both in health education and communication should be improved especially in early periods of life in order to establish possibilities for health behaviours and basic learnings.

Key Words: health education, health communication, health literacy

1.Giriş

Günümüzde okuryazarlık, yazı sembolleri ile gerçekleştirilen bir eylem olmanın çok ötesinde, pek çok zihinsel beceriyi, dili kullanarak gerçekleştirilen iletişim becerilerini ve tutumlarını ifade eden, kültür ve gelenek kelimeleriyle tanımlanan bir eğitim terimidir (Aşıcı, 2009).

UNESCO tarafından 1951 yılında yapılan tanımda ise; okuryazar, günlük hayatı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi anlayarak okuyup yazabilen kişi olarak ifade edilmiştir (Yıldız ve ark.,2011).

1966 yılında ise, Paris'te icra edilen UNESCO'nun 14. Genel Konferansı'nın 1. 441. maddesi gereği 08 Eylül, Uluslararası Okuryazarlık Günü olarak ilan edilmiş, okuryazarlığın sadece okuma yazma ile kısıtlı olmadığı, saygınlık, fırsat ve kalkınma anlamına da geldiği vurgulanmıştır (http://unesco.org.tr/dokumanlar/10_yil/gunler.pdf).

Bireylerin toplumsal birikimlerden faydalanmaları, ilgili bilgiyi kullanmayı öğrenmeleri ve etkin değişimler yaratmaları okuryazarlıkla mümkündür. Burada bilginin özümsemesi kadar, edinilen bilgiler üzerine yeni okuryazarlık türlerinin yapılandırılması da büyük önem kazanmaktadır. Farklı işlevleriyle okuryazarlık kavramı çeşitlenmektedir (Önal, 2010). Sağlık okuryazarlığı alanında da son yıllarda kuramsal olarak yoğun çalışmaların olduğu gözlemlenmektedir.

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974'te sağlık eğitiminin sağlık sistemini, kitle iletişimini ve eğitim sistemini etkileyen bir sosyal politika sorunu olarak tartışıldığı bir sağlık eğitimi konferansının muamele sürecinde yayınlanmış ve S.K. Simons'un "Health Education as Social Policy" adlı kitabında kullanılmıştır (Akt. Ratzan, 2001).

Sağlık okuryazarlığı; sağlık sistemini yönetmek (karmaşık formları doldurmak, hizmet ve sağlayıcılarını bulmak dahil olmak üzere), hizmet verenlerle kişisel bilgi paylaşımı (sağlık öyküsü gibi), öz bakım ve kronik hasta yönetimi ile meşgul olmak, olasılık ve risk gibi matematiksel kavramları anlamak gibi insanların bazı yetenekleri üzerinde son derece etkilidir (Quick Guide to Health Literacy, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü ise, sağlık okuryazarlığını: “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlanmıştır (WHO Health Promotion Glossary, 1998).

Sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam tarzı seçimi ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı gibi sadece kişisel yararları olan bireysel bir kaynak değildir. Nüfusun büyük bir kesiminin yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine ulaşması, sağlık için etkili toplumsal hareket sağlanması ve sosyal sermayenin gelişimine katkı sağlanması gibi sosyal yardım ve katkı sağlayacaktır (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerilerini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, sağlık hizmetleri talimatlarını doğru okuma ve anlamayı geliştirir ve destekler. Kaynakların doğru kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının oluşturulmasını, bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığının üzerinde yetkin olmasını güçlendirir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004).

Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireyler; yeterli sağlık bilgisine sahip, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanan, yaşam kalitesinin ve sağlık hizmeti kalitesinin yükselmesine, sağlık hizmetleri maliyetinin azalmasına neden olurlar (Kanj ve Mitic, 2009; Baur, 2010).

Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda kişilerin sağlık ve sağlık sistemi bağlamındaki haklarını anlamak ve kendileriyle ilgili davranışları anlamak için hastalara olanak vermektir. Bireysel sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam tarzına uyum sağlama ve sağlıklı seçimler yapmak için bilgi ve beceri sahibi olmasıdır. Düşük sağlık okuryazarlığının zararlı tıbbi yanlışlıklar kadar, önlenebilir sağlık bakım harcamalarıyla milyonlarca dolara mal olduğu bilinmektedir (Aslantekin, 2008).

Sağlık okuryazarlığı dahilinde; sağlık hakkının, hasta haklarının bilincinde olmak, ilaç prospektüslerinin, kamu sağlığı duyurularının, sağlık haberlerinin, sağlık eğitimi materyallerinin vb. anlaşılması, aynı zamanda da bireylerin kendi hastalık ya da rahatsızlıkları ile ilgili olarak sağlık hizmeti sağlayan kişi ve kurumlara ulaşma becerileri değerlendirilir. Sağlık okuryazarlığı hem sağlık hizmeti sağlayanların, hem de bireylerin sorumluluğudur (Çınarlı, 2012).

Bu bakış açıları birleştirildiğinde sağlık okuryazarlığı; yaşam yılı ve kalitesini artıran, sağlık eşitsizliklerini gideren, sağlık profesyonelleri için iletişim ve klinik becerilerin kazanılması, sağlık hizmeti alanlar için de okuma, dinleme, analiz etme, anlaşılır olabilmeyi ve karar mekanizmasına dahil olmayı sağlayan bir öge olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı kavramı; sağlık hizmeti alan kesim ile sağlık hizmeti veren kesimler arasında iletişimin güçlendirilmesini ve kendilerini daha iyi ifade edebilme fırsatını sağlar.

2.Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, sağlık hizmeti veren öğrencilerle, sağlık hizmeti alan öğrenciler arasındaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Dumlupınar Üniversitesi son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada örneklem seçilmemiş, 19-30 Aralık 2013 tarihleri arasında Sağlık Yüksekokulu ve Fen-Edebiyat Fakültesi derslikleri ziyaret edildiğinde ulaşılabilen 135 son sınıf öğrencisi araştırmaya dahil edilmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Gözlem altında uygulanan araştırmada veri toplama araçları olarak REALM ve NVS değerlendirme ölçekleri ile 28 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

REALM Değerlendirme Ölçeği: Davis ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir. Bir hastanın, hasta eğitim materyallerini veya sözlü talimatları uygun şekilde kullanabilmesine ilişkin okuryazarlık düzeyini tahmini olarak değerlendirmek için tasarlanmıştır. REALM ölçeği 66 tıbbi kelimenin zorluk derecesine göre tek heceliden başlayıp çok heceli kelimelere doğru sıralanmasından oluşmuş bir kelime tanıma testidir. Bu REALM kelimeleri yaygın tıbbi kelimeler, vücut parçaları ve hastalık terimlerinden oluşmaktadır. REALM ölçeği 2-3 dakikada yapılır ve puanlanır. Puanlamada sözlükteki telaffuzlar referans alınır. Her liste için doğru kelime sayısı belirlenip genel toplam doğru sayısı puan kısmına not düşülür. 0-18 arası puan en düşük okuma yazma materyallerini okumanın mümkün olmadığını gösterir. 19-44 arası puan düşük okuma yazma materyallerine ihtiyaç olabileceğini, reçete etiketlerini okumanın zor olabileceğini gösterir. 45-60 arası puan alan çoğu kişi eğitim materyallerini okumakta çaba harcayabilir. 61-66 arası puan, çoğu kişinin eğitim materyallerini okumasının mümkün olduğunu gösterir.

Newest Vital Sign (NVS) Değerlendirme Ölçeği: Test bir takım senaryolardan oluşur. Katılımcılar bunu okur ve sonrasında katılımcılara 6 soru sözlü olarak yöneltilir. Katılımcılardan ilgili senaryoya ilgili soruları cevaplandırmaları istenir. Test matematiksel kavramları kullanabilen katılımcılara verilir. NVS'nin niteliksel soruları hem okuduğunu anlama hem de matematiksel yetenek gerektirmektedir. Bu yetenekler temel sağlık bilgilerini anlama ve yönetme ile doğrudan ilişkilidir. Bu testle okuma yazma, nümerik, problem çözme ve anlama yetenekleri değerlendirilir. 18-85 yaş grubuna uygulanabilen bu testin tamamlanması yaklaşık üç dakikayı bulur. 0-1 puan %50'den büyük bir olasılıkla yetersiz okuryazarlığı, 2-3 puan sınırlı okuryazarlığı, 4-6 puan ise büyük olasılıkla yeterli okuryazarlığı gösterir. Testteki nicel sorular hem okuduğunu anlama hem de sayısal beceri gerektirir ve bu yetenekler de doğrudan temel sağlık bilgilerinin anlaşılması ve yönetimi ile ilişkilendirilebilir (Mancuso, 2009).

3.Bulgular

Yaş ortalamaları $22,28 \pm 1,70$ olan 135 öğrencinin %62,2’si kadın, %37,8’i erkektir. Öğrencilerin %55,6’si sağlık yüksekokulunda, %44,4’ü fen-edebiyat fakültesinde öğrenim görmektedir. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin % 70,7’si, fen edebiyat fakültesi öğrencilerinin % 50’si ilaç prospektüslerini her zaman okuduklarını, sağlık hizmeti sunan öğrencilerinin % 60’ı, sağlık hizmeti alan öğrencilerinin % 33,3’ü sağlık personeli tarafından verilen basılı materyalleri rahatlıkla okuyabildiklerini belirtmişlerdir (Tablo 1).

Ayrıca, sosyal güvencesi olmayan ve gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri düşük, evde ortalama kitap sayısı fazla olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ise yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 1. Sağlık Hizmeti Sunan ve Alan Öğrencilerin Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

	Her Zaman		Bazen		Hiçbir Zaman		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>İlaç prospektüslerini okur musunuz?</i>									
Sağlık hizmeti sunan öğrenciler	53	70,7	21	28,0	1	1,3	75	100	.004
Sağlık hizmeti alan öğrenciler	30	50,0	24	40,0	6	10,0	60	100	
<i>İlaç prospektüslerindeki bilgileri anlayabiliyor musunuz?</i>									
Sağlık hizmeti sunan öğrenciler	42	56,0	29	38,7	4	5,3	75	100	.001
Sağlık hizmeti alan öğrenciler	18	30,0	33	55,0	9	15,0	60	100	
<i>Sağlıkla ilgili yeni bilgiler edinmek için araştırma yapar mısınız?</i>									
Sağlık hizmeti sunan öğrenciler	35	46,7	40	53,3	-	-	75	100	.000
Sağlık hizmeti alan öğrenciler	8	13,3	34	56,7	18	30,0	60	100	
<i>Herhangi bir tedaviyle ilgili verilen basılı materyalleri rahatlıkla anlayabiliyor musunuz?</i>									
Sağlık hizmeti sunan öğrenciler	45	60,0	29	38,7	1	1,3	75	100	.001
Sağlık hizmeti alan öğrenciler	20	33,3	37	61,7	3	5,0	60	100	

Tablo 2’de gösterildiği gibi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, diğer öğrencilerinkinden daha yüksek çıkmıştır ($p < 0.01$). REALM Değerlendirme Ölçeği’ne göre sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ortalama puanları $63,7 \pm 1,7$, fen edebiyat fakültesi öğrencilerinin ortalama puanları $59,1 \pm 7,6$ ’dır. NVS Değerlendirme Ölçeği’ne göre sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ortalama puanları $5,2 \pm 1,0$ iken, fen edebiyat fakültesi öğrencilerinin ortalama puanları $3,5 \pm 1,0$ ’dır.

Tablo 2. Sağlık Hizmeti Sunan ve Alan Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması

		n	%	\bar{x}	sd	t	df	p
REALM <i>Değerlendirme Ölçeği</i>	Sağlık hizmeti sunan öğrenciler	75	55,6	63,7	1,7	5,0	133	.000
	Sağlık hizmeti alan öğrenciler	60	44,4	59,1	7,6			
NVS <i>Değerlendirme Ölçeği</i>	Sağlık hizmeti sunan öğrenciler	75	55,6	5,2	1,0	9,1	133	.000
	Sağlık hizmeti alan öğrenciler	60	44,4	3,5	1,0			

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda fen edebiyat fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri sağlık hizmeti sunan öğrencilerinkinden düşük çıkmıştır. Ancak, sadece sağlık hizmeti sunan öğrencilerin değil diğer bütün öğrencilerin ve yetişen neslin sağlık okuryazarlığının artması gerekmektedir. Yıldız ve Ergeneci'nin 2000 yılında “Bir öğretmen grubunun bazı sağlık konularında bilgi gereksiniminin saptanması” adlı çalışmasında, araştırma grubundaki öğretmenlerin temel sağlık bilgi durumlarının yetersiz olduğu, sağlıkla ilgili yanlış ya da yetersiz bilgilere sahip oldukları, evlerinde sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının çok olduğunu ifade etseler de, kurs ve seminerlere katıldıklarını belirtse de, sağlık bilgisi konusunda büyük bir açıklarının olduğu ve ciddi bir sağlık eğitime gereksinimlerinin bulunduğu saptanmıştır (Aktaran Eraslan ve Matyar, 2010). Sağlık okuryazarlığını toplumsal ve bireysel faktörler etkilediği gibi kültürel ve kavramsal bilgi, konuşma, dinleme, okuma, yazma, sayısal beceriler de etkilemektedir (Nielsen-Bohlman ve ark., 2004). Bir bireyin sağlık okuryazarlığından bahsedebilmek için, o kişinin okuryazarlık düzeyinden de bahsetmek gerekmektedir. Okuryazarlığı olmayan ya da yetersiz okuryazarlık düzeyine sahip bir bireyin sağlık okuryazarlığının yüksek olması beklenemez. Sağlık okuryazarlığında kelimeleri anlama, anahtar noktaları fark etme ve sayıları okuyup yorumlayabilmek önemlidir (Sezgin, 2011). Bizim çalışmamızda da evde ortalama kitap sayısı fazla olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı, günümüzde sağlık bilinciyle ilgili bireysel kapasitenin artırılmasının çok daha ötesinde kamu, sağlık hizmeti sağlayanlar ve medya tarafından paylaşılan bir sorumluluk olmalıdır. Bunun için de insanların iyilik haline ve eşit sağlık koşullarına ulaşmasını olanaklı kılan en yüksek korumayı sağlamak için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, sivil toplum kuruluşları ve üniversiteler tarafından insan hakları gözetilerek sağlık için savunuculuk yapılması, öncelikle genel okuryazarlık düzeyinin ve ardından sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmaların desteklenmesi, bireylerin kendi sağlıkları konusunda bireysel sorumluluklarını artırıcı faaliyetlerin planlanması, sağlık çalışanları tarafından hastaların sağlık durumları konusunda daha fazla bilgilendirilmeleri, bireylerin reçeteleri, prospektüsleri ve sağlık personeli tarafından verilen yazılı form ve materyalleri okumada büyük çoğunluğunun yardıma ihtiyaç duyuyor olması nedeniyle, bunların yazıdan daha çok görselliğe odaklı olması, sağlıkla ilgili mesajların medyada belirli sıklıklarla tekrarlanması ve sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2011

topluma dayalı projelerin yaygınlaştırılması önerilebilir. Sağlık hizmetlerinin etkili yönetiminde, verimliliğinde, sağlık eğitiminde ve iletişiminde önemli yeri olan sağlık okuryazarlığının doğru sağlık davranışları ile ilgili temel öğrenmeler için fırsatlar oluşturarak hayatın olabildiğince erken dönemlerinde geliştirilmesi gerekmektedir. Yukarıda sayılan öneriler doğrultusunda bireylere küçük yaşlardan itibaren kazandırılacak olan sağlık okuryazarlığı ile bireyler, kendilerinin ve ailelerinin sağlıklarını geliştirmek için gerekli önlemleri alabilecek, sağlığın korunması için neler yapılması gerektiğinin bilincinde olabilecek ve sağlıklarını kaybettikleri anlarda da nasıl davranılması gerektiğini kavrayarak, doğru sağlık alışkanlıklarını kazanabileceklerdir. Bunun sonucunda da sağlıklı bir toplum yaratmak için gerekli yatırım yapılmış olacaktır.

Kaynaklar

- 1.AŞICI, Murat (2009), Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık, Değerler Eğitim Dergisi, 7(17), s.9-26
- 2.BAUR Cynthia (2010), *National Action Plan to Improve Health Literacy*, U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington
- 3.BM (Birleşmiş Milletler), (2007), *Human Development Report*, 2007/8. New York: UNDP, <http://hdrstats.undp.org/indicators/30.html>. Erişim Tarihi:14.02.2014
- 4.DAVIS, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W., Crouch, M.A. (1993), Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument, *Family Medicine*, 25(6), s.391-395
- 5.ERASLAN, Buse ve Matyar, Fatih (2010), Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sık Görülen Bulaşıcı Hastalıklar ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Karadeniz Fen Bilimleri Dergisi*, 1(2), s. 61-72
- 6.KANJ Mayagah ve Mitic Wayne (2009), “Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization” http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf, Erişim Tarihi: 19.03.2014
- 7.MANCUSO, Josephine M. (2009), Assesment and Measurement of Health Literacy: An Integrative Review of the Literature, *Nursing and Health Sciences*, 11, s. 77-89
- 8.NIELSEN-BOHLMAN Lynn, Panzer Allison M., Kindig D. (2004), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. The National Academies Press, Washington
- 9.NUTBEAM, Don (2000), Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century, *Health Promotion International*, 15(3)
- 10.ÖNAL, İnci (2010), Tarihsel Değişim Sürecinde Yaşam Boyu Öğrenme ve Okuryazarlık: Türkiye Deneyimi, *Bilgi Dünyası*, 11 (1), s.101-121
- 11.QUICK GUIDE to HEALTH LITERACY (2011), U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- 12.RATZAN, Scott C. (2001), Health Literacy: Communication for the Public Good, *Health Promotion International*, 16(2), s.207–214
- 13.SEZGİN, Deniz (2011), *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık: Çelişkiler, Alternatifler ve Sağlık İletişimi*. Schola Ayrıntı Dizisi, İstanbul.
- 14.WHO HEALTH PROMOTION GLOSSARY (1998), “WHO/HPR/HEP/98.1” [<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>], Erişim Tarihi: 02/04/2014
- 15.YILDIZ, Mustafa, Ateş, S., Yıldırım, K., Rasinsk, T., (2011), Okumaz Yazmaz Türk Kadınların Perspektifinden Okuryazarlık ve Okumaz Yazmazlık: Fenomonolojik Bir Çalışma. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), s. 740-759

HASTANE VE HEKİM SEÇİMİNDE SOSYAL MEDYANIN KULLANIM DÜZEYİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

Emre TENGİLİMOĞLU*

Nurettin PARILTI*

Cemre Eda YAR***

ÖZET

Bilişim ve internet teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişmeler bu teknolojilerin hayatımızın her aşamasında kullanımını yaygın hale getirmiştir. Bu gelişmelere paralel olarak tüketicilerin duygu, düşünce, fikir ve bilgi paylaşımında bulunabildikleri interaktif bir ortam olan sosyal medya internet dünyasında yerini almıştır. Günlük hayatta zamanının çoğunu internet başında geçiren tüketiciler satın alma süreçlerinde çeşitli sosyal medya araçlarından yararlanarak ürün, marka ya da işletme hakkında yer ve zaman sınırlaması olmadan daha kolay ve daha ucuz bir biçimde bilgi edinebilmekte ve olumlu veya olumsuz tecrübelerini sosyal çevreleriyle paylaşabilmektedir. Her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de hem tüketiciler hem de işletmeler sosyal medyadan yararlanmaktadır. Bu çalışma ile bireylerin hekim, diş hekimi ve hastane seçiminde sosyal medyayı kullanma durumlarının belirlenmesi amacıyla Ankara ilinde ikamet eden 418 bireyden ilgili verilerin elde edilmesi için veri toplama yöntemi olarak anket çalışması yapılmıştır. Çalışma sonucunda bireylerin hekim, diş hekimi ve hastane seçiminde sosyal medyayı yaygın olarak kullandıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %29,9'u hekim seçiminde sosyal medyayı kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu oran bazen kullanırım diyenler ilave edildiğinde % 53,2 'e yükselmektedir. Hastane Seçimin de ise Sosyal Medyayı kullanım oranı %22,1 dir.

Anahtar Kelimeler: sosyal medya, hastane seçimi, hekim seçimi, satın alma süreci

* Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, emre.ten@hotmail.com

** Prof. Dr, Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, parilti@gazi.edu.tr

*** Uzman, Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, ceyar@gazi.edu.tr

SOCIAL MEDIA USAGE LEVEL IN THE CHOICE OF HOSPITAL AND DOCTORS: ANKARA CASE STUDY

ABSTRACT

Rapid developments in Information and internet technologies made their usage common at every stage of our lives. In parallel to these developments, Social media is so-called as an interactive environment, which brings technological development with the consumer' feelings, thoughts, ideas and information, has taken part in the world of internet. In daily life, consumers who spend most of their times on internet takes the advantage of using the social media tools in their purchasing process since variety of products, brands or company information are provided on social media without any restrictions in regard with time and place. Also, positive or negative experiences could be easily shared with the social environment. As in all areas, in health care services both consumers and businesses benefit from social media. In this study, survey method was used as data collection tool in order to define the usage status of social media in choosing doctor, dentists and hospitals. The research is conducted in the province of Ankara and 418 people were reached. Research results showed that social media is widely used in choosing doctor, dentists and hospitals. % 29 of the individuals who take part in the survey informed that they use social media in while making a decision to choose a doctor. Once the participants who mentioned that sometimes they use social media in order to choose a doctor added, this ratio becomes %53.2. Social media usage ratio while choosing hospital is % 22.1.

Key Words: social media, choice of doctors, choice of hospitals, buying process.

1. Giriş

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde meydana gelen gelişmeler neticesinde internet kullanımını artmış ve artan kullanıma bağlı olarak sosyal medya kavramı hayatımıza girmiştir. Paylaşım ve iletişim temeline dayanan sosyal medya, eğitimden ticarete, sağlıktan eğlenceye kadar farklı konularda kullanım alanı bulmuştur. Dünya genelinde popülaritesi yüksek olan Twitter, Youtube, Facebook gibi sosyal medya araçlarıyla kişiler bilgi, düşünce veya deneyim paylaşımında bulunabilmektedir. Bu bağlamda, hem sağlık hizmetini talep eden hastalar hem de sağlık hizmetini sunan doktor ve sağlık kuruluşları amaçlarına uygun olarak sosyal medyadan etkin bir biçimde yararlanmaya başlamışlardır. Sağlık hizmetlerinde sosyal medyadan yararlanıldığının bilinmesine karşın bu konuda yapılmış çalışma sayısının az olması nedeniyle bireylerin hekim, diş hekimi ve hastane seçiminde sosyal medya kullanım durumlarının ve kullanım oranının belirlenmesi amacıyla bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde sosyal medya, sosyal medya araçları ve sosyal medyanın sağlık hizmetinde tüketici satın alma sürecine etkisi ile ilgili kavramsal çerçeve sunulduktan sonra araştırma yöntemine ilişkin bilgi verilerek araştırmanın bulgu ve sonuçları yorumlanıp önerilerde bulunulacaktır.

1.1. İnternet ve Sosyal Medya

Gelişimi çok eskiye dayanmamasına rağmen 90'lı yıllardan itibaren büyük bir ivme kazanan internet hızlı bir şekilde hayatımıza girmiştir. 2004 yılında, Web 1.0 teknolojisinden Web 2.0 teknolojisine geçilmesi ile dünya genelinde internet kullanımını yaygın hale gelmiştir.

E-posta ve basit internet siteleri gibi Web 1.0 teknolojisi ile karşılaştırıldığında, Web 2.0 teknolojisi kullanıcıların içerik oluşturabilmesine imkan vermektedir (Merolli vd.,2013:958). Web 1.0 teknolojisinin aksine Web 2.0 teknolojisi ile kişiler bilgi paylaşımında bulunup paylaşılan bilgiyi birlikte oluşturarak dinamik ve serbest bir biçimde, birbirleriyle çift yönlü iletişim kurarak internet ortamında daha aktif bir rol alabilmektedirler (Bozarth, 2010:12). Sosyal medya kavramı ise Web 2.0 platformlarını tanımlamak için kullanılmaktadır (Gupta vd.,2013:293). Özünde paylaşım ve iletişim olan sosyal medya, kişilerin videolar, kelimeler, yazılar, sesler ya da resimler aracılığıyla iletişimde bulunabildiği internet platformlarıdır (Halis,2012:157). Diğer bir ifade ile sosyal medya, kullanıcıların kolay ve maliyet etkin bir biçimde içerik oluşturmalarına, paylaşımında bulunmalarına ve yorum yapmalarına fırsat veren bir iletişim kanalıdır (Bottorff vd., 2014:160). Genel olarak sosyal medya “katılımcılarının online ortamlarda kendilerini ifade etme, iletişime geçme, gruplara katılma ve bu ortamlara fikir, yorum ve yayınlarıyla katkıda bulunma imkanı sağlayan sosyal içerikli web siteleri” biçiminde ifade edilmektedir (Köksal ve Özdemir, 2013:325).

İnternet teknolojisinde yaşanan gelişmeler, özellikle Web 2.0 teknolojisine geçilmesi ile erişimi daha kolay ve daha ucuz hale gelen internetin dünya genelinde kullanımının artması sosyal medya kullanımını da arttırmıştır. Sosyal medya kullanımı ise çeşitli sosyal medya araçları aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Sosyal medya araçları genel olarak; *Sosyal ağ siteleri* (Facebook, LinkedIn, MySpace), *Video paylaşım siteleri* (Youtube, Dailymotion), *Fotoğraf paylaşım siteleri* (Flicker, Deviantart), *Müzik paylaşım siteleri* (Jamendo, Fizzy), *Bloglar* (Blogger, Wordpress), *Mikro bloglar* (Twitter, Tumblr), *Wikiler* (Wikipedia), *Sanal dünyalar* (Second life, The Sims), *Sanal kelime* (Active Worlds, Whyville), *Sosyal işaretleme siteleri* (Digg.com, Del.icio.us) ve *Ticari topluluklar* (Ebay, Amazon) gibi uygulamaları içermektedir (Bat ve Vural, 2010:3356; Mangold ve Faulds, 2009:358). Yer ve zaman sınırlaması olmadan içerik oluşturmaya, iletişim kurmaya, bilgi, fikir ve tecrübe paylaşımına imkân veren bu araçların kullanımı her geçen gün artmakta ve artmaya devam etmektedir. Örneğin; kullanıcıların birbirleriyle bağlantı kurarak iletişime geçtiği, müzik, fotoğraf ya da video paylaşabildiği popüler bir uygulama olan Facebook’un dünya genelinde kullanıcı sayısı yaklaşık 975 milyondur. Türkiye’de ise bu sayı azımsanmayacak bir biçimde yaklaşık 32 milyona ulaşmıştır. (www.internetworldstats.com). Aynı şekilde, milyonları aşan kullanıcı sayılarına sahip Twitter, Youtube gibi uygulamalar dünya genelinde kullanımı yaygın ve popüler olan sosyal medya araçları arasında yer almaktadır. Araştırmacılar 2015 yılına kadar üç milyardan fazla insanın sosyal medya hesabına sahip olacağını tahmin etmektedir (Huang ve Dunbar, 2013:14).

1.2.Sosyal Medyanın Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Satın Alma Sürecine Etkisi

Ülke ekonomilerinde önemli bir yeri olan hizmet sektörü içerisinde sağlık hizmetlerinin payı büyüktür. Genel olarak, hastalıkların tedavisi ve sağlığın korunması amacıyla yapılan çalışmaları içeren sağlık hizmetlerinin (Kavuncubaşı ve Yıldırım,2012:29), tüketiminin rastlantısal olması, ertelenememesi, önceden test edilememesi, boyutunu ve kapsamını hekimin belirlemesi, ikamesinin ve garantisinin olmaması, toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşıması (Tengilimoğlu vd., 2011:71-72) gibi özelliklere sahip olması nedeniyle tüketicilerin satın alma sürecini etkileyen unsurların doğru bir biçimde belirlenmesi gerekmektedir. Satın alma kararından önce başlayan tüketici satın alma süreci; (1) problemin tanımlanması, (2) bilgi toplama, (3) alternatiflerin değerlendirilmesi, (4) satın alma kararı ve (5) satın alma sonrası davranış aşamalarından oluşmaktadır (Kotler vd.,2008:155). Satın alma

süreci kişinin sağlık sorununun ortaya çıkması yani problemi tanımlaması ile başlar. Problem tanımlandıktan sonra sağlık sorununu giderecek alternatifleri belirlemek, değerlendirmek ve değerlendirme sonucunda satın alma kararını verebilmek için bilgi toplanır. Kişinin başvurabileceği bilgi kaynakları; kişisel, ticari, kamusal ve tecrübe cinsi kaynaklardan oluşmaktadır (Kotler vd.,2008:158). Gelişen internet teknolojisi neticesinde internet kullanımının yaygınlaşması ile sağlık hizmeti tüketicileri interneti kullanarak ihtiyaç duydukları bilgiye ulaşabilmektedir. Tüketicilerin interneti kullanarak sağlık hizmeti, hekim veya sağlık kuruluşu hakkında bilgi, düşünce ve tecrübe paylaşımlarına imkân veren ortam ise sosyal medyadır. Sosyal medya, sağlık hizmeti ile ilgili konularda yukarıda belirtilen kaynaklar dışında tüketicilerin başvurduğu önemli bir bilgi kaynağı olabilmektedir. Tüketiciler Bloglar, Forumlar, Twitter, Facebook, Youtube gibi sosyal medya araçları ile tanıdıkları ya da tanımadıkları kişilerin olumlu veya olumsuz deneyimlerinden yararlanarak bilgi edinebilmektedir. Tüketiciler sosyal medya araçlarını kullanarak sağlık ile ilgili konularda birbirleriyle doğrudan iletişime geçerek soru sorup tartışabilmekte ya da kendileriyle aynı şartlarda ve tedavi aşamasında olan kişilere ulaşabilmektedir (Korda ve İtani, 2013:15).

Kişiler yakın çevreleriyle konuşmadıkları ya da bilgi almaya çekindikleri konular hakkında kolay bir şekilde sosyal medyadan yararlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinin olması ve çoğu zaman mahrem kabul edilmesi bilgi edinme aşamasında sosyal medya kullanımının artmasında etkili olmaktadır. Günümüzde artık çok daha fazla insan sağlık ile ilgili konularda interneti kullanmaktadır. Amerikalıların yaklaşık %88'i sağlık ile ilgili konularda internette arama yapmakta, %20'si ise sosyal medya araçlarını kullanarak sağlık hizmetleri ile ilgili bilgiye ulaşmaktadır. %20 içerisinde yer alan her 4 hastadan 1'i gelecekte alacakları sağlık ile ilgili kararlarda sosyal medyanın etkili olacağını düşünmektedir (Steehler vd., 2013:521-522). Dünyada genelinde 1 milyardan fazla kullanıcı sayısı ile her ay ziyaret edilen Youtube'un sigara bırakma gibi sağlık bilgilerini yaymadaki potansiyel gücü göz ardı edilememektedir ve aynı zamanda tütün kontrolü araştırmacıları arasında en çok araştırılan sosyal medya sitesi haline gelmiştir (Bottorff vd., 2014:160).

Sosyal medya sadece sağlık hizmeti tüketicileri tarafından değil aynı zamanda sağlık kuruluşları tarafından da kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliği gereği reklam gibi pazarlama iletişim araçlarının kullanımının yasak oluşu sağlık hizmetlerinde sosyal medya kavramını daha önemli hale getirmektedir. Bu nedenle birçok kamu kurumu ve özel kurum pazarlama iletişimi faaliyetlerinde sosyal medyadan yararlanmaktadır. Diğer medya kampanyalarının aksine sosyal medya, günlük online konuşmaları ve faaliyetleri halk sağlığı mesajları ile bütünleştirmek için yeni fırsatlar sunmaktadır (Gupta vd.,2013:301). Örneğin; Amerikan Halk Sağlığı Birliği (APHA), üyeleriyle doğrudan iletişime geçebilmek, olumsuz düşünceleri olumlu hale çevirebilmek, mesaj vermek ve yeni üye kazanmak için oluşturduğu Facebook sayfası ile bilgi paylaşımında bulunabilmektedir (Thackeray vd., 2008:340). Aynı şekilde Amerika'da faaliyette bulunan 5754 hastaneden %21'inin en az bir sosyal medya hesabı ve %12'sinin de hem Facebook hem de Twitter hesabı bulunmaktadır (Huang ve Dunbar, 2013:14). Türkiye'de de kamu ve özel sağlık kuruluşlarının Facebook ve Twitter hesapları bulunmakta ve sağlık hizmeti tüketicileri bu uygulamalar aracılığıyla kurumları takip edebilmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı'na ait Facebook sitesinin hayran sayısı 238.563, Twitter'da Sağlık Bakanlığını takip eden kişi sayısı 89.084'tür. Benzer bir biçimde Dünya Göz, Medikal Park ve Acıbadem gibi özel hastanelerin de kendilerine ait Facebook hesapları ve bu hesapları takip eden hayranları bulunmaktadır (www.boomsocial.com). Sağlık

kuruluşları Facebook, Twitter gibi sosyal medya araçlarını kullanarak kurum ve iletişim bilgilerini, kurum ile ilgili haberleri, fotoğrafları, videoları, sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri ve kullanıcı yorumlarını tüketiciler ile paylaşabilmektedir. Bu şekilde, sağlık hizmeti tüketicisi ihtiyaç duyduğu bilgiye ulaşabilirken sağlık kuruluşu da bu bilgiyi kolay ve maliyet etkin bir biçimde tüketicilere aktararak aynı zamanda pazarlama iletişimini de gerçekleştirebilmektedir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi veren çeşitli siteler oluşturulmuştur. Bu sitelerden yararlanan sağlık hizmeti tüketicileri hekim, hastane ya da sağlık hizmetiyle ilgili bilgilere ulaşabilmektedir. Örneğin; tüketici deneyimlerinin kaydedilip raporlanarak potansiyel hastaların hekim seçimine yardımcı olmak için oluşturulan “RateMDs” isimli internet sitesi ile kullanıcılar dakiklik, yardımseverlik ve bilgi konularında hekimleri değerlendirmektedir (Kotler,2008:158). Diğer bir örnek ise “Treatpark” isimli internet sitesidir. Sitede, hastanelerin yatak sayısı, internet adresi ve ziyaretçi sayısı gibi bilgilere ulaşılabilmenin yanı sıra tedavi arama, teklif alma ve rezervasyon imkânı da sunulmaktadır (www.treatpark.com).

Sağlık hizmetini alacağı hekim ve kuruluş hakkında bilgi toplayan tüketici sağlık hizmeti alma kararını vererek muayene, teşhis ve sürecine girmektedir. Tüketici bu süreçten memnun ayrılmışsa hekimi ya da kuruluşu başkalarına tavsiye edecek, memnun ayrılmamışsa tavsiyede bulunmayacak ve olumsuz görüşlerini diğer tüketiciler ile paylaşacaktır (Tengilimoğlu,2011:90). Tüketicilerin olumlu veya olumsuz deneyimlerini paylaştığı bu son adım ise satın alma sonrası davranış göstermesinden başka bir şey değildir. Sağlık hizmeti satın alma sürecinin ilk dört adımında olduğu gibi son adım olan satın alma sonrası davranışta da tüketiciler bilgi, düşünce ve tecrübelerini sosyal medya ortamında paylaşmaktadır. Tüketiciler oluşturulan Bloglar, siteler ya da Forumlarda satın aldıkları sağlık hizmetlerini değerlendirebilmektedir. Benzer bir biçimde Facebook ya da Twitter’da paylaşılan olumlu ya da olumsuz bir görüş diğer tüketicilerin satın alma süreçlerini şekillendirebilmektedir. Bu bağlamda tüketiciler, yakın çevrelerinde olan sınırlı sayıda kişiden bilgiye ulaşmak yerine internet erişiminin kolaylaşması ve ucuzlamasıyla ile sosyal medyayı kullanarak tanıdıkları ya da tanımadıkları kişilerin duygu, düşünce ve tecrübelerinden yararlanana bilmektedir (İnan, 2012:202). Kısacası sosyal medya, sağlık hizmetlerinde tüketici satın alma sürecinin tüm aşamalarında etkin bir rol alabilmektedir. Sağlık mesajları ve hastaların bilgiye ulaşımında Facebook, Twitter, YouTube ve diğer sosyal medya araçlarının kullanımı önemli derecede artmıştır ve her geçen gün artmaya devam etmektedir (Şener ve Samur,2013:513).

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

İnternet teknolojisinde yaşanan gelişmeler ve internet kullanımındaki artış ile daha aktif bir şekilde sosyal medya içerisinde yer alan tüketiciler, satın alma süreçlerinde çeşitli sosyal medya araçlarını kullanarak yer ve zaman sınırlaması olmadan mal, hizmet, marka ya da işletme hakkında bilgi edinebilmekte ve olumlu veya olumsuz deneyimlerini sosyal çevreleriyle paylaşabilmektedir. Her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de hem tüketiciler hem de işletmeler sosyal medyadan yararlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bireylerin hekim, diş hekimi ve hastane seçiminde sosyal medyayı kullanma durumlarını belirlemektir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Ankara ili Merkez ilçelerinde yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Evrenin büyük olması, zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeni ile örneklem seçilmiştir. Örneklem büyüklüğünün tespitinde Yamane (2001) ve arkadaşlarınca geliştirilen formülden yararlanılmış ve uygun örneklem büyüklüğü 385 kişi olarak bulunmuştur. Araştırma sürecinde kolayda örnekleme yöntemi ile 418 kişiye ulaşılmıştır ve bu sayının evreni temsil ettiği düşünülmektedir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Bireylerin hekim, diş hekimi ve hastane seçiminde sosyal medyayı kullanma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada ilgili verilerin elde edilmesi için veri toplama yöntemi olarak anket çalışması yapılmıştır. Anket formu yurt içi ve yurt dışında yapılan benzer çalışmalardan ve uzman görüşlerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Ankette formunda yer alan sorular Vural ve Bat (2010), Aba (2011), Ying (2012) ve İşlek'in (2012) çalışmalarından yararlanılarak oluşturulmuştur. İki bölümden oluşan anketin birinci bölümünde katılımcıların demografik özellikleri, internet kullanımları ve amaçları, sosyal medya ve sosyal medya araçları kullanımları, sağlık hizmetlerinde sosyal medya ve sosyal medya araçları kullanımlarının değerlendirildiği 29 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise, sosyal medyanın sağlık hizmeti satın alma öncesi ve sonrasında tüketici satın alma davranışını etkileme derecesini belirlemeye yönelik olarak 16 ifade için 5'li Likert Ölçeği kullanılmıştır. Ankette yer alan soruların ve ifadelerin birbirleri ile olan tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin güvenilirliğini ölçmek için Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmış ve ölçeğin tümü için bu katsayı 0,91 olarak bulunmuştur. Cronbach's Alpha değerinin 0,60'ın üzerinde olduğu durumlarda ölçek yüksek derecede güvenilirdir (Kalaycı, 2008:405). Bu nedenle, kullandığımız ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma kapsamına alınan 418 adet anket formundan elde edilen veriler, SPSS 16.0 programı ve Lisrel 9.1 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

2.4. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma amacına uygun olarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

H₁: Cinsiyet grupları arasında sağlık hizmeti almadan önce bilgi alınan kaynak açısından farklılık vardır.

H₂: Cinsiyet ile sağlık hizmeti satın alma öncesi ve sonrası tüketici davranışını etkileyen faktörler (bilgilendirme-davranış-memnuniyet) arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.Bulgular

Tablo 1’de araştırmaya katılan bireylere ait demografik bulgular özetlenmiştir.

Tablo 1: Demografik Bulgular

	n	%		n	%
Cinsiyet			Medeni Durum		
Kadın	234	0,56	Evli	221	52,8
Erkek	184	0,44	Bekâr	197	47,2
Toplam	418	100	Toplam	418	100
Eğitim Durumu			Yaş Grupları (Yıl)		
Lisansüstü	99	23,7	21 yaş ve altı	34	8,2
Lisans	235	56,2	21-30	183	44,0
Lise	66	15,8	31-40	141	33,9
Ortaokul	11	2,6	41-50	42	10,1
İlkokul	5	1,2	51-60	14	3,4
Diğer	2	0,5	61+	2	,5
Toplam	418	100	Toplam	418	100
Gelir (TL)			Meslek		
750-	52	12,4	İşsiz	9	2,2
750-1500	123	29,4	İşçi	52	12,4
1501-2500	122	29,2	Öğrenci	82	19,6
2501-3500	66	15,8	Emekli	10	2,4
3501-4500	27	6,5	Kamu Görevlisi	166	39,7
4501+	28	6,7	Akademisyen	28	6,7
Diğer	52	12,4	SerbestMeslek	19	4,5
			Ev Hanımı	11	2,6
			Diğer	41	9,8
Toplam	418	100	Toplam	418	100

Tablo 1’e göre, araştırmaya katılan bireylerin %56’sı kadın %44’ü erkektir. Bireylerin %52,8’i evli, %56,2’si lisans mezunu, %44’ü ise 21-30 yaş grubu arasında yer almakta ve %39,7’si kamu görevlisidir. Bireylerin gelir durumlarına ilişkin cevapları incelendiğinde ise %29,4 ‘ünün geliri 750-1500 TL arasında yer alırken, %29,2’sinin 1501-2500 TL arasında yer almaktadır.

Tablo 2: İnternet Kullanıyor musunuz? ve Sosyal Medyayı (Facebook, Twitter, LinkedIn, Youtube, Bloglar vb.) Kullanıyor Musunuz Sorularına Verilen Cevaplara Ait Dağılım

İnternet Kullanımı	n	%	Sosyal medya Kullanımı	n	%
Evet	396	94,7	Evet	373	89,2
Hayır	21	5,0	Hayır	41	9,8
Diğer	1	,2	Diğer	4	1,0
Toplam	418	100	Toplam	418	100

Tablo 2’ye göre, araştırmaya katılan bireylerin %94,7’si interneti ve %89,2’si ise sosyal medyayı kullanmaktadır. Ankara gibi büyük şehirlerde internete erişiminin daha kolay ve yaygın olması söz konusu oranların yüksek çıkmasına neden olabilir. Araştırmaya katılan bireylere sosyal medya araçlarından hangisinin daha sık kullanıldığı sorulduğunda ise bireylerin %61,5’i Facebook cevabını vermiştir. Araştırmaya göre Youtube, Twitter, Haber siteleri gibi araçların kullanımının da yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Sosyal Medya Araçlarını Ne Amaçla Kullanıyorsunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara Ait Dağılım

Sosyal Medya araçlarını Kullanım Amacı	n	%
Haber takibi	307	59,4
Oyun	89	17,2
Eğlence	152	29,4
Alışveriş	112	21,7
Bilgi edinme	288	68,8
Arkadaş edinme	53	10,3
Zaman geçirme	174	33,7
Diğer	17	3,3

Not: Verilen cevaplarda birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 3'e göre bireylerin büyük çoğunluğunun (%68,8) bilgi edinmek amacıyla sosyal medya araçlarını kullandığı belirlenmiştir. Benzer şekilde bireylerin %59,4'ü haber takibi amacıyla sosyal medya araçlarını kullanmaktadır. Zaman geçirme (%33,7), eğlence (29,4) ve alışveriş (%21,7) gibi amaçlar için de sosyal medya araçları kullanımının düşük olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4: Sağlık Hizmeti Almadan Önce Hekim/ Hastane Seçiminde Nereden Bilgi/Tavsiye Alıyorsunuz? Sorusuna Verilen Cevaplara Ait Dağılım

Sağlık Hizmetlerinden Önce Bilgi Alın	n	%
Aile	163	31,5
Akraba	91	17,6
Arkadaş	215	41,6
Komşu	51	9,9
Sosyal Medya	190	36,8
Sağlık Personeli	218	42,2

Not: Verilen cevaplarda birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 4'e göre araştırmaya katılan bireylerin sağlık hizmeti almadan önce başvurduğu bilgi kaynakları incelendiğinde % 42,2 ile sağlık personeli, %41,6 ile arkadaşlar ve % 36,8 ile sosyal medya yer almaktadır. Bu sonuçlar, sosyal medyanın hekim ve hastane seçiminden önce en sık başvuru bilgi kaynakları arasında olduğunu göstermektedir.

Tablo 5: Hekim/Dış Hekimi/Hastane Seçiminde Sosyal Medyayı Kullanıyor musunuz? Sorularına Verilen Cevaplara Ait Dağılım

Hekim Seçimi	n	%	Dış Hekimi Seçimi	n	%	Hastane Seçimi	n	%
Evet	125	29,9	Evet	92	22,1	Evet	92	22,1
Hayır	199	47,6	Hayır	258	61,9	Hayır	258	61,9
Bazen	93	22,3	Bazen	66	15,8	Bazen	66	15,8
Diğer	1	,2	Diğer	2	,2	Diğer	2	,2
Toplam	418	100	Toplam	418	100	Toplam	418	100

Tablo 5 incelendiğinde, bireylerin %29,9'unun hekim seçiminde, %22,1'inin dış hekim seçiminde ve %22,1'i hastane seçiminde sosyal medyayı kullanmaktadır. Bu oranlara bazen kullanım cevabını verenler eklendiğinde hekim, dış hekim ve hastane seçiminde sosyal medya kullanımının etkili olduğu söylenebilir. Araştırma sonuçları incelendiğinde bireylerin dış hekim ve hastane seçimine kıyasla daha çok hekim seçiminde sosyal medyayı tercih ettikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylere dış Hekimi, hekim ve hastane seçiminde hangi sosyal medya aracını daha sık kullandıkları sorulduğunda ise %29,8'si haber siteleri, %19,3'ü forumlar, %14,3'ü Facebook, % 13,9 'u Bloglar ve %4,4'ü Twitter cevabını vermiştir. Verilen cevaplara göre hekim, dış hekim ve hastane seçiminde sosyal medyanın etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 6: Sağlık Hizmeti Aldığınız Kişi veya Kurum Hakkında Memnuniyet ve Memnuniyetsizliğinizi Sosyal Medyada Paylaşıyor mısınız? Sorusuna Verilen Cevaplara Ait Dağılım

Memnuniyet/Memnuniyetsizlik Paylaşımı	n	%
Evet	182	43,5
Hayır	233	55,7
Diğer	3	,7
Toplam	418	100

Tablo 6’ya göre bireylerin %43,5 ‘i sağlık hizmeti aldıkları kişi veya kurum hakkında memnuniyet ve memnuniyetsizliklerini aile, arkadaş, akraba, komşu gibi yakın çevreleri dışında sosyal medyada paylaşmaktadır.

Tablo 7: Cinsiyet ile Sağlık Hizmetini Almadan Önce Bilgi Alınan Kaynağa İlişkin Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Cinsiyet ve Sağlık Hizmeti Almadan Önce Bilgi Alınan Kaynak	t	p
Aile	,151	,761
Akraba	-1,659	,001*
Arkadaş	-1,055	,212
Komşu	,736	,139
Sosyal Medya	1,911	,003*
Sağlık Personeli	1,915	,237

* p < 0,05

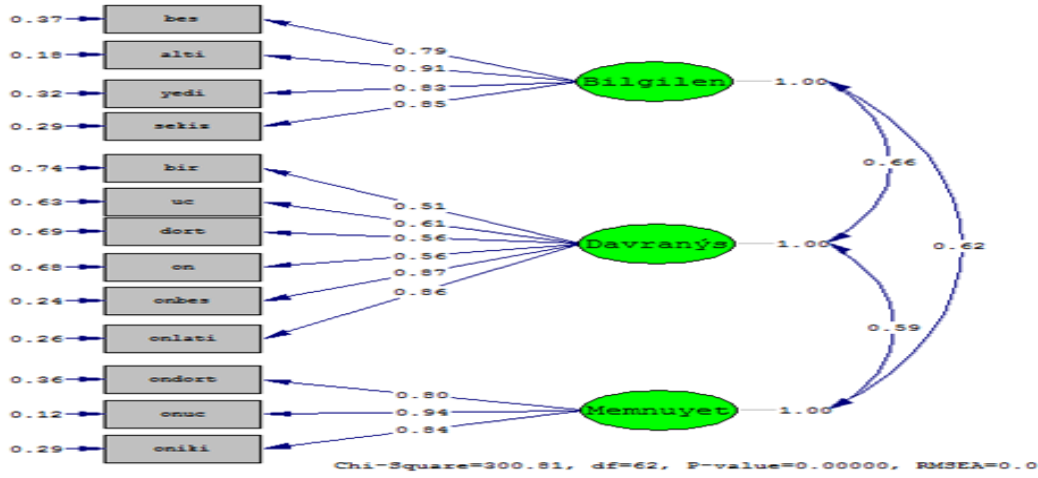
Tablo 7’de gösterilen, cinsiyet ile sağlık hizmetini almadan önce bilgi alınan kaynağa ilişkin bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre, sağlık hizmeti almadan önce hekim/hastane seçiminde bilgi kaynağı olarak akrabaları ve sosyal medyayı kullanma durumunda cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yarattığı ortaya çıkmıştır. Erkeklerin daha çok akrabalarından ($X=,2554$), kadınların ise sosyal medyadan ($X=,4957$) bilgi aldıkları görülmüştür. Bu bağlamda, H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 8: Sosyal Medyada Satın Alma Öncesi ve Sonrası Tüketici Davranışı Ölçeğinin Gözlenen Değişkenleri ile Örtük Değişkenleri Arasındaki İlişkileri

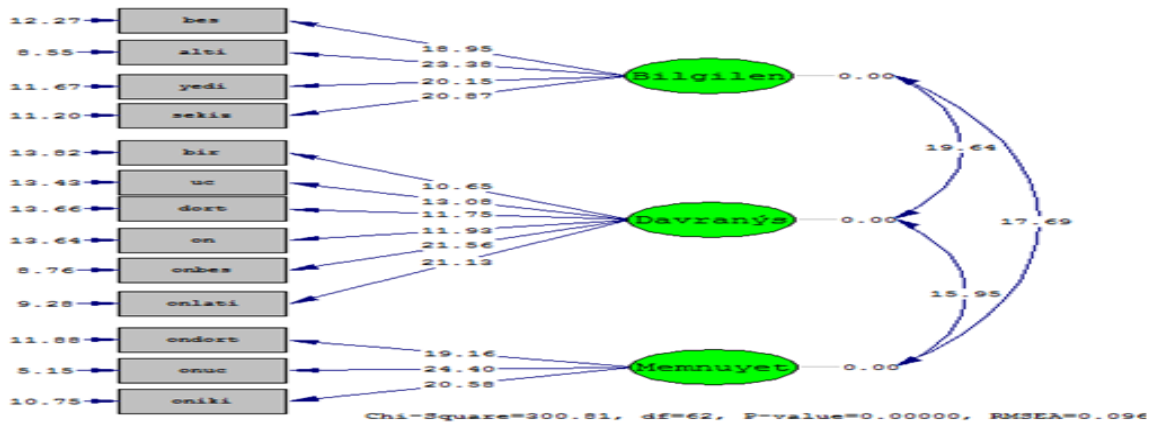
Faktörler	İnformal İletişim Kanallarına Ait Faktör Maddeleri	Standardize Edilmiş Çözüm Değerleri	t Değerleri
Bilgilendirme	Sağlık hizmeti satın almadan önce o hizmet ile ilgili sosyal medyada araştırma yaparım	0,79	18,95
	Sağlık hizmeti satın almadan önce Hekim/hastane hakkında bilgi edinmemde sosyal medyanın rolü büyüktür	0,91	23,38
	Sağlık hizmeti satın almadan önce Diş hekimi hakkında bilgi edinmemde sosyal medyanın rolü büyüktür	0,81	20,15
	Sağlık hizmeti satın almadan önce Hastane hakkında bilgi edinmemde sosyal medyanın rolü büyüktür	0,85	20,87
Davranış	Sosyal medya tüketicilerin satın alma sonrası davranışını etkilemektedir	0,56	11,75
	Sosyal medya insan davranışlarını etkilemektedir	0,51	10,65
	Sosyal medya tüketicilerin satın alma öncesi davranışını etkilemektedir	0,61	13,08
	Satın alacağım sağlık hizmeti ile ilgili sosyal medyada daha önceden tanıdığım kişilerin tavsiyelerine önem veririm	0,56	11,93
	Sosyal medya bir hastanenin marka farkındalığını arttırmaktadır	0,87	21,56
	Sosyal medya bir hastanenin marka imajını arttırmaktadır	0,86	21,13
Memnuniyet	Satın aldığım sağlık hizmetinden memnun kalırsam memnuniyetimi sosyal medyada paylaşıyorum	0,84	20,58
	Satın aldığım sağlık hizmetinden memnun kalırsam sosyal medyada diğer kullanıcılara o hizmeti almalarını tavsiye ederim	0,94	24,40
	Satın aldığım sağlık hizmetinden memnun kalmazsam sosyal medyada diğer kullanıcılara o hizmeti almamalarını tavsiye ederim	0,80	19,16
Chi-Square (χ^2) = 300,81 , Df = 62, $\chi^2 / df = 4,8$, Goodness of Fit Index (GFI) = 0,88 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0,83 Normed Fit Index (NFI) = 0,96 Non Normed Fit Index (NNFI) = 0,96 Comparative Fit Index (CFI) = 0,97 Relative Fit Index (RFI) = 0,96 Incremental Fit Index (IFI) = 0,96 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0,096			

Sosyal medyada satın alma öncesi ve sonrası tüketici davranışı ölçeğine ilişkin için LISREL 8.5 paket programı kullanılarak yapılan doğrulayıcı faktör analizi ile üç alt boyutun (bilgilendirme, davranış, memnuniyet) doğrulanması beklenmektedir. Yapılan analiz sonucunda elde edilen model Şekil 1’de görülmektedir. Modelin uygunluğunu test etmek için uyum iyiliği istatistikleri hesaplanmıştır. Uyum istatistik değerleri, Tablo 8’de, modelin katsayıları ve t-istatistik değerleri ile birlikte verilmiştir. Bu istatistikler sosyal medyada satın

alma öncesi ve sonrası tüketici davranışı ölçüm modelinin yapısal olarak geçerli olduğunu göstermektedir.



Şekil 1: Sosyal Medyada Satın Alma Öncesi ve Sonrası Tüketici Davranışı Ölçeğine Ait Ölçüm Modelinin Standardize Edilmiş Çözüm Değerleri



Şekil 2: Sosyal Medyada Satın Alma Öncesi ve Sonrası Tüketici Davranışı Ölçeğine Ait Ölçüm Modelinin t Değerleri

Satın alma öncesi ve sonrası tüketici davranışı ölçeğine ait faktör analizi sonuçlarına göre yapılan bağımsız iki örneklem t testi ve Anova testi sonuçları aşağıda Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Cinsiyet ile Faktörlere Ait Bağımsız Örneklem T testi (Independent Samples) Sonuçları

Faktörler	T	P
F1- Bilgilenme	,001	,970
F2- Davranış	1,405	,237
F3- Memnuniyet	,019	,897

Cinsiyet ile satın alma öncesi ve sonrası tüketici davranışı ölçeğine ait faktörlere ilişkin olarak yapılan bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına göre, F1 (p. ,970), F2 (p. ,237) ve F3 (p. ,897) faktörleri ile cinsiyet arasında bir farklılık bulunamamıştır (p < 0.05).

Cinsiyetin bireylerin davranışlarını, bilgilenme ve memnuniyet durumlarını etkilemediği görülmüştür. Bu sonuca göre **H₂** hipotezi reddedilmiştir.

4.Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%94,7) internet kullandığı görülmüştür ve cinsiyetin internet kullanım amaçlarını etkilediği belirlenmiştir. Bu oranın yüksek çıkmasında örnek grubunda yer alan bireylerin büyük bir kısmının lisans ve lisansüstü eğitim alanların (%80) oluşturmasının etkili olduğu söylenebilir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu interneti bilgi edinmek (% 60,1) amacıyla kullandığını ifade etmektedir. Bu sayının yüksek çıkması hastanelerin hastalarını bilgilendirmesinde bu araçları kullanmasının daha etkili olabileceğini göstermektedir. Bireylerin sağlık hizmeti almadan önce referans olarak başvurdukları kaynaklar arasında olan sosyal medya (% 36,8) önemli bir referans kaynağı durumundadır. Araştırmaya göre hekim ve hastane seçimi durumunda da sosyal medya kullanılmaktadır fakat hastane seçiminde sosyal medya kullanım oranının daha düşük seviyede olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırma sonuçlarından hareketle sosyal medyanın sağlık hizmetleri açısından önemli bir iletişim ortamı olduğunu söylemek anlamlı olacaktır. Bu bağlamda, tüketicilerin sağlık davranışları üzerinde pozitif etkisi olduğu düşünüldüğünde, hekim, dişhekim ve hastanelerin sosyal medya ve araçlarından azami ölçüde yararlanmaları sağlanarak daha çok sayıda tüketici tarafından izlenmesinin yolu açılmalıdır. Sosyal medya mesleki ve sosyal çevrelerle iletişime geçmek için de fırsatlar sunduğu için hastaneler sosyal medyayı kullanarak, hem ulusal ve uluslararası örgütlerle hem de diğer çevrelerle bilgi paylaşımı yaparak işbirliklerini geliştirebilir. Ayrıca kurumsal ve bireysel tanınırlılık ve imajlarını geliştirip markalaşmalarında yardımcı olabilir.

Kaynaklar

- 1.ABA, Gökhan(2011); “Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama: Bir Alan Araştırması”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6 (16), s.45-60.
- 2.BOTTORFF, Joan L. vd. (2014); A Social Media Approach to Inform Youth about Breast Cancer and Smoking: Anexploratory Descriptive Study, Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, 21 (2), p. 159-168.
- 3.BOZARTH, Jane (2010); *Social Media For Trainers*, Pfeiffer Publish, San Francisco.
- 4.GUPTA, Anita vd. (2013); Use of Social Media Marketing in Healthcare, Journal of Health Management, 15 (2) , p. 293-302.
- 5.HALİS, Büşra (2012), Tüketicinin Değişen Yüzü: Elektronik Ticaret Uygulamaları ve Sosyal Paylaşım Ağlarının Rolü, Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi, 1(4), s. 149-160.
- 6.HUANG, Edgar and DUNBAR, Christina L.(2013); Connecting To Patients Via Social Media: A Hype or a Reality?, Journal of Medical Marketing, 13(1), p.14–23.
- 7.İNAN, ATILGAN Eda (2012); İnternet Çağında Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Yeniden Yükselişi, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 26 (2), s.191-204.
- 8.İŞLEK, Mahmut Sami (2012); Sosyal Medyanın Tüketici Davranışlarına Etkileri: Türkiye’deki Sosyal Medya Kullanıcıları Üzerine Bir Araştırma, Karaman: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.
- 9.KALAYCI, Şeref (2008); *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ankara.

- 10.KAVUNCUBAŞI, Şahin ve YILDIRIM, Selami (2012); *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, 3. Baskı, Ankara.
- 11.KORDA, Holly and ITANİ, Zena (2013); Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change, *Health Promotion Practice*, 14(1), p.15–23.
- 12.KOTLER, Philip vd. (2008).; *Strategic Marketing for Healthcare Organisations: Building a Customer-Driven Health System*, Jossey-Bass, San Francisco.
- 13.KÖKSAL, Yüksel ve ÖZDEMİR, Şuayip (2013); Bir İletişim Aracı Olarak Sosyal Medya'nın Tutundurma Karması İçerisindeki Yeri Üzerine Bir İnceleme, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18 (1), s.323-337.
- 14.MANGOLD, W. Glynn and FAULDS, David J. (2009); Social Media: The New Hybrid Element of The Promotion Mix, *Business Horizons*, 52(4), p.357-365.
- 15.MEROLLİ, Mark vd. (2013); Health outcomes and related effects of using social media in chronic management: A literature review and analysis of affordances, *Journal of Biomedical Informatics*, 46 (6), p. 957–969.
- 16.STEEHLER, Kevin R. vd. (2013); Social Media's Role in Otolaryngology– Head and Neck Surgery: Informing Clinicians, Empowering Patients, *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 149(4), p. 521–524.
- 17.ŞENER, Emine ve SAMUR, Menevşe (2013); Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), s. 508 523.
- 18.TENGİLİMOĞLU, Dilaver (2011); *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Siyasal Kitabevi, Ankara. TENGİLİMOĞLU, Dilaver vd. (2011); *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Ankara.
- 19.THACKERAY, Rosemary vd. (2008); Enhancing Promotional Strategies Within Social Marketing Programs: Use of Web 2.0 Social Media, *Health Promotion Practice* , 9 (4), p. 338 343.
- 20.VURAL, Z. Beril Akıncı ve BAT, Mikail (2010);Yeni Bir İletişim Ortamı Olarak Sosyal Medya: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesine Yönelik Bir Araştırma, *Journal of Yasar University*, 20 (5), s.3348-3382.
- 21.YAMANE, Taro (2001); *Temel Örneklem Yöntemleri*, Çev. Alptekin ESİN, M. Akif BAKIR, Celal AYDIN ve Esen GÜRBÜZSEL, Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- 22.YİNG, Murat (2012); Sosyal Medya Platformları Üzerinden Pazarlama ve Bu Mecrayı Etkin Kullanan Sektörler, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.
- 23.İnternet World Stats: “Facebook Users in The World”, <http://www.internetworldstats.com/facebook.htm>, Erişim tarihi: 20.05.2014
- 24.Sosyal Medya/Facebook Sağlık Sektörü Hayran Sayfaları, <http://www.boomsocial.com/Facebook/UlkeSektor/turkey/saglik>, Erişim tarihi: 10.06.2014
- 25.www.treatpark.com, Erişim tarihi: 01.07.2014

TÜRKİYE’DE MEDYAYA YANSIMIŞ BIÇAK PARASI İLE İLGİLİ HABERLERİN İÇERİK ANALİZİ

*Kerime AKYOL**

*Emine ŞENER***

*Ramazan ERDEM****

ÖZET

Bıçak parası hastanelerde hekimlerin ameliyat veya cerrahi işlemler karşılığında, işi daha özenli, hızlı ve nitelikli yapmak adına hastalardan aldıkları illegal ücretler olarak tanımlanabilir. Türkiye’de kayıt dışı sağlık ekonomisi kapsamında değerlendirilebilecek bıçak paralarının yaygınlığı ile ilgili araştırma yapmak konunun doğası gereği zordur. Ancak kendisi ya da yakını operasyonel bir işlem geçirmiş kişilere sorulduğunda Türk sağlık sisteminde “bıçak parası” gerçeği ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu araştırmada medyaya yansıyan haberler analiz edilerek bıçak parası ile ilgili değerlendirmeler yapılması amaçlanmıştır. Bu amaçla Google arama motoruna “bıçak parası” anahtar kelimesi girilerek elde edilen 20 haber analize tabi tutulmuştur. Araştırma sonucunda bıçak parasının Türk sağlık sistemi içerisinde var olduğu, hekimler ile hastalar arasında problem olmaya devam ettiği anlaşılmaktadır. Bıçak parasının yaygınlığı ve kapsamı konularında daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: bıçak parası, hekimler, informal ödemeler.

* Öğr. Gör., Beykent Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, kerimeakyol91@hotmail.com

** Öğr. Gör. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu, eminesener@gmail.com

*** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, raerdem@yahoo.com

CONTENT ANALYSIS OF NEWS ABOUT KNIFE PAYMENT THAT REFLECTED TO MEDIA IN TURKEY

ABSTRACT

Knife payment can be defined illegal fees that physicians receive them from their patients for surgery or surgical attempts. Due to nature of it, it is hard to examine of knife payment prevalence that is considered within the context of informal economy in Turkey. However, when we ask anyone who have experienced a surgical process for her/himself or relatives, we are faced to reality of knife payment in Turkey. In this study, it was aimed to evaluations about knife payment through analyzing the news reflected media. For this aim, it was entered "knife payment" in the Google search engine as key words and resulting 20 news was analyzed. As a result of this research, it is understood that there is reality of knife payments in Turkish health system and it was caused some problems between physicians and patients. To determine of the prevalence and scope of knife payment, it is needed some wider research.

Key Words: *knife payment, physicians, informal payments.*

1. Giriş

Toplumun bütün kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak ve bu çerçevede ortaya çıkan eşitsizlikleri ortadan kaldırmak sağlık hizmetleri ile ilgili sorumluluk taşıyanların uğraşmaları gereken temel konulardandır. Sağlık hizmetlerine ulaşımın önündeki engellerden birisi de, sağlık hizmeti alabilmek için katlanılması gereken maliyetlerin kişilerin ödeme gücünü aşmasıdır. Maddi imkânsızlıklar nedeniyle sağlık hizmeti alamayan ya da hizmet alsalar bile maddi gücü yerinde olanlara göre daha kalitesiz hizmet almak zorunda kalanlar her zaman çözülmesi gereken bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konularda yasal düzenlemeler yapılsa bile kayıt dışı sağlık ekonomisi çerçevesinde problemler farklı bir mecrada varlığını sürdürmektedir. Bu sorunlardan birisi de halk arasında “bıçak parası” olarak adlandırılan konudur.

Sağlık hizmetlerinde informal ödemeler önemli bir tartışma konusudur. Özgen ve Tatar (2008)’a göre sağlık hizmetlerindeki informal ödemeler bir yolsuzluk şekli olarak kabul edilmektedir. Yazarlara göre hediye, aynı katkı, nakit gibi şekillerde ortaya çıkan informal ödemelerin arkasında tedavi esnasında ve gelecekteki başvurularda daha iyi sağlık hizmeti alma gerekçesi bulunmaktadır. Bıçak parası da informal ödemeler kapsamında nakit ödeme türü içerisinde ele alınmaktadır.

Bıçak parası ücretsiz olarak alınabilecek bir cerrahi hekimlik hizmeti için ödenen para olarak düşünülebilir (Özgen ve Tatar, 2008: 107). Bir hasta için bıçak parası ödenmediği takdirde onun hizmeti alması tamamen engellenmeyebilir ancak alınacak hizmetin niteliği konusunda hasta tarafından tereddütler oluşabilmektedir. Konu sağlık hizmeti olduğu için kişilerde hizmetin kalitesine duyulan güvensizlik önemli bir problemdir ve hastalar kendilerini maddi olarak zorlasa bile bu güvensizliği ortadan kaldırmak için çaba sarfedeceklerdir. Bu çerçevede bıçak parası, hastanelerde hekimlerin ameliyat veya diğer cerrahi işlemler karşılığında, işi daha özenli, hızlı ve nitelikli yapmak ve sonrasında da daha iyi takip etmek adına hastalardan aldıkları illegal ücretler olarak tanımlanabilir.

Bıçak parasının sağlık sistemi içerisindeki varlığını ortaya koymak zordur. Çünkü doğası gereği informal bir ödemedir, kayıt dışıdır ve gizli yapılmaktadır. Ne kadar gizli tutulmak istense de zaman zaman bir açık kapı bularak afişe olmakta ve sorun kendini göstermektedir. Tüm yönleriyle ortaya çıkarılmasa bile, dışarıya yansıdığı kadarıyla hastaları zor durumda bırakan ve sağlık hizmetlerine ulaşmada adaletsizliklere yol açan bir sorun olduğu anlaşılmaktadır. Bu açıdan incelenmesi ve çözüm yolları araştırılması gereken bir problemdir.

2. Yöntem

Bu araştırma ile bıçak parasının nasıl ve ne şekilde verildiği, bir sorun olarak nasıl fark edildiği ve fark edildikten sonra ne tür sonuçlar ortaya çıktığı konularının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Google arama motoruna “bıçak parası” anahtar kelimesi ile girilerek arama yapılmış ve medyaya yansımış 20 habere ulaşılmıştır. Aynı haber farklı medya kaynaklarına yansıdığına bir tanesi dikkate alınmıştır. Haberler incelenerek bıçak parası ile ilgili olayın tarihi, yeri, tarafları, ortaya çıkış biçimi, sonuçları analiz edilmiştir. İncelenen haberler Google arama motoruna yansıyanlar ile sınırlıdır ve birçoğunun yargı süreci tamamlanmadığı veya tamamlandıysa bile haberlere yansımada için konun bıçak parası olduğuna dair kesin hüküm verilemez.

3. Bulgular

Çalışma kapsamında arama motorunda bıçak parası ile ilgili olan ilk 20 haber analize tabi tutulmuştur. Haberlerin tam metinlerinin uzun olması ve bildiri hacmini aşması nedeniyle özet olarak aşağıda sunulmuştur:

Haber 1: Bıçak Parası Alan Doktor Yandı: Erzurum’da bıçak parası aldığı iddiasıyla yargılanan profesöre 8 hasta ve yakınından menfaat elde ettiği gerekçesiyle “görevi kötüye kullanmak” suçundan 2 yıl 3 ay hapis cezası verildi (Akşam Gazetesi, 04.10.2013).

Haber 2: Bıçak Parası Alan Doktor Tutuklandı: Ankara Onkoloji Hastanesi’nde ameliyat ettiği vatandaştan bıçak parası talep eden doktora vatandaş paranın bir kısmını vermiş, kalanını da verdikten sonra adli makamlara ihbar etmiştir. Daha önce fotokopisi alınan paraların doktorun üzerinde çıkmasıyla polisler doktoru tutuklamışlardır (Sabah Gazetesi, 03.08.2013).

Haber 3: Profesör ve Sekreterine ‘Bıçak Parası’ Gözaltısı: Gaziantep’te yapacağı ameliyat için hastasından 10.000 TL isteyen hekimi vatandaş savcılığa ihbar etti. Seri numaraları alınan paraların hekimin sekreterine tesliminin arkasından muayenehaneye baskın yapan polisler 10.000 liraya el koyarak hekimi ve sekreterini gözaltına aldı (Zaman Gazetesi, 26.12.2013).

Haber 4: Bıçak Parası Mahkûmiyeti: Erzurum’da bıçak parası aldığı iddiasıyla yargılanan İranlı hekime hapis ve ömür boyu meslekten men cezası verildi (Erzurum Gazetesi, 01.06.2001).

Haber 5: Doktorun 1 Milyar Lira Bıçak Parası İsteddiği Kadının Çocuğu Ölü Doğdu: Hakkâri’de hamile kadını ameliyat etmek için Kadın Doğum Uzmanı doktorun 1 milyar lira bıçak parası isteyince, parası olmadığı için kadının kocası eşini Van’a götürdü ancak geç kaldığı için bebeği ölü doğdu. Bu nedenle Hakkâri’deki doktor hakkında savcılığa suç duyurusunda bulunacağına söyleyen kocanın iddialarına karşın doktor gerekli malzeme olmadığı için ameliyat etmediğini iddia etti (Haber Vitriini, 06.09.2003).

Haber 6: Hasta Yakınından Para Alan Doktor Tutuklandı: Antalya'nın Serik ilçesinde, Devlet Hastanesi'ne doğum için yatan kadının eşinden 250 lira isteyen, para verilmediği takdirde doğuma girmeyeceğini ve hastayla ilgilenmeyeceğini ifade eden, önceden seri numaraları alınan paraları aldıktan sonra polis tarafından suçüstü yakalanan doktor çıkarıldığı mahkemede tutuklandı (Doğan Haber Ajansı, 11.06.2013).

Haber 7: Ünlü Kalp Cerrahına Bıçak Parası Baskını: Ankara'da kalp naklinde uyguladığı yeni yöntemlerle tıp literatürüne giren hekim SGK'lı hastanın ameliyatı için 5.000 Euro bıçak parası alırken düzenlenen operasyonla yakalandı (Hürriyet Gazetesi, 10.02.2011).

Haber 8: Bıçak Parası Aldığı İçin Tutuklanan Doktor 10 Yıl Hapisle Yargılanacak: Bursa'da Onkoloji Hastanesi'nde Yeşilkartlı hastasından ameliyat karşılığında 400 lira bıçak parası isteyen doktor çıkarıldığı mahkemede irtikâp suçundan tutuklanarak cezaevine konuldu (Zaman Gazetesi, 21.08.2005).

Haber 9: Bıçak Parasına Hapis: Bademcik ameliyatını yapacağı hastasından 150 milyon bıçak parası alırken yakalanan Yalova Devlet Hastanesi'nde görevli doktora 20 ay hapis ve ömür boyu memuriyetten men cezası verildi (Milliyet Gazetesi, 17.01.2004).

Haber 10: Bıçak Parası Alan Profesörün Üniversitedeki Tüm Görevlerine Son Verildi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde görev yapan doktor mesane kanseri hastasından aldığı 1 milyar lira bıçak parasının devamı niteliğinde 1.5 milyar daha talep edince şikayette bulunan hasta, önceden seri numaraları alınan banknotları Özyürek'e teslim ederken suçüstü yapılarak hekim tutuklandı ve aynı zamanda üniversitedeki tüm görevlerine de son verildi (Milliyet Gazetesi, 04.02.2005).

Haber 11: Bıçak Parası Alan Başhekim Cezaevine Girdi: Denizli Tavas Devlet Hastanesi başhekimi aynı zamanda genel cerrahi uzmanı doktor hastasından bıçak parası istemiş fakat hasta bıçak parasını vermeyince ameliyatı gerçekleştirmedi. Hastanın suç duyurusu sonucu hekim gözaltına alındı (Hürriyet Ege Gazetesi, 11.11.2010).

Haber 12: Profesör Bıçak Parası Alırken Yakalandı: Celal Bayar Üniversitesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bölüm Başkanı doktor hastasından 750 lira bıçak parası istemiş, daha önceden seri numaraları polis tarafından alınmış paralar hasta tarafından doktora verildikten sonra hastanede bulunan polisler tarafından yakalanarak gözaltına alınmış, tutuksuz yargılanmak üzere serbest bırakılmıştır (Milliyet Gazetesi, 26.02.2008).

Haber 13: Bıçak Parası Tutuklattı: Adana Devlet Hastanesinde görevli doktor böbrek ameliyatı için 500 milyon lira bıçak parası istedi. Hastanın şikâyeti üzerine seri numaraları alınan banknotlar doktorun muayenehanesinde bir çekmecede ele geçirildi. Gözaltına alınan ve bıçak parası istemediğini iddia eden hekim tutuklandı (Milliyet Gazetesi, 18.09.2003).

Haber 14: Bıçak Parası Aldığı İddia Edilen Profesöre Gözaltı: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapan doktor hastasının katarak ameliyatı olmasına karar verdi. Ancak ameliyat tarihini öne çekmek isteyen hastasını muayenehanesine çağırarak 700 lira bıçak parası istedi. Yanında bulunan 200 lirayı veren hasta 500 lirayı bulmak amacıyla yakınlarından borç istedi. Hastanın yakınları polise durumu bildirerek seri numaraları alınan 500 lirayı doktora vermesinin ardından operasyon düzenlendi ve doktor gözaltına alındı (Haber Türk, 17.11.2011).

Haber 15: Doktora Bıçak Parası Kelepçesi: Nazilli Devlet Hastanesinde çalışmakta olan doktor sezeryan ile doğumunu gerçekleştirecek olduğu hastasından 400 lira bıçak parası istedi. 250 lirasını veren hastanın eşine doktor, kalan 150 lirayı vermeden hastayı taburcu

etmeyeceğini söyledi. Bunun üzerine polise ihbarda bulunan hasta yakını seri numaraları alınmış parayı doktora teslim ederken polis ekipleri suçüstü yaparak hekimi gözaltına almış ve çıkarıldığı mahkemede tutuklanmıştır (Hürriyet, 19.11.2007).

Haber 16: Bıçak Parası Alan Doktor Tutuklandı: Adıyaman Devlet Hastanesi'nde görevli doktor, trafik kazası geçiren hastasını ameliyat edeceğini söyleyerek hastanın babasından 300 milyon lira bıçak parası istedi. 20 milyonunu veren baba valiliğe dilekçe ile başvurdu. Savcılık tarafından seri numaraları alınmış paraları verirken doktorun baskın sonucu yakalanmasını sağladı. Yakalanan doktor tutuklu yargılanmak üzere cezaevine gönderildi (Porttakal.com, 26.04.2001).

Haber 17: Profesör, 12 Yıla Kadar Hapis İstemiyle Yargılanacak: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan doktor hastasından ameliyatı için 4.000 lira bıçak parası istedi. Bunun üzerine hasta yakını savcılığa başvurarak suç duyurusunda bulundu. Hasta yakınının üzerine ses ve görüntüleme cihazı yerleştirilerek ve seri numaraları alınan banknotlar verilerek suçüstü yapıldı ve doktor gözaltına alındı (Zaman Gazetesi, 21.07.2012).

Haber 18: Tekerlekli Sandalye İstedi Başına Neler Geldi: Hastaneden tekerlekli sandalye istemesiyle birçok olayla muhatap olan hasta mahkemede kızının ameliyatı için hastanedeki doktorun kendisinden 1.500 lira bıçak parası istediğini ve 1.000 lira verebildiğini söyledi (Bugün Gazetesi, 11.11.2010).

Haber 19: Hastasından Bıçak Parası İsteyen Doktor Tutuksuz Yargılanacak: Sivas Numune Hastanesi'nde görevli doktor, ameliyatı yapacağı hastasından ameliyat karşılığı 300 TL bıçak parası istedi. Emniyet güçleriyle irtibata geçen vatandaş, seri numaraları alınmış parayı doktora vermesi üzerine doktora ekiplerce suçüstü yapıldı. Gözaltına alınan doktor çıkarıldığı mahkeme tarafından tutuksuz yargılanmak üzere serbest bırakıldı (Memurlar.net, 30.12.2009).

Haber 20: Isparta Eğirdir'de Bir Doktor Bıçak Parası Alırken Suçüstü Yakalandı: Antalya'dan tedavi için Eğirdir Kemik Hastalıkları Hastanesi'ne gelen bir vatandaşa doktor ameliyat olması gerektiğini söyledi. Hasta, kendisinden bıçak parası adı altında 200 TL istediği iddiası ile savcılığa şikâyette bulundu. Seri numaraları alınmış banknotları hastanın doktora vermesi sonucunda gözaltına alınan hekim 3 ay açığa alınarak tayin istemiyle yargılandığı belirtildi (Haberler.com, 03.02.2009).

Yukarıda özetleri verilen bıçak parasıyla ilgili olayların medya kaynaklarına yansımış haber metinleri hastane, tarih, bıçak parası meblağı, ilgili doktorun profili, uzmanlığı, olayın ortaya çıkışı, yapılan operasyon şekli ve sonuçları itibarıyla içerik analizine tabi tutulmuştur. Haberlerin içerik analizine ilişkin bilgiler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Bıçak Parası İle İlgili Haberlerin İçerik Bilgileri

No	İl/Hast.	Tarihi	Bıçak Parası Miktarı*	Doktorla İlgili Bilgiler	Uzmanlık Alanı	Olayın Ortaya Çıkışı	Sonuç
1.	Erzurum, Atatürk Üni. AU Hast.	2013	-	Prof. Dr.	Ortopedi ve Travmatoloji	Hastalar tarafından Savcılığa şikâyette bulunulması	Doktora "Görevi kötüye kullanmak" suçundan 2 yıl 3 ay hapis cezasına çarptırıldı
2.	Ankara, Onkoloji Hast.	2013	1.000 TL	Klinik Şefi	Ortopedi ve Travmatoloji	Hastanın paranın kalan kısmını teslim edilecekken seri numaralarını önceden kaydederek şikâyette bulunması	Doktor tutuklandı
3.	G. Antep, G.Ü. Şahinbey AU Hast.	2013	10.000 TL	Prof. Dr.	Belli değil	Hastanın parayı teslim edecekken seri numaralarını önceden kaydederek şikâyette bulunması	Doktor gözaltına alındı
4.	Erzurum, Numune Hast.	2001	80 TL	İranlı doktor	KHD	Eşi öldükten sonra hasta yakınının şikâyette bulunması	Doktor "Nüfuzunu ve gücünü kullanarak, ikna

Bıçak parası ile ilgili haberlerin ortaya çıkış tarihlerine bakıldığında 2001-2013 yılları arasında kapsamaktadır. 2013 yılında dört haber, diğer yıllarda ise bir ya da iki haber ortaya çıkmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık sisteminde köklü değişiklikler olmuştur. Bunlardan biri de basına “bıçak parası yasallaştı” manşetiyle yansıyan, üniversite hastanelerindeki hocaların muayene ücretlerine ilişkin düzenleme “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”dir (Resmi Gazete, 2013:62). Düzenlemenin 2013 yılında yapılmasına rağmen bu değişikliklerin bıçak parası olgusunu azaltmadığı görülmektedir. Nitekim 2013 yılında medyaya dört bıçak parası vakası yansımıştır.

Bıçak parasına konu olan parasal miktarlara bakıldığında 80 TL ile 5.000 Euro (yaklaşık 15.000 lira) aralığında meblağlardan bahsedilmektedir. Enflasyonist ortamdan dolayı zaman olarak önceki yılların bıçak parası miktarları az görülebilir. Ancak talep edilen bıçak paraları daha çok ameliyatın ya da cerrahi girişimin büyüklüğü ya da ciddiyeti ile ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada da en yüksek bıçak parası meblağı 5.000 Euro’dur. Hekim bypass ameliyatı için hastadan önce 25.000 lira istemiş, pazarlık sonucu 5.000 Euro’ya inmiştir. Hekimlerle ilgili bilgilere gelince, bazı haberlerde doktorların isimleri açıkça yazılmış, bazılarından isim ve soy isimlerinin ilk harfleri verilmiştir. 20 haberde geçen doktorlardan birinin başhekim, birisinin klinik şefi, 8 tanesinin “profesör” unvanlı olduğu anlaşılmaktadır.

Bıçak parası ile ilgili ortaya çıkan haberlerdeki hekimlerin uzmanlık dallarına bakıldığında bir haberde uzmanlık alanı ile ilgili bilgi verilmemiştir. Diğer haberlerde geçen uzmanlık alanları frekanslarına göre sırasıyla şu şekildedir: Ortopedi ve Travmatoloji (4), Kadın Hastalıkları ve Doğum (4), Genel Cerrahi (3), Kalp-Damar Cerrahisi (2), Üroloji (2), Kulak Burun Boğaz (1), Beyin ve Sinir Cerrahisi (1), Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi (1) ve Göz Hastalıkları (1). Bıçak parası, cerrahi girişimler ve ameliyatlar için istendiğinden uzmanlıkların hepsinin cerrahi branşlar olması doğaldır.

İnformal ödemeler içerisinde yer alan bıçak parası illegal olduğu için hastalardan gizli kapaklı talep edilmektedir. Bu çalışmada incelenen haberlerde, bıçak parasının nasıl afişe olduğuna bakıldığında, genellikle ödemekte zorlanan hastaların veya hasta yakınlarının bazen hiç ödeme yapmadan, bazen de paranın bir kısmını ödedikten sonra savcılığa şikâyet etmeleri ile olayın ortaya çıktığı görülmüştür. Bazı hastalar da sağlık hizmetleri ile ilgili yaşadıkları çeşitli olumsuzluklar sonucunda daha önce verdikleri bıçak parasını dava konusu yapmışlardır. Bu süreçte bıçak parası alındığının ispatı olarak kullanılan en bilindik yöntem, hasta şikâyette bulunduktan sonra hastaların, hasta yakınlarının, savcılık ya da emniyet güçlerinin bıçak parası olarak hazırlanan paraların seri numaralarını kaydetmeleri, hasta veya hasta yakını parayı verdikten sonra polis baskını ile seri numarası alınan paraların doktorun üzerinde yakalanmasıdır.

Bir kamu hizmeti veren hekimin kamu menfaatlerini kullanarak zorla ya da ikna yoluyla haksız kazanç elde etmesine irtikâp suçu denilmektedir. Bıçak parası da bu kapsamda değerlendirilen suçlardandır (Tümer, 2005:4). İnceleme kapsamındaki haberlerde yargı süreci sonuçlanan ve bıçak parası aldığı ispatlanan doktorlar Türk Ceza Kanunu’nun ilgili maddeleri gereği “görevi kötüye kullanmak”, “nüfuzunu ve gücünü kullanarak, ikna yoluyla para almak” suçlarından hapis cezalarına çarptırılmışlar ve memuriyetten men cezaları verilmiştir. Olay ortaya çıktığında da doktorlar gözaltına alınmış, bazıları tutuklu yargılanmak üzere cezaevine gönderilirken bir kısmı da tutuksuz yargılanmak üzere serbest bırakılmıştır.

4. Sonuç

Bu çalışmada incelenen haberlere bakıldığında bıçak parası hasta ve yakınları ile cerrahi branşlarda çalışan hekimler arasında bir problem olmaya devam etmektedir. Bu konunun yaygınlığı ile ilgili kesin rakamlar vermek mümkün değildir. Çünkü bütün bıçak parası olguları yargı sürecine taşınmamakta ve medyaya yansımamaktadır. Yine de sorunun çerçevesi için hastalar ve hekimler üzerinde çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Bıçak parasının her ne kadar illegal olsa da cerrahi branşlardaki hekimler arasında ve toplumda kanıksanmış ve kabul edilmiş bir konu olup olmadığı da araştırmalarla incelenmesi gereken bir konudur.

Bu çalışmadan da anlaşılacağı üzere, bıçak parası ile ilgili sorunların ortaya çıkmasında hastaların şikâyetleri dışında bir yöntem bulunmamaktadır. Hastalar daha çok maddi açıdan zorlandıkları için bıçak parası taleplerini yargıya taşıyabilmektedirler. Bıçak parası talebinin ortaya çıkması ve ispatlanması durumunda hekimler üzerinde bir takım cezai yaptırımlar bulunmaktadır. Çünkü konu yüz kızartıcı suçlardan irtikâp ile irtibatlandırılmaktadır.

Bıçak parası sağlık hizmetlerine ulaşım açısından özellikle ödeme gücü olmayan kişiler için mağduriyetler doğurabilmektedir. Kişiler ücretsiz alabilecekleri bir sağlık hizmet için fazladan bir ücret ödeme talebiyle karşı karşıya kalmakta, ödemedikleri takdirde ilgili hekimden hizmet alamamakta ya da özensiz ve ilgisiz bir hizmetle karşı karşıya kalmaktadır. Konu insan sağlığı olduğu için sağlık hizmeti kullanıcıları bu illegal ücret talepleri karşısında genellikle savunmasızdır. Yasal yollardan hak arasalar bile hasta ve yakınlarının ihtiyaç duydukları anda sağlık hizmeti alamamalarının ve bundan dolayı mağdur olmalarının önüne geçilememektedir. Bu açıdan konuyu hekimlik mesleğinin sahip olması gereken etik kurallar zemininde tartışmak daha isabetli olabilir.

Kaynaklar

- 1.ÖZGEN, Hacer ve TATAR, Mehtap (2008), Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(1), s. 103-132.
- 2.RESMÎ GAZETE (2013) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Sayı: 28725, Tarih: 1 Ağustos 2013.
- 3.TÜMER, A. Rıza (2005), Hekimlerin Cezai Sorumlulukları ve 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanununun Hekimlere Getirdiği Yükümlülükler, Hacettepe Tıp Dergisi, 36, s.3-8.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE HALKLA İLİŞKİLER KAVRAMI VE HALKLA İLİŞKİLER İHTİYACINI GÜNDEME GETİREN FAKTÖRLER

Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ*
Seyfullah İKİNCİ**

ÖZET

Örgütlerin amaçları, yapıları ve büyüklükleri birbirinden farklılık gösterse de, varlıklarını devam ettirmeleri için, içinde buldukları çevre ile etkileşim kurmaları gerekmektedir. Bu durum halkla ilişkiler faaliyetlerinin örgütlerde yaygın bir uygulama alanı bulmasına neden olmuştur. Halkla ilişkiler; örgütün çevresi ile güvene, dürüstlüğe, karşılıklı isteğe bağlı olarak ilişki kurabilmesi için sürdürdüğü bilinçli ve sürekliliği olan çalışmalar bütünü şeklinde tanımlanmaktadır. Halkla ilişkiler çalışmaları bir yönetim fonksiyonu olarak değerlendirildiğinde ise, dürüstlük, inandırıcılık ve güvenilirlik ilkelerinin ön planda olduğu görülmektedir. Sağlık sektöründe yürütülen halkla ilişkiler çalışmalarına bakıldığında; değişen koşullara uyum sağlanmasının hedeflendiği, gerek iç ve gerekse dış çevrede örgütün lehine tutum ve davranış değişikliği yaratılmasının ve çift yönlü iletişim kurulmasının önem kazandığı ortaya çıkmaktadır. Hedef kitlenin uygulanan tedaviyi benimsemesi, destek ve güveninin kazanılması, bilinçlendirilmesi, sağlık hizmetine yönelik talebinin yükseltilmesi, iletişimin geliştirilmesi ile dilek ve şikâyetlerinin belirlenmesi sürecinde de halkla ilişkiler çalışmalarına başvurulması söz konusu olmaktadır.

Bu çerçevede hazırlanan çalışmada halkla ilişkiler kavramına, önemine, sağlık sektöründe halkla ilişkiler ihtiyacını gündeme getiren faktörlere, halkla ilişkiler biriminin örgütlenmesinde dikkat edilmesi gereken hususlara ve sağlık kuruluşlarında yürütülen halkla ilişkiler uygulamaları ile olası etkilerine yer verilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sağlık sektöründe yürütülmesi planlanan halkla ilişkiler çalışmaları açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Halkla ilişkiler, sağlık sektörü, sağlık sektöründe halkla ilişkiler.

* Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ssomunoglu@uludag.edu.tr, ssomunoglu@yahoo.com

** Sağ. Bnb., İzmir Asker Hastanesi, ikinci5535@gmail.com

THE CONCEPT OF PUBLIC RELATIONS IN HEALTH SECTOR AND THE FACTORS LEADING TO THE NEED FOR PUBLIC RELATIONS

ABSTRACT

Although organisations differ in their aims, structures and sizes, it is necessary for them to interact with their environments in order to maintain their existences. This has resulted in the fact that public relation activities to find a large field of application in organisations emerged. Public relations is defined as all the conscious and sustainable works performed in order for an organisation to connect with its environment on the basis of trust, honesty, and mutual demand. When we consider public relations as an administrative function, the honesty, authenticity, and reliability principles come to forefront. When we have a look at public relation activities in health sector, we see that it is aimed to comply with the changing conditions and it is of importance of creating a change in attitudes and behaviour favouring the organisation in both internal and external environments and to create a two-way communication. Public relations is applied in the processes when the target people internalize the treatment provided; their support and trust is gained; they are made conscious; the demand for health sector increases as a result of identifying the wishes and complaints; the communication is improved.

Based on these ideas, this study aims to include the concept of public relations, its significance, the factors that lead to the need for public relations in health sector, the points to be in cautious when organising public relations unit, and the public relation activities performed in health services and its possible effects. It is thought that this study will be helpful in terms of public relations works planned to be done in health sector.

Key words: *Public relations, Health Sector, public relations in health sector.*

1. Giriş

Her ne kadar örgütlerin amaçları, yapısı ve büyüklükleri birbirinden farklılık gösterse de, varlıklarını devam ettirebilmeleri için; içinde buldukları çevre ile etkileşim içinde olmaları ve ilişki kurup, geliştirmeleri gerekmektedir. Bu durum, halkla ilişkiler faaliyetlerinin örgütlerde uygulama alanı bulmasını kolaylaştırmıştır. Halkla ilişkilerin uygulama alanının geniş olması, tanımlarına yönelik çeşitliliği de beraberinde getirmiştir (Tengilimoğlu, 2001:3). Bu nedenle halkla ilişkiler uygulamaları sıklıkla yönetsel, psikolojik ve davranışsal perspektifle ele alınıp incelenebilmekte, nasıl işlediğine ve gerek örgütler ve gerekse toplum açısından neleri kapsadığına yönelik açıklamalara yer verilmektedir (Ihlen and Ruler, 2007:2). Bu çerçevede halkla ilişkilerin herkesin üzerinde fikir birliğine varmış olduğu kesin ve tek bir tanımı bulunmamaktadır (Hutton, 1999:200-201; Ihlen and Ruler, 2007:3; Tengilimoğlu, 2001:3). Literatürde yer alan birçok farklı tanımın ortak noktasının; çoğunlukla yönetim, örgüt ve halk şeklinde başlıca üç anahtar kelime olduğu yönünde görüşler bulunmaktadır (Gordon, 1997:58).

Halkla ilişkiler faaliyeti; örgütlerin halkla ilişkiler tanımı çerçevesinde belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesini ve sürdürülmesini sağlayan bir yönetim işlevi olarak ifade edilmektedir (Kim and Reber, 2008:337; Tengilimoğlu, 2001:6). Sağlık kuruluşlarında yürütülen halkla ilişkiler çalışmaları ile örgütlerin değişen koşullara ayak uydurması

hedeflenmekte, çatışan farklı görüşler arasında uzlaşma ortamı oluşturularak üst yönetime katkı sağlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:36).

Hedef kitlenin tedaviyi benimseyip uygulaması, toplumun destek ve güveninin kazanılması, bilinçlendirilmesi, sağlık hizmetine yönelik talebinin yükseltilmesi, hedef kitle ile kurulan iletişimin geliştirilmesi sürecinde de halkla ilişkiler çalışmalarına başvurulması söz konusudur. Bu düşünceleri temel alarak hazırlanan çalışmada halkla ilişkiler kavramının tanımına, önemine, sağlık sektöründe halkla ilişkiler ihtiyacını gündeme getiren temel unsurlara, halkla ilişkiler biriminin örgütlenmesinde dikkat edilmesi gereken hususlara ve sağlık kuruluşlarında yürütülen halkla ilişkiler uygulamaları ile olası etkilerine yer verilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sağlık sektöründe yürütülmesi planlanan halkla ilişkiler uygulamaları açısından faydalı olacağı ve konu ile ilgilenenlere perspektif kazandıracağı düşünülmektedir.

2. Halkla İlişkilerin Tanımı

Halkla ilişkiler kavramı İngilizcede “public relations” Fransızcada da “relations publiques” kavramları ile ifade edilmekte (Tengilimoğlu, 2001:4), “halkla ilişkiler nedir” sorusu ise, halkla ilişkiler alanında faaliyette bulunan birçok kişiyi yakından ilgilendirmektedir (Gordon, 1997:57). Halkla ilişkiler; kamuoyunu etkileme ve yönlendirme süreci olarak ifade edilmekte, planlı ve düzenli olarak yürütülen faaliyetler şeklinde ele alınmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:4-5).

Gruning ve Hunt’ın halkla ilişkilere ilişkin yaptığı açıklamalar incelendiğinde ise; birçok tanımın, halkla ilişkiler uzmanlarının gerçekleştirdikleri faaliyetin türü, halkla ilişkiler faaliyeti çerçevesinde yapılması gereken aktivitelerin belirlenmesinde neyin etkili olduğu, sorumluluk ilkesi çerçevesinde halkla ilişkiler uygulamalarının nasıl gerçekleştirildiği yönünde şekillendiği görülmektedir. Bu bağlamda Gruning ve Hunt, halkla ilişkilere yönelik olarak yapılan tanımların en karakteristik özelliğinin, halkla ilişkiler toplumu nasıl etkilemeli ve uygulamaları nasıl gerçekleştirilmeli noktasında birleştiğini ifade etmektedir (aktaran Gordon, 1997:57-58).

Cutlip, Center ve Broom’un “Etkili Halkla İlişkiler” (Effective Public Relations) adlı eserinde de halkla ilişkiler bir yönetim fonksiyonu olarak ele alınmakta, kuruluş ile halk arasında yararlı ilişkiler kuran ve geliştiren bir fonksiyon olarak tanımlanmakta ve örgütün başarısının ya da başarısızlığının da bu fonksiyona bağlı olarak şekillendiğine işaret edilmektedir. Baskin, Aronoff ve Lattimore’a göre de halkla ilişkiler; örgütsel amaçların başarılmasına, örgütün felsefesinin belirlenip, tanımlanmasına ve örgütsel değişikliklerin yapılmasına yardımcı olan bir yönetim fonksiyonudur (aktaran Gordon, 1997:58-59). Halkla ilişkileri bir yönetim fonksiyonu olarak görmenin beraberinde getirdiği bir diğer doğal sonuç da, halkla ilişkiler uygulamalarının gerçekleştirilmesi sırasında sosyal sorumluluk kavramının önem kazanması ve halka götürülen hizmette beklentilerin göz önünde bulundurulmasıdır (Sharpe, 2000:346; Ledingham and Bruning, 1998:57).

3. Halkla İlişkilerin Önemi ve Amacı

İşletmelerin almış oldukları stratejik kararları gerçekleştirmek ve belirlemiş oldukları amaçlara ulaşmak istemesi, hedef kitlesi ile kurmuş olduğu iletişimin önemini gündeme getirmektedir. Bu açıdan ele alındığında, işletmelerde etkili bir iletişime duyulan ihtiyaç ön plana çıkmakta, iletişimin yönetimi de halkla ilişkiler fonksiyonu ile gerçekleştirilmektedir (Ihlen and Ruler, 2007:4-5).

Halkla ilişkiler faaliyetlerinin yürütülmesinde; güven oluşturmaya, açıklık prensibine uygun hareket etmeye ve araştırma yapmaya ilişkin yeterli önemin verilmesi gerekmektedir (Ledingham and Bruning, 1998:58). Bütün bu çabalara ek olarak halkla ilişkiler faaliyetlerinin başarılı olabilmesi için, düzenli aralıklarla tekrar edilmesi, çeşitli programlar geliştirilip, kampanyalar düzenlenmesi, ikna yönteminin benimsenmesi, toplumun beklentilerine yönelik hizmetlerin verilme yollarının saptanması ve tüm bunların sonucunda olumlu işletme imajının yaratılması vb. gibi hususlara da gereken özen gösterilmelidir (Hutton, 1999:200,201). Bir işletme içinde bulunduğu çevrede yer alan kişi ve kuruluşların isteklerini öğrenmek için faaliyette bulunurken, aynı zamanda da kendisini bu çevreye tanıtmak için çabalamaktadır. Bu durum, halkla ilişkiler faaliyetinin çift yönlü bir iletişim süreci olduğunu çok net bir biçimde ortaya koymaktadır. İşletmelerin kurmuş oldukları doğru ve güvenilir ilişkiler, kamuoyunda olumlu izlenimler yaratılmasına yardımcı olacak ve bu sayede toplum ile bütünleşme sağlanacaktır (Alkibay, 1998: 153-154).

Yapılan açıklamalardan da görüldüğü gibi, yürütülen tüm bu girişimler, hem örgütün varlığını devam ettirmesi hem de çevresinin beklentilerini karşılamaya ilişkin aktiviteler üzerinde yoğunlaşması açısından değerli olup, örgütler açısından halkla ilişkilerin taşıdığı önemini ortaya koymaktadır.

4. Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler İhtiyacını Gündeme Getiren Faktörler

Bu bölüme kadar verilen bilgilerden de anlaşıldığı gibi halkla ilişkiler faaliyeti; örgütlerin halkla ilişkiler tanımı çerçevesinde belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesini ve değişen çevreye uyum sağlanmasını sağlayan yönetim işlevi olarak ifade edilmektedir (Kim and Reber, 2008:337; Tengilimoğlu, 2001:6). Sağlık kuruluşlarında yürütülen halkla ilişkiler çalışmaları ile örgütlerin değişen koşullara ayak uydurması hedeflenmekte, çatışan farklı görüşler arasında uzlaşma ortamı oluşturularak üst yönetime katkı sağlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:36). Ancak unutulmamalıdır ki; halkla ilişkiler faaliyetlerinin yürütülmesi, sadece örgütlerin halkla ilişkiler, pazarlama ve reklam bölümlerinde çalışan personelin değil, aynı zamanda yöneticilerin de görevleri arasında kabul edilmektedir (Tengilimoğlu, 2001:12).

Sağlık sektörü açısından bakıldığında halkla ilişkiler uygulamalarını zorunlu kılan bazı faktörlerin olduğu ifade edilmektedir. Bunlar; sağlık sektöründe görülen yapısal değişimler, yapının karmaşıklığı ve aşırı derecede uzmanlaşma, tüketicinin bilgisizliği, tıbbi terminoloji kullanımı, değişen hasta beklentileri, hastane yönetiminin profesyonelleşmesi ve kamu kaynaklarının kısıtlı olması şeklinde sıralanmaktadır. **Sağlık sektöründe görülen yapısal değişikliklere** göre önceleri sadece kamu kurumları varken zaman içinde kar amaçlı sağlık kuruluşları da ortaya çıkmıştır. Bu durum, rekabeti gündeme getiren önemli bir husustur. **Yapının karmaşıklığı ve aşırı derecede uzmanlaşma**; kesintisiz, pahalı hizmet üretimini, karmaşık bir çevrede faaliyet göstermeyi, yüksek teknolojiyi, yoğun bir işbölümünü ve farklı eğitim ve yeteneğe sahip uzman personelin varlığını ifade etmektedir. Aşırı uzmanlaşmaya

paralel olarak **tıbbi terminolojinin kullanımı** da artmış, bu durum hasta ve sağlık personeli arasında kurulan iletişimi etkilemiştir. **Tüketicinin bilgisizliği** ile de tedavinin türüne, niceliğine ve kalitesine ilişkin olarak hastaların yeterli değerlendirme yapamayacağı ifade edilmektedir. Bu durum, hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmeleri konusunda önemli bir işleve sahip olan halkla ilişkilerin daha da önem kazanmasına yol açmıştır. **Hastaların beklentilerinin değişmesi** ve haklarına ilişkin sahip oldukları bilgiler de önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmakta ve halkla ilişkiler fonksiyonunu gündeme getirmektedir. Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin beklentileri karşılama iyi organize edilmiş idari yapıya duyulan ihtiyaç, **yönetimin profesyonelleşmesine** yol açmış, profesyonelleşme ile birlikte dış çevre ile iletişimi sağlayacak olan halkla ilişkiler faaliyetleri de önem kazanmıştır. Hastanelerin varlıklarını sürdürme sürecinde yerine getirecekleri faaliyetler göz önünde bulundurulduğunda, halkla ilişkiler bölümünün prestij sağlama ve kredi ve finans problemlerin çözülmesine yardımcı olma yönündeki misyonu da ön plana çıkmıştır. Bu sayede kısıtlı kamu kaynaklarına alternatif kaynakların yaratılmasının mümkün olabileceği düşünülmektedir (Tengilimoğlu, 2001: 28-35).

Sağlık sektöründe halkla ilişkiler faaliyetlerinin odak noktasını, kamuoyunu tanımak ve hedef kitleye kurumu tanıtmak oluşturduğuna göre, böyle bir sistemin yerleştirilip, aksamadan işleyebilmesi sürecinde, içinde bulunulan örgütün kültürü büyük önem taşımaktadır. Çünkü örgütsel kültürün elverişliliği oranında halkla ilişkiler faaliyetleri uygulanabilir olacaktır. Başarılı bir kurum kültürünün oluşturulması sürecinde istenen; hızlı, samimi ve çok yönlü iletişime önem verilmesi, kaliteli sağlık hizmeti sunulması, çeşitli iletişim araçlarından yararlanılarak kamuoyunda olumlu imaj yaratılmasıdır (Alkibay, 1998: 155-156).

Günümüzde ayrıca sağlık sektörünün gösterdiği büyümeye, özel hastane sayılarının giderek artmasına, rekabetin yoğunlaşmasına ve sağlık hizmetlerinde ileri teknoloji kullanımının yaygınlaşmasına bağlı olarak pazarlama stratejilerinin de önem kazandığı görülmektedir. Bu noktada da temel amaç; hedef kitlenin istek ve ihtiyaçlarının anlaşılacak beklentilerini karşılamak ve memnuniyetlerini geliştirmektir (Salman ve Uydacı, 2011:45).

4.1.Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler Biriminin Örgütlenmesinde Dikkat Edilecek Hususlar

Halkla ilişkiler uygulamalarının gerçekleşmesinde genel olarak izlenen yol incelendiğinde; ya kurum içinde oluşturulan halkla ilişkiler departmanı ya da kurum dışında faaliyet gösteren danışma ajansı ile faaliyetlerin yürütüldüğü görülmektedir. Sağlık sektörü açısından bakıldığında ise; halkla ilişkiler faaliyetlerinin yürütülmesinde aşağıda yer alan alternatifler arasında seçim yapılmasının mümkün olacağı düşünülmektedir. Buna göre;

- Halkla ilişkiler faaliyetinin yürütülmesi için, halkla ilişkiler uzmanı olmayan bir personel atanabilir.
- Halkla ilişkiler alanında eğitim almış bir uzman kurumda görevlendirilebilir.
- Halkla ilişkiler faaliyetlerini yürüten danışman firmalar yolu ile çalışmalar yürütülebilir.
- Serbest olarak faaliyet gösteren bir halkla ilişkiler uzmanı ile birlikte çalışmalar sürdürülebilir.
- Sadece tek bir alternatifin seçilip, uygulanması yerine, birden fazla yöntemin bir arada kullanılması tercih edilebilir.

Halkla ilişkiler çalışmalarında etkili kararlar alınıp, amaçlara ulaşmak açısından olumlu sonuçlar elde etmek istenildiğinde; tercih edilen yöntemin, ayrı bir halkla ilişkiler departmanının kurularak, bu departmanın üst yöneticiye bağlanması ve üst yönetime karar ve politikalarının saptanmasında yardımcı olması şeklinde olduğu görülmektedir. Sağlık kuruluşlarının belirlemiş oldukları amaçlar, izledikleri politikalar ve örgüt yapısı ile çalışan sayısı gibi birtakım değişkenler göz önünde bulundurularak, kendilerine en uygun örgütlenme biçimini seçmeleri önerilmektedir. Çünkü bir sağlık kuruluşunda yerine getirilmesi düşünülen halkla ilişkiler faaliyetinin yoğunluğu; kuruluşun büyüklüğüne, faaliyet gösterdiği çevreye, hedef kitlesine, verdiği hizmetin çeşitliliğine ve faaliyet gösteren birimlere bağlı olarak netlik kazanmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:45-53).

4.2.Sağlık Kuruluşlarında Yürütülen Halkla İlişkiler Uygulamaları

Sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini yerine getirirken kullandıkları birtakım halkla ilişkiler uygulamaları bulunmaktadır. Bu uygulamalar, tanıma ve tanıtma amaçlı faaliyetler olarak sınıflandırılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında görülen aşırı uzmanlaşma, hastaların sağlık kuruluşuna gelişlerinde belirsizliğin yaşanması ve yapının karmaşıklığı yönetim tarafından halkla ilişkiler faaliyetlerinden tanıtma işlevine farklı özen gösterilmesini zorunlu kılmakta ve sektörün bu özellikleri halkla ilişkiler uygulamalarının önemini artırmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:78). Sağlık kuruluşuna yönelik tanıtma işlevi yerine getirilirken; muayene, teşhis ve tedavi işlemlerinin yapılmasında izlenen prosedürlere ve randevu gün ve saatlerine yönelik bilgilere yer verilmektedir (Souba et al.,2000:105-106; Tengilimoğlu, 2001:78-79). Bu bilgilerin hedef kitleye aktarılması sırasında anlaşılabilir, basit ve öz bir ifadenin kullanılması yerinde olacaktır. Bu açıklamalar ışığında sağlık kuruluşlarında yürütülen tanıtma işlevinin ana amaçlarına bakıldığında aşağıdaki şekilde sıralanmasının mümkün olduğu görülmektedir (Tengilimoğlu, 2001:79):

- Sağlık kuruluşunun genel anlamda izlediği politikalar ve amaçları konusunda halkı bilgilendirmek,
- halkta sağlık kuruluşuna yönelik olumlu bakış açısı yaratmak,
- sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde yürütülmesi için halkla işbirliği içinde bulunmak,
- sağlık kuruluşlarında gerek hastaların ve gerekse hasta yakınlarının uymaları gereken kurallar hakkında yol gösterici bilgiler vermektir.

Sağlık kuruluşunun bünyesinde yer alan halkla ilişkiler birimleri sayesinde sağlık işletmesi ile ilgili olan ve halkın bilmesinde yararı olacak bilgiler medyaya aktarılmakta, kurulan iletişim ağı ile bu faaliyetler aksamadan yürütülmeye çalışılmaktadır. Özellikle, sel baskınları, doğal afetler, yangınlar, salgınlar, hastalıklar vb. olağanüstü durumların ortaya çıktığı durumlarda birçok hastanın sağlık hizmetinden yararlanması gerektiği göz önünde bulundurulduğunda, medya ile kurulacak olan iletişimlerde basın bürolarının önemi ortaya çıkmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:82-83). Sağlığa yönelik olarak hazırlanacak bu tür mesajlarda göz önünde bulundurulması gereken temel nokta, verilmek istenen mesajların etkisinin farklı ihtiyaçlara, farklı bilgi düzeylerine ve farklı alışkanlıklara sahip olan hedef kitle üzerinde değişkenlik göstereceğidir (Wilson, 2007:S13). Bunun temelinde yatan nedenlerden biri de, hedef kitlenin anlama yeteneğinin farklılık taşımasıdır (Aarva et al., 1997:1-2). Bu yüzden hedef kitlenin kimlerden oluştuğunun ve dikkatinin nasıl çekileceğinin bilinmesi bu yönde yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olacaktır (Wilson, 2007:S:13).

Sağlık kuruluşunun tanıtımında kullanılan diğer yöntemlerden biri de basın toplantısıdır. Basın toplantısı; genellikle olağanüstü durumlarda, kamuoyunu bilgilendirmeye yönelik olarak hastane yöneticileri tarafından düzenlenmektedir. Basın bildirisi ve basın bültenleri kullanılarak da sağlık kuruluşlarının tanıtımına yönelik faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Basın bildirimleri, halkla ilişkiler birimlerinde çalışan uzmanlar tarafından hazırlanmalı ve karmaşık ifadelerin kullanımından uzak durulmalıdır. Basın bültenlerinde ise, sağlık kuruluşunun gerçekleştirmiş olduğu faaliyetler periyodik aralıklar ile duyurulmaktadır. Sağlık kuruluşlarında yürütülen halkla ilişkiler faaliyetleri bilme ve tanıma eksikliğini gidermeye yönelik olarak hazırlanmalıdır. Hedef kitle sağlık kuruluşu içerisinde ilgili birime yönlendirilmeli ve diğer bir ifade ile halka yol gösterilmelidir. Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşan ve karşılaştığı sağlık sorununu çözmek isteyen veya kontrol ya da ziyaret amacı ile sağlık kuruluşuna gelen hastaların kuruluşa yönelik deneyimleri yetersiz olabilmektedir. Bunun sonucunda, kişilerin sağlık kuruluşunda gördükleri her beyaz önlüklü sağlık personelinin danışma görevlisi olarak görmeleri gibi bir durum ortaya çıkmakta, bu da personelin; çalışma zamanının bölünmesi, konsantrasyonunun bozulması, işlerinin aksaması ve tüm bunlara ek olarak da verimliliğinin düşmesine neden olmaktadır. Bu durum sadece çalışanları değil, aynı zamanda sağlık hizmeti almak için gelen hastaları da olumsuz yönde etkilemekte ve sağlık hizmetine ulaşmalarını geciktirmektedir. Bu anlamda hastanelerde bulunan danışma bürolarının aktif olarak görev yapması, hoşgörülü, sabırlı, hasta psikolojisinden anlayan kişilerin bu birimlerde görev alması halkla ilişkiler faaliyetinin başarısını da etkileyecektir (Tengilimoğlu, 2001:87,89). Bunun yanında sağlık hizmetinin verilmesi aşamasında hedef kitlenin yaşadığı sorunların, beklentilerin belirlenmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi de, hem çalışan ve hasta hem de hizmetlerin etkinliği açısından olumlu sonuçları beraberinde getirecektir (Kaplan, 2004:81-82).

Hastanede önemli bir halkla ilişkiler faaliyeti olan yönlendirme fonksiyonunun bir diğer ayağını da santral memurluğu görevini yerine getirenler üstlenmektedir. Çünkü santral memurluğu, gerek sağlık personeli gerekse yatan hastalar ile görüşmek ve birtakım bilgilere ulaşmak isteyen kişilerin iletişimde bulunmalarını sağlayan önemli bir birimdir. Yine hastanede kullanılan yönlendirme işaret ve levhalarının sağlık kuruluşlarının girişlerinde yer alması ve birimler için gerekli yönlendirmelerin yapılması gerek hasta gerekse hasta yakınlarının sağlık hizmetine ulaşmasını kolaylaştırmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:90). Bunun sonucunda da; almak istediği sağlık hizmetine rahatlıkla erişebilen hastanın, yeterli bilgilendirmeye paralel olarak almış olduğu hizmete yönelik memnuniyet düzeyi de yükselmektedir (Dawn and Lee, 2004:514; Mallinger et al., 2005:342-343).

Hekimlerin hasta ile kurdukları iletişim sırasında kullandıkları bilgilendirmenin derecesi, hastalara göre farklılık gösterdiği gibi, aynı hastanın zaman içerisindeki ihtiyaçlarına paralel olarak da değişebilmektedir (Mallinger et al., 2005:342-343). Bu nedenle hasta hekim ilişkisinde önerilen model; hasta merkezli iletişimin tercih edilmesi (Mallinger et al., 2005:343), hastanın tedavi sürecine aktif olarak katılımın sağlanması ve hastanın farklı ihtiyaçları olduğu gerçeğine göre hareket edilmesi şeklindedir (Dawn and Lee, 2004:513-514; Mallinger et al., 2005:342). Kurulan iletişimin çift yönlü olması da; bilgi paylaşımı, karar verme süreci, hedef kitlede davranışsal değişikliklerin yaratılması, hastalıkların ve yaralanmaların azaltılması ve sonuç itibarı ile de hedef kitlenin yaşam kalitesinin yükseltilmesi vb. konularda önemli sonuçlar doğurmaktadır (Gustafson et al, 1999:23).

Sağlık kuruluşlarının hedef kitlenin beklentilerini ve özelliklerini belirleyebilmek amacı ile kullandıkları yöntemlerden biri de anketlerdir. Bunlar da; tüketici anketleri, müşteri

memnuniyet anketleri, imaj araştırmaları şeklinde ifade edilmektedir (Tengilimoğlu, 2001:94).

Sağlık kuruluşlarında yurütölen ve medyanın takip edilmesi şeklinde ifade edilen yaklaşımlar da tanıma faaliyetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Medyada halkın isteklerine, sağlık kuruluşuna ilişkin yakınma ve önerilerine yönelik birçok habere yer verilmektedir (Chaffee, 2000;S13-14 Tengilimoğlu, 2001:94-95; Wilson, 2007:S13). Bu haberlerin değerlendirilmesi; hem halkın beklentilerinin karşılanması hem de yönetimin alacağı kararlara ilişkin bilgi ihtiyacını sağlaması açasından önem taşımaktadır (Tengilimoğlu, 2001:95; Wilson, 2007:S13).

İmaj yaratma faaliyetleri de sağlık kuruluşları tarafından kullanılan halkla ilişkiler faaliyetleri arasında ele alınmakta (Alkibay, 1998:155; Tengilimoğlu, 2001:100) ve sektör açasından bakıldığında imaj yaratma ve geliştirme faaliyetlerinin yeni bir kavram olduğuna işaret edilmektedir. Sağlık kuruluşunun kurumsal imajı; kuruluşun etkileşimde bulunduğu hedef kitlenin algılamaları sonucunda gelişen olumlu ve olumsuz düşünceler bütünüdür. Eğer sağlık kuruluşu kamuoyunda güvenilir, dürüst ve yararlı hizmetler ürettiği izlenimini yaratmışsa, çevrenin desteğini görme olasılığı da yüksek olacaktır. İmaj araştırmalarının en önemli faydası, kuruma kendi konumunu inceleme imkânı sunmasıdır (Tengilimoğlu, 2001:100-103). Kurum bu sürecin sonucunda; vermiş olduğu sağlık hizmetinin kalitesi ve örgütsel amaçların yerine getirilmesi açasından verimliliğini değerlendirme fırsatı yakalayarak, gerek örgütsel ve gerekse yönetsel kararlarını gözden geçirebilecektir (Merkouris et al., 2004:355-356).

Sağlık kuruluşunun başarısı; toplum ile sıkı işbirliği içinde olmasına ve toplumun yararına yönelik hizmetler üretmesine bağlıdır. Özellikle acil servisler, poliklinikler, ambulans servis merkezleri sağlık kuruluşlarının halkla temas kurduğu ve hedef kitlenin sağlık kuruluşuna yönelik imajlarının şekillendiği birimler olarak ifade edilmektedir. Halkla ilişkiler faaliyetleri çerçevesinde, sağlık kuruluşunun toplum ile iletişimini geliştirebilmek için, aşağıda yer alan bazı aktiviteleri yurütmesinin de olumlu etkilerinin olduğu düşünölmektedir. Buna göre;

- Acil durumlarda nakil işlemlerinde görev alan ambulâns sürücülerinin ve sağlık ekibinin eğitimine yönelik programlar hazırlamak,
- ev kazaları, zehirlenme, çocuk bakımı, şeker hastalığı vb. konularda bilgilendirici toplantılar düzenlemek,
- düzenlenen halk sağlığı fuarları ile hastalıklardan korunmaya ve mevcut hastalıklarının iyileştirilmesine yönelik girişimlerde bulunmak,
- doğum öncesi ve sonrası ailelere çocuk bakımı konusunda bilgi vermek,
- tıbbi araştırma ve projeleri desteklemek,
- radyo ve televizyon programlarında güncel sağlık sorunlarına ve önerilerine yer vermek,
- sağlık kuruluşunun verdiği hizmetleri tanıtmak,
- sağlık kuruluşunun yıllık programlarını yayımlamak vb. çalışmalar önem kazanmaktadır (Tengilimoğlu, 2001:108-110).

5. Tartışma ve Sonuç

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlar; gerek işleyişleri gerekse hizmet sundukları hedef kitleleri açısından diğer sektörlerle göre farklı bir yapıya sahiptir. Sağlık hizmetinin toplumun beklentilerine uygun olması, hedef kitlenin sağlık seviyesini ve yaşam kalitesini yükseltmesi büyük önem taşımakta, bu amaçlara ulaşmak için mevcut kaynaklardan en iyi şekilde yararlanılması, etkili bir planlama, uygulama ve denetim sürecinin yaşanması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında toplumun beklentilerinin, değerlerinin, isteklerinin dikkate alınması ve sunulan hizmetlere ilişkin algılamalarının değerlendirilmesi öncelikli hedefler arasında yer almaktadır. Bu yüzden sağlık kuruluşları faaliyetlerini sürdürme aşamasında hem hedef kitleyi tanımaya hem de kendilerini tanıtmaya büyük özen göstermektedir. Bu faaliyetler halkla ilişkiler uygulamalarının odak noktasını oluşturmaktadır.

Sağlık kuruluşları yürüttükleri halkla ilişkiler faaliyetleri ile bir hastalığa yönelik bilgilendirme yapma ve farkındalık yaratma, hasta hakları konusunda toplumu bilinçlendirme, hastalıkla mücadele ve korunma yöntemlerini hedef kitleye anlatma, hasta memnuniyeti sağlama vb. gibi konularda faaliyette bulunurken, aynı zamanda olumlu kuruluş imajı yaratmayı da amaçlamaktadır. Bu denli geniş bir yelpazede yürütülen halkla ilişkiler faaliyetlerinin başarılı olmasında; hastaların beklentilerini, şikâyetlerini, memnuniyetlerini, duygularını ve düşüncelerini rahatlıkla dile getirmeleri büyük önem taşımakta, bu durum etkili bir iletişim ihtiyacını da beraberinde getirmektedir.

Sağlık sektöründe yürütülen halkla ilişkiler faaliyetlerinin çalışanlar üzerinde de olumlu etkileri bulunmaktadır. Buna göre, çalıştığı kurum hakkında yeterli bilgiye sahip olan çalışan, faaliyetlerini daha etkili ve verimli bir şekilde gerçekleştirmekte, performansı ve memnuniyet seviyesi yükselmekte, buna bağlı olarak da kurum içi ve kurum dışı kurulan iletişimin kalitesi de artmaktadır. Sağlık sektörünün performansının büyük ölçüde çalışanların motivasyonuna ve görevlerini yapma konusunda gösterdikleri isteklilik durumuna göre şekillendiği düşünüldüğünde, çalışana yönelik olarak yürütülecek olan bu bilgilendirme sürecinin önemi daha rahat anlaşılmaktadır.

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurumların yapıları ve büyüklükleri birbirinden farklılık gösterse de, hem varlıklarını devam ettirme hem de içinde yaşadıkları çevrenin beklentilerini karşılama sürecinde, dürüstlüğe ve güvene dayalı, açıklık prensibini benimsemiş halkla ilişkiler faaliyetleri yürütmeleri büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

- 1.AARVA, Pauliiana, Willy De Haes, and Adriaan Visser, (1997), Health Communication Research, Patient Education and Counseling, 30,p.1-5.
- 2.ALKİBAY, Sanem (1998), Hastanelerde Halkla İlişkiler Anlayışı ve Uygulamaları, Amme İdaresi Dergisi, 31(1),s.153-163.
- 3.CHAFFEE, Mary (2000), Health Communications: Nursing Education for Increased Visibility and Effectiveness, Journal of Professional Nursing, 16(1),p.31-38.
- 4.DAWN, Aerlyn G. and Paul P. Lee (2004), Patient Expectations for Medical and Surgical Care: A Review of the Literature and Applications to Ophthalmology, Survey of Ophthalmology, 49(5),p.513-523.
- 5.GORDON, Joye C. (1997), Interpreting Definitions of Public Relations: Self Assessment and a Symbolic Interactionism-Based Alternative, Public Relations Review, 23 (1), p.57-66.
- 6.GUSTAFSON, David H., Thomas N. Robinson, David Ansley, Linda Adler, and Patricia Flatley Brennan (1999), Consumers and Evaluation of Interactive Health Communication Applications, American Journal of Preventive Medicine, 16(1),p.23-29.
- 7.HUTTON, James. G. (1999), The Definition, Dimensions, and Domain of Public Relations, Public Relations Review, 25 (2),p.199-214.
- 8.IHLEN, Óywind and Betteke Van Ruler (2007), How Public Relation Works: Theoretical Roots and Public Relations Perspectives, Public Relations Review, 33,p.243-248.
- 9.KAPLAN, Robert M. (2004), Shared Medical Decision Making. A New Tool for Preventive Medicine, American Journal of Preventive Medicine, 26(1),p.81-83.
- 10.KIM, Soo Yeon and Bryan H. Reber (2008), Public Relations' Place in Corporate Social Responsibility: Practitioners Define their Role, Public Relations Review, 34, p.337-342.
- 11.LEDINGHAM, John A. and Stephen D. Bruning (1998), Relationship Management in Public Relations: Dimensions of an Organization-Public Relationship, Public Relations Review, 24(1),p.55-65.
- 12.MAILLINGER, Julie B., Jennifer J. Griggs, and Cleveland G. Shields (2005), Patient-Centered Care and Breast Cancer Survivors' Satisfaction with Information, Patient Education and Counseling, 57,p.342-349.
- 13.MERKOURIS, Anastasios, Elizabeth D.E. Papatthanassoglou, and Chryssoula Lemonidou (2004), Evaluation of Patient Satisfaction with Nursin Care: Quantitative or Qualitative Approach?, International Journal of Nursing Studies, 41,p.355-367.
- 14.SALMAN, Ayşen Nariç ve Mert Uydacı (2011), Butik Hastanelerde Pazarlama Stratejileri, Öneri, 9(35), s.45-50.
- 15.SHARPE, Melvin L. (2000), Developing a Behavioral Paradigm for the Performance of Public Relations. Public Relations Review, 26 (3),p.345-361
- 16.SOUBA, Wiley W., Chris.A. Haluck, Melvyn J. Menezes (2001), Marketing Strategy: An Essential Component of Business Development for Academic Health Centers, The American Journal of Surgery,181,p.105-114.
- 17.TENGİLİMOĞLU, Dilaver (2001), *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- 18.WILSON, Barbara J. (2007), Designing Media Messages About Health and Nutrition: What Strategies Are Most Effective, Journal of Nutrition Education Behaviour,39,p.13-19.



**ANKARA’DA BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ’NDE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
VE İLETİŞİM FAKÜLTESİ’NDE EĞİTİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK
BİLGİSİ ARAMADA SOSYAL MEDYA KULLANIMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fikriye YILMAZ*

Gamze CİHANOĞLU**

Rukiye NUMANOĞLU TEKİN***

ÖZET

Sosyal medya, Web 2.0 teknolojileri üzerine oluşturulmuş, kişilerin internet üzerinde birbirleriyle yaptığı diyaloglar ve paylaşımların bütünüdür. Sosyal medyayla erken yaşta tanışan gençler yaşlandıkça ve kronik hastalıklara giderek daha fazla yakalandıkça sosyal ağların tıbbi amaçla kullanımının da zirveye ulaşması beklenmektedir. Bu ağda biriken bilgiler insanlar için büyük bir fırsat olduğu gibi, yanlış bilgilendirme, kötüye kullanım gibi çeşitli tehditler de söz konusudur. Bu nedenle sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurumlara ve hizmet sunuculara büyük rol düşmektedir. Bu çalışmanın amacı bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İletişim Fakültesi’nde eğitim gören öğrencilerin sosyal medya kullanımlarını ve özellikle sağlık bilgisi aramada sosyal medyaya yaklaşımlarını değerlendirmektir. Bu amaçla, literatür araştırması sonucunda hazırlanan anket Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden 296, İletişim Fakültesi’nden 141 öğrenciye uygulanmıştır. Çalışma sonucunda; Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin İletişim Fakültesi öğrencilerine göre sosyal medyada daha fazla sağlık bilgisi aradıkları, sosyal medyayı sağlık hizmeti kullanmadan önce ve kullandıktan sonra daha sık hastane/doktor hakkında bilgi almak için kullandıkları, sağlıkla ilgili güncel haberlerin takibinde, alternatif tıp/ilaçlar ya da tedavi yöntemlerinin araştırılmasında, beslenme ve diyetle ilgili konularda sosyal medyadan daha fazla yardım aldıkları ve sosyal medyayı daha güvenilir ve faydalı buldukları sonuçlarına ulaşılmıştır. Çalışmanın bulguları doğrultusunda özellikle sağlıkla ilgili konularda sosyal paylaşım sitelerinin sürekli denetiminin sağlanarak, güvenilirliğin artırılması için düzenlemeler yapılması gerektiği belirlenmiştir. Ayrıca sektörde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarına, hem tanıtım ve pazarlama faaliyetleri ile ilgili hem de maliyetler ile ilgili fayda sağlayacağı düşünüülerek, sürekli kontrol ve etkili yanıtlama yöntemiyle hastaların/hasta yakınlarının sorularını cevaplamak ve günlük bilgilendirmeler yapmak suretiyle sosyal medyayı daha etkin kullanmaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Medya, Sağlık Bilgisi, Üniversite Öğrencileri, Sağlık Kurumları

*Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

**Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü Mezunu, gmz_chn@hotmail.com

***Öğr. Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, numanoglu@baskent.edu.tr

1. Giriş

Sosyal medya Web 2.0 teknolojileri üzerine kurulan, daha derin sosyal etkileşime, topluluk oluşumuna ve işbirliği projelerini başarmaya imkan sağlayan Web siteleridir. Web 2.0’ de teknolojik boyut vurgulanarak tanımlanırken, sosyal medya, sosyal boyutu ve kullanımı ön plana çıkarılarak tanımlanmaktadır (Dikme, 2013). Sosyal medya henüz yeni bir kavram olmasına rağmen etkileri sebebiyle üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Sosyal medya, medya üreticileri ve tüketicilerinin bir numaralı önceliği halini almaktadır. (Bostancı, 2010).

Sosyal medya her alandan kişi ve kurumları birer birer bünyesine katmaktadır. Bu arada hızla gelişen ve kapsamını günden güne büyüten sosyal medyada bazı sektörler açısından dönüşüm sancuları yaşanmaktadır; bunların başında sağlık sektörü gelmektedir. Sağlık sektörü kendi içerisinde birçok kısıtlayıcı koşullara sahiptir ve sektörün gerek içerik gerekse sosyal medya üzerinden yapacağı pazarlama aktivitelerinde çok sayıda konuya dikkat etmesi gerekmektedir (Kayabalı, 2011).

Son birkaç yıl içinde, Facebook, YouTube, Twitter ve diğer sosyal medya araçlarının sağlık mesajları yaymak için kullanımı önemli derecede artmakta ve yükseliş trendi devam etmektedir (Şener, Samur, 2011).

Türkiye’de Devlet Planlama Teşkilatı “Bilgi Toplumu İstatistikleri” verilerine göre % 45,1 ile sağlıkla ilgili bilgi almak için interneti kullanmaktadır (Dulmen, 2011).

Sağlıkla ilgili konularda tavsiye verilmesi ciddi kararlar içermektedir. ABD’de internet kullanıcılarının % 61’i sağlıkla ilgili bilgileri internetten araştırmaktadır. Amerika’da internet kullanıcılarının % 38’i sağlıkla ilgili egzersizleri ve fitness çalışmalarını internetten takip etmektedir. Manhattan Araştırma Merkezi verilerine göre ABD’de doktorların % 39’u hastalarıyla yüz yüze ve muayene gerektirmeyen konularda iletişimi internet üzerinden yürütmektedirler (Haliloğlu, 2011).

ABD’de PEW Internet ve American Life projesinin verilerine göre kullanıcıların % 80’i sağlık sorunları için interneti kullanmaktadır. Facebook’ta kronik hastalıklarla ilgili, hasta topluluklarının oluşturduğu 1.200 sayfa bulunmaktadır. Kronik rahatsızlığı olan hastaların % 75’inin internetten buldukları tedavileri uyguladıkları görülmektedir. İspanya Miguel Hernandez Üniversitesi’nin yaptığı araştırmada hastaların % 90’ının doktora gitmeden önce gideceği doktorla ilgili bilgileri internette aradığı sonucu ortaya çıkmaktadır. İnternet, sağlık gibi kişilerin çok hassas oldukları bir noktada bile öncelikli başvuru kaynağı olma yolunda ilerlemektedir. Dünyada yeni teknolojiler ve sosyal medya hastaların doktorlarıyla kurdukları iletişimi kökten değiştirmektedir. Hastalar cep telefonları ya da internet aracılığıyla doktor randevularını ayarlayabilmekte, reçeteli ilaçları için sipariş verebilmekte, tıbbi kayıtlarına erişebilmekte ya da doktorlarına soru sorabilmektedir (Kayabalı, 2011).

Sonuçta, internette tıbbi konuların hasta veya hekim bazında ele alındığı çok büyük bir sosyal ağ bulunmaktadır. Sosyal medyayla erken yaşta, hatta doğar doğmaz tanışan gençlerin yaşlanması ve kronik hastalıklara giderek daha fazla yakalanmasıyla birlikte sosyal ağların tıbbi amaçla kullanımının da zirveye ulaşacağı düşünülmektedir. Bu ağda biriken bilgiler insanlığın önüne büyük bir fırsat sunduğu gibi, yanlış bilgilendirme, kötüye kullanım gibi çeşitli tehditler de içermektedir (Gökbel, 2013). Bu nedenle sağlık sektöründe faaliyet gösteren yönetsel kurumlara ve hizmet sunucularına büyük rol düşmektedir.

Sosyal medyanın sağlık sektöründe kazandığı bu önemli rol düşünülerek bu çalışmada Ankara’da bir Vakıf Üniversitesi’nin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İletişim Fakültesi’nde

eğitim gören öğrencilerin sosyal medya kullanımlarını ve özellikle sağlık bilgisi aramada sosyal medyaya yaklaşımlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

2. Yöntem

Çalışma, tanımlayıcı türde kesitsel bir saha araştırması olarak planlanmıştır. Çalışma evreni olarak bir Vakıf Üniversitesi'nin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İletişim Fakültesi öğrencileri seçilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde toplam 834 öğrenci, İletişim fakültesinde ise toplam 347 öğrenci bulunmaktadır. Çalışma kapsamında % 95 güven seviyesi ve % 5 kabul edilebilir hata payı ile Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 264 öğrenci, İletişim Fakültesi'nden 183 öğrenci örnekleme dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 296, İletişim Fakültesi'nden 142 öğrenci ile çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın verileri literatür taraması sonucunda hazırlanan toplam 34 sorudan ve 3 bölümden oluşan bir anket formu ile toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların demografik bilgilerine yer verilmiştir. 2. bölümde yer alan sorular katılımcıların internet ve sosyal medya kullanım alışkanlıklarını ölçmeye yöneliktir. 3. bölümde katılımcıların sağlık bilgisi aramada sosyal medya kullanımlarına yer verilmiştir. Anket uygulamaya geçmeden önce 20 öğrencide pilot uygulama yapılmıştır. Bu doğrultuda gerekli düzeltmeler yapıp saha çalışmasına başlanmıştır. Çalışmada elde edilen anket verileri SPSS 18.0 paket programına girilerek gerekli analizler yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede öncelikle çalışmaya katılan öğrencinin tanımlayıcı bilgileri elde edilmiştir, daha sonra sağlık ile ilgili bilgiye ulaşmada sosyal medya kullanım davranışları değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İletişim Fakültesi öğrencilerinin sosyal medya kullanımları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için ki-kare analizi yapılmıştır.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA 14/82) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3. Bulgular

Araştırmaya toplam 437 öğrenci katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 67,5'i Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde, % 32,5'i İletişim Fakültesi'nde eğitim görmektedir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden araştırmaya katılan toplam 295 öğrenci bulunmaktadır. Bunların % 74,6'sı kadın, %25,4'ü erkektir. İletişim Fakültesi'nden toplam 142 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerin %32,4'ü kadın, %67,6'sı erkektir.

Öğrencilerin %14,2'sinde kronik bir hastalık bulunmaktadır. %17,6'sının da birinci dereceden yakınlarında kronik bir hastalık olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin genel olarak sağlık durumlarına bakıldığında %10,3'ünün çok iyi, %66,8'inin iyi, %19,5'inin de orta düzeyde değerlendirdiği görülmektedir. Araştırmaya katılan 437 öğrenciden, geçtiğimiz 12 ay içerisinde % 13,5'inin hiç doktora gitmediği, % 45,1'inin 1-2 kez, % 29,1'inin 3-5 kez kontrol ya da tedavi amacıyla doktora gittiği belirlenmiştir.

Tablo 1'de araştırmaya katılan öğrencilerin internete girme sıklıkları ve internette ortalama geçirdikleri süreye göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin İnternete Girme Sıklıkları Ve İnternette Ortalama Geçirdikleri Süreye Göre Dağılımları

		Sağlık Bilimleri Fakültesi		İletişim Fakültesi		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İnternete Girme Sıklığı	Her gün	273	92,5	126	88,7	0,531
	Arasıra	22	7,4	16	11,2	
	30 dk dan az	36	12,2	16	11,3	
İnternette Ortalama Geçirilen Süre	30 dk – 1saat	101	34,2	30	21,1	0,002
	1-2 saat	82	27,8	34	23,9	
	3-4 saat	48	16,3	35	24,6	
	4saatten fazla	28	9,5	27	19,0	

Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde bulunan öğrencilerin % 92,5'i her gün, % 2,0'ı haftada 1-2 gün, % 4,1'i ise haftada 3-5 gün internete girmektedir. İletişim Fakültesi öğrencilerinin % 88,7'si her gün, % 1,4'ü haftada 1-2 gün ve % 7,0'ı haftada 3-5 gün internete girmektedir.

Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 34,2'si 30dk- 1 saat aralığında, % 27,8'i 1-2 saat aralığında ve % 16,3'ü 3-4 saat aralığında internette zaman geçirmektedir. İletişim fakültesi öğrencilerinin % 24,6'sı 3-4 saat, % 23,9'u 1-2 saat ve % 19,0'ı 4 saatten fazla internette zaman geçirmektedir. İletişim Fakültesi öğrencileri, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine göre internette ortalama daha fazla zaman geçirmektedir, fakülteler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2=16,551$; $p<0,05$).

Tablo 2'de araştırma katılan öğrencilerin interneti kullanım amaçlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin İnterneti Kullanım Amaçlarına Göre Dağılımları

	Sağlık Bilimleri Fakültesi		İletişim Fakültesi		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Araştırma	222	75,3	88	62,0	0,003
İletişim	183	62,0	96	67,6	0,168
Bankacılık	43	14,6	40	28,2	0,001
E-Devlet	17	5,8	8	5,6	0,574
Dosya İndirme	126	42,7	69	45,6	0,146
Oyun	123	41,7	57	40,1	0,419
Haber	228	77,3	94	66,2	0,010
Video	160	54,2	90	63,4	0,044
Sosyal Medya	264	89,5	116	81,7	0,019

Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 89,5'inin interneti en çok sosyal medya amaçlı kullandıkları görülmektedir. % 77,3'ünün haber ve % 75,3'ünün araştırma amacıyla interneti kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. İletişim Fakültesi öğrencilerinin de interneti en

çok % 81,7 oranında sosyal medya amaçlı kullandıkları görülmektedir. % 67,6'sının iletişim amaçlı ve % 66,2'sinin haber takibi amaçlı kullandıkları görülmektedir. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin İletişim Fakültesi öğrencilerine göre internet kullanma amaçlarında araştırma ($X^2=8,203$; $p<0,05$), haber ($X^2=6,081$; $p<0,05$), ve sosyal medya ($X^2=5,144$; $p<0,05$) daha ön plana çıkarken, İletişim Fakültesi öğrencilerinin bankacılık ($X^2=0,003$; $p<0,05$) ve video izleme($X^2=3,273$; $p<0,05$) amacıyla internet kullanımı daha fazladır.

Tablo 3'te araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıkla ilişkili olarak sosyal paylaşım sitelerini kullanma durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıkla İlişkili Olarak Sosyal Paylaşım Sitelerini Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

	Sağlık Bilimleri Fakültesi		İletişim Fakültesi		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Bir hekime sağlıkla ilgili soru sormak için	64	21,7	42	29,6	0,044
Bir yakını için kan ihtiyacı olduğunda	215	72,9	103	72,5	0,534
Sağlık hizmeti ihtiyacı için en iyi doktor araştırmasında	192	65,1	70	49,3	0,001
Sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili sayfaları takip etme	209	70,8	76	53,5	0,000
Sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili herhangi bir gruba üye olma	122	41,4	27	19,0	0,000

Tablo 3' te Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırmaya katılan öğrencilerin % 21,7'sinin bir hekime sağlıkla ilgili soru sormak, % 72,9'unun bir yakını için kan ihtiyacı olduğunda, % 65,1'inin sağlık hizmeti ihtiyacı için en iyi doktor araştırmasında, % 70,8'inin sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili sayfaları takip etme ve % 41,4'ünün sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili herhangi bir gruba üye olmak amacıyla sosyal paylaşım sitelerini kullandıkları verilmiştir. İletişim Fakültesi'nde araştırmaya katılan öğrencilerin % 29,6'sının bir hekime sağlıkla ilgili soru sormak için, % 72,5'inin bir yakını için kan ihtiyacı olduğunda, % 49,3'ünün sağlık hizmeti ihtiyacı için en iyi doktor araştırmasında, % 53,5'nin sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili sayfaları takip etme ve % 19,0'ının sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili herhangi bir gruba üye olmak amacıyla sosyal paylaşım sitelerini kullandıkları görülmektedir. İletişim Fakültesi öğrencilerinin bir hekime sağlıkla ilgili soru sormak için sosyal paylaşım sitelerini kullanmaları ($X^2=3,395$; $p<0,05$) ön plana çıkarken, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde en iyi doktor araştırmasında sosyal paylaşım sitelerini kullanma ($X^2=9,757$; $p<0,05$), sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili sayfaları takip etme ($X^2=12,461$; $p<0,05$) ve sağlıkla ilgili herhangi bir gruba üye olma ($X^2=20,914$; $p<0,05$) durumları daha önceliklidir.

Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 70,2'si, İletişim Fakültesi öğrencilerinin ise % 56,3'ü son 1 ay içerisinde sosyal paylaşım sitelerinde en az bir defa sağlık bilgisi araştırdığını belirtmiştir.

Tablo 4’te araştırmaya katılan öğrencilerin sosyal paylaşım sitelerinde araştırma yaptıkları alanlara göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyal Paylaşım Sitelerinde Araştırma Yaptıkları Alanlara Göre Dağılımları

	Sağlık Bilimleri Fakültesi		İletişim Fakültesi		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Reçeteli ilaçlar	15	5,1	10	7,0	0,291
Alternatif tıp/ilaçlar ya da tedavi	66	22,4	18	12,7	0,057
Gıdalar-beslenme ve diyetle ilgili bilgi almak	129	43,7	26	18,3	0,000
Egzersiz	102	34,6	44	30,9	0,055
Hastaneler ile sigorta şirketleri işbirliği hakkında bilgi almak	19	6,5	3	2,1	0,440
Çeşitli hastanelerle maliyet karşılaştırması görmek	11	3,7	2	1,4	0,440
Tedavi yöntemleri ve seçenekleri ile ilgili bilgi almak	86	29,1	48	33,7	0,001
Herhangi bir doktor/hastane hakkında bilgi edinmek	104	35,3	45	31,6	0,001
Sağlıkla ilgili güncel haberler/konular	98	33,2	52	36,6	0,001
Hastalık destek grupları/sağlıkla ilgili forumlar	10	3,4	4	2,8	0,515

Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 43,7’si sosyal paylaşım sitelerinde gıdalar-beslenme ve diyetle ilgili bilgi almak için, % 35,9’ u herhangi bir hastane/doktor hakkında bilgi edinmek için, % 34,6’sı egzersiz ile ilgili bilgi almak için araştırma yapmaktadır. İletişim Fakültesi öğrencilerinin % 36,6’sı sağlıkla ilgili güncel haberler/konular ile ilgili bilgi için, % 33,7’si tedavi yöntemleri ve seçenekleri ile ilgili bilgi almak için, % 31,6’sı herhangi bir doktor/hastane hakkında bilgi edinmek için sosyal paylaşım sitelerini kullanmaktadır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sosyal paylaşım sitelerinde araştırma yaptıkları alanlardan; alternatif tıp/ilaçlar ya da tedavi yöntemleriyle ilgili bilgi almak ($X^2=7,536$; $p<0,05$), gıdalar-beslenme ve diyetle ilgili bilgi almak ($X^2=25,257$; $p<0,05$), egzersiz ($X^2=7,618$; $p<0,05$) ve herhangi bir doktor/hastane hakkında bilgi edinmek ($X^2=37,190$; $p<0,05$) daha ön plana çıkarken, İletişim Fakültesi öğrencileri de tedavi yöntemleri ve seçenekleri ile ilgili bilgi almak için ($X^2=16,159$; $p<0,05$) öncelikli olarak araştırma yapılmaktadır.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İletişim Fakültesi'nde eğitim gören öğrencilerin sosyal medya kullanımlarını ve özellikle sağlık bilgisi aramada sosyal medyaya yaklaşımlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular bazı çalışmalarla karşılaştırıldığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 38,6'sı Uzman TV , % 37,6'sı Youtube ve % 29,5'i Twitter 'ı sağlık bilgisi edinmek için kullanmaktadır. İletişim Fakültesi öğrencilerinin ise; % 31,7'sinin Youtube, % 27,5 Uzman TV ve % 26,1'i Facebook'u sağlık bilgisi edinmek için kullanmaktadır. Sertaç Doğanay'ın Eylül 2013'te 8.001 kişiye uyguladığı “İnterneti sağlık bilgisi ve hizmetlerine ulaşma amaçlı kullanım alışkanlıkları” konulu bu araştırmasında katılımcıların % 68,8'minin Google, % 4,3'ünün de Facebook ve Twitter'ı sağlık bilgisi edinmek için , hastaneler ve doktorlar ile ilgili bilgi edinmek için kullandıkları sonucuna ulaşmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri İletişim Fakültesi öğrencilerine göre sağlıklı ilgili bilgi edinmek için Blogcu ($X^2=8,164$; $p<0,05$), GooglePlus+ ($X^2=3,249$; $p<0,05$) ve Twitter'ı ($X^2=14,665$; $p<0,05$) daha sık kullanmaktadır. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Araştırmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 43,7 sosyal paylaşım sitelerinde gıdalar-beslenme ve diyetle ilgili bilgi almak için , % 35,9'ü herhangi bir hastane/doktor hakkında bilgi edinmek için, % 34,6'sı egzersiz ile ilgili bilgi almak için araştırma yapmaktadır. İletişim Fakültesi öğrencilerinin % 36,6'sı sağlıklı ilgili güncel haberler/konular ile ilgili bilgi için, % 33,7'si tedavi yöntemleri ve seçenekleri ile ilgili bilgi almak için, % 31,6'sı herhangi bir doktor/hastane hakkında bilgi edinmek için sosyal paylaşım sitelerini kullanmaktadır. Doğanay'ın Eylül 2013'te 8.001 kişiye uyguladığı “İnterneti sağlık bilgisi ve hizmetlerine ulaşma amaçlı kullanım alışkanlıkları” konulu bu araştırmasında, araştırmaya katılanların % 55,92'sinin ilaçlar hakkında bilgi almak için, % 47,99'u sağlık hizmetleriyle, tedavi yöntemleriyle ilgili bilgi almak için ve % 44,12'si doktor ve hastane hakkında bilgi edinmek için interneti kullandıkları görülmüştür.

Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 11,2'si sosyal paylaşım sitelerinde sağlıklı ilgili buldukları bilgileri çok güvenilir bulmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 11,5'i sosyal paylaşım sitelerinde sağlıklı ilgili buldukları bilgileri çok faydalı, % 24,7'si faydalı bulmaktadır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin % 13,9'u sosyal paylaşım sitelerinde buldukları sağlık bilgilerinin sağlık durumlarıyla ilgili aldıkları kararlarda çok etkili olduğunu, % 23,4'ü etkili olduğunu düşünmektedir. İletişim Fakültesi'nden araştırmaya katılan öğrenciler ise sosyal paylaşım sitelerinde sağlıklı ilgili buldukları bilgileri % 10,6'sı güvenilir bulmaktadır. % 12,0'ı sosyal paylaşım sitelerinde sağlıklı ilgili buldukları bilgileri faydalı bulmaktadır. Araştırmaya katılan İletişim Fakültesi öğrencilerinin % 9,2'si sosyal paylaşım sitelerinde buldukları sağlık bilgilerinin sağlık durumlarıyla ilgili aldıkları kararlarda etkili, % 23,2'si kararsız ve % 16,2'si hiç etkili değil cevaplarını vermiştir. Yan Zhang'ın 2012 yılında Austin Texas Üniversitesi'nde “ Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Ve Sağlıklı Yaşam Bilgileri İçin Sosyal Ağ Sitelerini Kullanımları Ve Algılamaları” (College Students' Uses And Perceptions Of Social Networking Sites For Health And Wellness Information) adlı çalışması 38 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların bilgi kalitesi hakkında şüpheli oldukları, sosyal ağ sitelerinde olası sosyal risklere ve gizlilik işgaline maruz kalma konusunda endişeli oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Erkan Yüksel, Pelin Ögüt ve Asuman Kaya'nın 2011'de yapmış oldukları analiz çalışması sonuçlarına göre ise, araştırmaya katılan 2256 kişinin % 50'sinin tıbbi yayınlara güvendiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri İletişim Fakültesi öğrencilerine göre sosyal paylaşım sitelerinde sağlıkla ilgili buldukları bilgileri daha çok güvenilir ($X^2=37,098$; $p<0,05$) ve faydalı ($X^2=46,157$; $p<0,05$) bulmaktadır. Ayrıca buldukları bu bilgileri sağlıkla durumlarıyla ilgili aldıkları kararlarda etkili ($X^2=49,462$; $p<0,05$) bulmaktadır.

Bu çalışmanın yukarıda özetlenen bulguları doğrultusunda hem sosyal medya yöneticileri hem de sağlık kurumları yöneticileri için aşağıdaki önerileri dikkate almalıdır.

En çok kullanılan sosyal paylaşım sitelerinden biri olan Facebook'ta bir grup kurarken; bilgilerin güvenilir olması gerekmekte ve kendi güvenlik önlemlerini arttırarak insanlara sitenin güvenli olduğunu kanıtlamaları gerekmektedir. Katılımcıların mahremiyetine önem verilmesine ve insanları gruba çekmek için bir takım yöntemler kullanılmasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Ayrıca sosyal medyada yer almak isteyen sağlık kurumları Sayfa adının kurumun adıyla oluşturulmasına, kurumu tanımlayan tarihçe, faaliyet alanı, kalite politikaları, kurumsal yapılanması ve iletişim bilgilerinin eksiksiz bir şekilde oluşturulmasına, sayfa bilgilerinin kurumsal çizgiden sapmadan aktarılan bilgilerden oluşturulmasına, sayfada kurumun özgün web sitesi için bir link verilmesine, sayfa kullanıcı adının alınmasına, yazılan iletilerin diğer sosyal ağlara aktarılması için otomasyon sisteminin uygulamaya konulmasına, kurumsal etkinliklerin eşzamanlı olarak sayfada paylaşılmasına ve bu etkinliklerle ilgili videoların, fotoğrafların etkinlik albümünde toplanmasına, sayfanın her zaman güncel tutulmasına, dikkat edilmelidir (Bat, 2012).

Bunların yanı sıra, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak taramalar sonucunda “iyi uygulamalar” çalışması ile ilgili web sayfaları ve Facebook sayfaları ödüllendirilebilir. Şartlar Sağlık Bakanlığı, alanın uzmanı ve akademisyenlerden oluşturulan çalışma ekibiyle belirlenebilir. Rutin aralıklarla kamuya açık ödüllendirme gerçekleştirilebilir. Böylece sosyal medya, görünmeyen denetlenmeyen medya olmaktan çıkarılmış olacaktır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan sağlığı geliştirme ve teşvik konusunda çalışmalar yapan birimlerde, alanın uzmanlarınca Facebook ve diğer sosyal medya araçlarının kontrol ve denetiminin yapılması sağlanabilir. Böylece, paylaşılan bilgilerin güvenilirliği, doğruluğu ve bilimselliği filtre edilerek kullanıcıya ulaştırılmış olacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından, sosyal medya kullanıcılarının “sağlık okuryazarlığını” artırıcı çalışmalar yapılabilir. Sağlık Bakanlığı tarafından, gerek sağlık çalışanları gerekse sosyal medya kullanıcıları için, sağlıkta kullanım kılavuzu hazırlanabilir (Şener, Samur, 2013).

Bu çalışmada özellikle Facebook en çok kullanılan sosyal paylaşım sitesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık kurumları, iletişim stratejileriyle uyumlu projeler hayata geçirdikleri takdirde sosyal paylaşım sitelerinde daha popüler olabilirler.

Facebook'ta sağlık ürünlerinin reklamına ilişkin düzenlemelerin uygulanır olup olmadığı kontrol edilmelidir. Benzer çalışmalar diğer sosyal medya araçları üzerinde yapılabilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi ve bireylerin/hastaların güçlendirilmesinde bir araç olarak sosyal medyanın mesajları hızlı şekilde kitlelere yayma bakımından sağladığı büyük bir avantaj bulunmaktadır. Ayrıca sosyal medyada sağlık eğitimi sürecinde, eğitilenin pasif konumundan, kendi sağlıklarına ilişkin kararlara aktif olarak katıldıkları bir konuma geçmeye başlamasında da etkili bir rolü vardır. Geleneksel yöntemlerden sıyrılarak enformasyonun aktarımında hızlı olan bu aracı etkin kullanmak sağlık profesyonellerinin kaçınılmaz rolü olmalıdır (Şener, Samur, 2013).

Yapılan anket çalışması sonuçlarında, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin İletişim Fakültesi öğrencilerine göre sosyal medyada daha çok sağlık bilgisi aradıkları görülmüştür. Sağlıkın sosyal medyaya entegre edilebilmesi için diğer öğrencilerin de sosyal medyada sağlık bilgisi aramaya teşvik edilmesi gerekmektedir. Günümüzde sosyal medya kurumlar açısından sağlık gibi ciddi bir konuda kendine önemli bir ortam yaratmıştır. Bu ortamın herhangi bir çalışana bırakılmaması, üniversiteler sağlık ve iletişim eğitimi alan her bölümün ders programına sosyal medyayı ekleyerek uzmanlar yetiştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sosyal medya konusunda, insanların kendi paylaşım sitelerini oluşturabilmesi için neler yapmaları gerektiği konusunda ve sağlığın sosyal medyaya nasıl uyarlanabileceği konusunda bireyleri bilgilendirmek amaçlı seminerler de düzenlenebilir. Yapılan literatür çalışmaları sonucunda görüldüğü üzere, teknolojinin de gelişmesiyle, internete erişimin kolaylaşması ve yaygınlaşmasıyla daha çok sayıda insan internet ve sosyal medya aracılığıyla ihtiyaçları oldukları her anda medikal bilgi ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek hale gelmişlerdir. Sosyal medya sağlık alanında, Ar-ge ve hasta iletişimde yeni bir boyuta açılmaktadır. Bugün düşünülmesi gereken; bu yeni boyuta ve gelişime sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının ne kadar hazırlıklı olduğudur. Gelişmiş ülkelerde hastanelerin sosyal medya kullanımında, sürekli kontrol ve etkili yanıtlama yöntemiyle soruları cevaplamakta ve günlük bilgilendirmeler yapmakta oldukları görülmektedir. Ülkemizde de üniversiteler uzman sosyal medya yöneticileri yetiştirerek özellikle hastanelerdeki bu eksikliği kapatabilirler. Ayrıca hastaneler sosyal medyanın kullanımı konusunda seminerler vererek çalışanları bu konuda bilgilendirebilir. Böylece Türkiye’de sosyal medyayı sürekli olarak kullanan, günlük bilgilendirmeler yapan hastaneler görülebilir.

Kaynaklar

- 1.BAT, M. (2012), Dijital Platformda Sosyal Medyanın Stratejik Kurumsal İletişime Etkisi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
- 2.BOSTANCI, M. (2010), Sosyal Medyanın Gelişimi ve İletişim Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Alışkanlıkları. Gazetecilik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- 3.DİKME, G. (2013), Üniversite Öğrencilerinin İletişimde ve Günlük Hayatta Sosyal Medya Kullanım Alışkanlıkları, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- 4.DULMEN, S. (2011), Uluslar Arası Sağlık Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu, İstanbul.
- 5.GÖKBEL, H. (2013), Sağlık ve Sosyal Medya, Sağlık Profesyonelleri Gazetesi <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakki-gokbel/tr-saglik-ve-sosyal-medya-72-103-3456.html>, Erişim Tarihi: 02.03.2014.
- 6.HALİLOĞLU, E. (2011), Sağlık Sektöründe Sosyal Medya Yaklaşımları, www.slideshare.net/ehaliloglu/sosyal-medyada-salk-uygulamalar, Erişim Tarihi: 01.03.2014.
- 7.KAYABALI, K. (2011), İnternet Ve Sosyal Medya Evreninde Sağlık, İyi Klinik Uygulamalar Dergisi; 25.
- 8.ŞENER, E. SAMUR, M. (2013). Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebook’ta Sağlık, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi;2(4).

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE ATIKLARI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KONYA SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Emrullah İNCESU*

ÖZET

Bu araştırma, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarının sağlık tesislerinden kaynaklanan atıklar konusundaki bilgi ve tutumlarını belirleme ve çıkan veriler ışığında atıkların kaynağında ayrıştırılması ve atık minimizasyonunun sağlanmasına yardımcı olmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Bu çalışmaya Seydişehir Devlet Hastanesinde çalışan sağlık çalışanları dâhil edildi. Araştırma verileri, içinde iki bölüm 27 değişken içeren anket formu ile 06.01.2014-24.01.2014 tarihleri arasında uygulanarak toplandı. Anket soruları literatür taraması ve Seydişehir Devlet Hastanesi eğitim ve enfeksiyon hemşiresi ile yapılan görüşmelerden yararlanılarak yazar tarafından oluşturuldu.

Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında frekans sıklığı, yüzdelik ve ki-kare önemlilik testleri uygulanarak değerlendirildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Çalışanların sıklıkla ($n=36$) %52'sinin hemşire olduğu, ($n=58$) %84,1'inin hastane atıkları ile ilgili eğitim aldığı, ($n=22$) %31,9'unun kliniklerde çalıştığı, ($n=65$) %94,2'sinin kesici delici atıkları ayrı kutularda topladığı, ($n=65$) %94,2'sinin tıbbi atık torbası renginin turuncu olduğunu bildiği, ($n=69$) %100'ü kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıklarını evsel atık olarak kaynağında ayırdığı, ($n=66$) %95,7'sinin hasta yemek atıklarını tıbbi atık olarak kabul etmediği, ($n=62$) %89,9'unun atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemseydiği ve ($n=28$) %40,6'sının temizlik personellerinin atıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğü belirlendi. Çalışanların verdiği cevaplar sonucunda genel başarı puanı ortalama 74,33 olarak tespit edildi. Çalışmada çalışanların mesleki durum ile atıkların kaynağında ayrıştırma uygulamasını önemseme ($\chi^2=40,365, p=0,002$), atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılmalıdır ($\chi^2=18,002, p=0,035$) ve kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacaktır sorusuna verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=46,353, p=0,000$).

Sonuç olarak kurumda asıl amacı atıkları kaynağında ayırma olan bir atık yönetim sisteminin uygulandığı ve 2012 ve 2013 yılları tıbbi atık miktarları incelendiğinde tıbbi atık miktarında azalmanın gerçekleştiği belirlendi. Bu durumun kurumda bir atık ayırma kültürünün oluştuğunun göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Kurumda tesis edilen bu olumlu durumun devamlılığı için periyodik olarak hizmet içi eğitimlerin devam etmesi ve öz değerlendirme periyotlarının sıklaştırılması uygun olacaktır.

Anahtar sözcükler: Atık, Tıbbi Atık, Sağlık Çalışanları

*A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

HOSPITAL EMPLOYEES OF HEALTH INFORMATION ON WASTE EVALUATION OF THE LEVEL: EXAMPLE OF STATE HOSPITAL KONYA SEYDİŞEHİR

ABSTRACT

This research Seydişehir of Konya State Hospital employee health, employee health facilities wastes from their knowledge and attitude determination and resulting data in the light of waste at source separation and waste minimization provided to help is a descriptive study.

This study Seydişehir State Hospital health care workers were included. Research data questionnaire contains two parts with 27 variables was collected by applying between 06.01.2014-24.01.2014. Literature survey questions and Seydişehir State Hospital nurse training and interviews with infection was created by the author making use of.

The data obtained in the frequency range of SPSS 16.0 package program, percentage and chi-square tests were evaluated applying. Results 95% confidence interval of $p < 0.05$ significance level were evaluated. Workers often ($n = 36$)% 52" accounted nurse, where the ($n = 58$) 84,1% of the hospital waste related had received training ($n = 22$) 31.9% of the clinics, which runs ($n = 65$) 94.2% CPC's cutting drilling wastes in separate boxes collected ($n = 65$) 94.2% accounted medical waste bag color is orange, you know that, ($n = 69$) 100% paper, cardboard, plastic and metal packaging waste, household waste at source has allocated ($n = 66$), 95.7% of the patients food waste as medical waste not accepted ($n = 62$) 89.9% 's of the wastes at the source to parse care and ($n = 28$) 40.6% of the cleaning staff have sufficient knowledge of the waste was determined that thought. As a result of the responses of employees overall mean score was found to be 74.33. In this study, employees' professional situation of waste at source separation applications ignored ($x^2 = 40.365$, $p = 0.002$), waste management in the effective supervision should be done ($x^2 = 18.002$, $p = 0.035$) and in the establishment of a waste separation formation of culture will contribute to question their answers compared the difference between them was statistically significant ($x^2 = 46.353$, $p = 0.000$).

As a result, the main aim of corporate waste separation at source and that the implementation of a waste management system in 2012 and 2013, examined the amount of medical waste reduction in the amount of medical waste was determined that happen. In this case, the institution of a waste separation is evaluated as an indicator of the formation of culture. The institution, which was established for the continuation of this positive continuation of periodic in-service training and self-assessment period would be appropriate to intensify.

KeyWords: Waste, Medical Waste, Health Workers

1. GİRİŞ

Hastaneler karmaşık sosyo-teknik sistemlerdir. Dolayısıyla, birçok iş kolunu bünyesinde barındıran kuruluşlardır. Hastaneler haricinde hiçbir iş yerinde elektrikli-elektronik cihazların sürekli kullanımı, ağır malzemelerin taşınması, kimyasal maddeler ile işlemler, radyoaktif maddelerin kullanımı, enfeksiyon riski taşıyan biyolojik materyal, kesici delici aletler bir arada bulunmamaktadır (Parlar S.,2008).

Ayrıca hastaneler, yaş, cinsiyet, etnik köken, din vb. herhangi bir ayırım yapmaksızın toplumun her kesiminden insanların hizmet aldığı kurumlardır. Bu nedenle hastaneler normalin üzerinde hasta ve personelin bulunduğu ortamlardan oluşmaktadır. Bu kalabalık, atık üretmekte ve üretilen atıkların miktarı bilimsel ve teknik gelişmeler nedeniyle sürekli artmaktadır. Üretilen atıklar, hem çalışanlar, hem hastalar, hem de çevre için büyük risk oluşturmaktadır (Akbolat vd.,2011).

Sağlık kuruluşlarında açığa çıkan tüm atıklar hastane atıkları olarak adlandırılırlar ve çevre kirliliğine neden olan etkenlerin en önemlileridir. Bu tip atıklar hastane çalışanları, hastalar ve toplum sağlığı açısından risk oluştururlar (Rahman vd.,2009).

Üretim ve kullanım faaliyetleri sonucu ortaya çıkan, insan ve çevre sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı biçimde alıcı ortama verilmesi sakıncalı olan her türlü maddedir.

Hastanelerde üretilen atıkları, evsel nitelikli atıklar, tıbbi ve enfektif atıklar, kimyasal atıklar ve radyoaktif atıklar şeklinde sınıflandırmak mümkündür (Rahman vd.,2009).Tıbbi atıklar, sağlık kuruluşları, araştırma tesisleri ve laboratuvarlar tarafından üretilen tüm atıkları içermektedir. Buna ek olarak, evde gerçekleştirilen sağlık uygulamaları örneğinde olduğu gibi (dializ, insülin enjeksiyonları, vb) “küçük” ya da “dağınık” kaynaklardan oluşan atıkları da kapsamına almaktadır. Evsel nitelikli atıklar, başta mutfak, bahçe ve idari birimlerden kaynaklanan atıklar olmak üzere ünitelerden kaynaklanan, kontamine olmamış atıkları, (mutfak atığı, bahçe atığı, büro atığı, şişe atığı, vb. maddeleri) içermektedir (Devrim İ.,2007).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık kuruluşlarında oluşan atığın içeriğini aşağıdaki gibi belirtmiştir.

- Sağlık kuruluşu atıklarının %80 i genel atıklardır ki onlar evsel ya da kentsel atık yönetim sistemiyle bertaraf edilebilmektedir.
- % 15 i patolojik ve enfekte atık.
- %1 i kesici delici atık ve
- % 4 ü ise farmostatik atıklardır.
- % 1den az miktarda da stotoksik, radyoaktif, basınçlı kaplar, kırılmış dereceler kullanılmış piller gibi özellikli atıklardır (WHO, 1994).

Türkiye’de 22.07.2005 tarih ve 25883 sayı ile Resmi Gazete’de yayınlanan “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” Ek 2 de sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıkların neler solduğu bir tablo şeklinde ayrıntılı olarak belirtilmiştir (Tablo 1).

Atık Yönetimi, atığın kaynağında azaltılması, özelliğine göre ayrılması, toplanması, geçici depolanması, ara depolanması, geri kazanılması, taşınması, bertarafı ve bertaraf işlemleri sonrası kontrolü ve benzeri işlemleri içeren bir yönetim biçimi olarak ifade edilebilir.

Atık yönetiminin birinci amacı atıkların oluşumunun engellenmesi, engellenemediği durumda atık miktarının en aza indirecek tedbirleri almaktır. Atık minimizasyonu daha az atık veya tehlikeli atık oluşmasını sağlayacak metotların ve ürünlerin kullanılmasının sağlanması ve atıkların oluştuğu yerde ayrılmasını içeren işlemlerdir. Ekili bir atık minimizasyonu için çalışanların açığa çıkan atıkları uygun şekilde kaynağında ayırması esastır. Çalışanların atıkları kaynağında ayırma işlemini yaparken atıklar konusunda gerekli bilgilere sahip olmaları gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tıbbi kuruluşlar ve araştırma tesislerinde oluşan atıkların azaltılması aşağıdaki politikaların uygulanmasıyla sağlanabilir:

- **Kaynakta azaltma:** daha az atık veya tehlikeli atık oluşmasını sağlayacak metotların kullanılmasının sağlanması.
- **Geri dönüştürülebilir ürünler:** kullanılan ürünlerin kaynakta veya dışarıda geri dönüştürülebilir olmasının sağlanması.
- **Yeterli bir yönetim ve kontrol uygulanması:** ilaçların veya kimyasalların satın alınımının ve kullanımının kontrollü olmasının sağlanması.
- **Atıkların ayrıştırılması:** tehlikeli atık miktarının azaltılması için mümkün olduğunca evsel atıkların tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanmasının sağlanması.

Atık azaltımı sayesinde, atığı üreten kaynak hammadde alımında ve oluşan atıkların arıtımında bertaraf maliyetinin düşmesi ve oluşan tehlikeli atıkların riskinin azalması açısından her zaman kazançlı olacaktır (WHO,1999).

1.1. Başarılı Atık Minimizasyon Programının Bileşenleri

Etkin atık minimizasyon programları minimizasyon stratejisinin önemli unsuru birinci olarak tanımlama yapılabilmesidir. Başarılı atık minimizasyonunun anahtar bileşenleri aşağıdaki listede verilmiştir:

- a) Etkin enfeksiyon kontrol prosedürleri
- b) Ambalajların geri dönüşümü
- c) Kaynakta ayırma ve katı atıkların uygun yönetimi, tıbbi ve yeniden kullanılabilir atıklar
- d) Klinik personel için etkin yönergeler
- e) Etkin devamlı kalite yönetimi, iletişim ve eğitimler
- f) Yönetim sorumluluğu ve önderlik (EPA, 1990)

1.2. Atık Minimizasyonunun Faydaları

Atık minimizasyonu çevresel yönden dillendirilen geri dönüşüm, yeniden kullanım, kaynakta azaltma gibi iyileştirme teknolojileri olarak bilinen, birçok hastanede atık miktarının azalmasına yardım etmiştir. Bu kapsamda yürütülen atık minimizasyon çalışması ile hastanelerde atık üreten prosesler belirlenerek kaynakta azaltım ve geri kazanım teknikleri ile atık oluşumunun en aza indirilmesi için atık minimizasyonu seçenekleri ortaya konur. Atık maddenin kaynağında azaltılması ya da tesis içinde ve dışında geri kazanılması; atık yönetim giderlerini kazanarak ve zararlı atıkların uzaklaştırılması ile ilgili sorumlulukları düşürerek hastaneye yarar sağlayacaktır (Eskitürk, 2002).

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2012

Atık minimizasyonu ile kaynak tüketimi azaltılır, verimlilik artar. Kuruluşun atık maliyetlerini direkt etkileyerek düşürür. Uzun vade de doğal çevrenin korunması ve çevreye verilen zararın en aza indirgenmesi gibi faydalar sağlayarak kuruluşun saygınlığını ve prestijini artırıcı önemli bir etken olur.

Aynı zamanda atık minimizasyonu, kazanç sağlamak, çalışanların katılımı ve çevre performansı için etkin yönetim geliştirebilmektir (Howart,2002).

Tablo 1. Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Atıkların Sınıflandırılması

SAĞLIK KURULUŞLARINDAN KAYNAKLANAN ATIKLARIN SINIFLANDIRILMASI						
EVSEL NİTELİKLİ ATIKLAR (20 03* ve 15 01*)		TIBBİ ATIKLAR (18 01* ve 18 02*)			TEHLİKELİ ATIKLAR	RADYOAKTİF ATIKLAR
A: Genel Atıklar 20 03 01*	B: Ambalaj Atıkları 15 01 01*, 15 01 02*, 15 01 04*, 15 01 05*, 15 01 06*, 15 01 07*	C: Enfeksiyöz Atıklar 18 01 03* ve 18 02 02*	D: Patolojik Atıklar 18 01 02*	E: Kesici Delici Atıklar 18 01 01* ve 18 02 01*	F: Tehlikeli Atıklar 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10*, 18 02 05*, 18 02 07*	G: Radyoaktif Atıklar
Sağlıklı insanların bulunduğu kısımlar, hasta olmayanların muayene edildiği bölümler, ilk yardım alanları, idari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklar: B, C, D, E, F ve G gruplarında anılanlar hariç, tıbbi merkezlerden kaynaklanan tüm atıklar.	Tüm idari birimler, mutfak, ambar, atölye v.s den kaynaklanan tekrar kullanılabilir, geri kazanılabilir atıklar: - kağıt - karton - mukavva - plastik - cam - metal v.b.	Enfeksiyöz ajanların yayılımını önlemek için taşınması ve imhası özel uygulama gerektiren atıklar: Başlıca kaynakları; I. Mikrobiyolojik laboratuvar atıkları - Kültür ve stoklar - İnfeksiyöz vücut sıvıları - Serolojik atıklar - Diğer kontamine laboratuvar atıkları (lam-lamel, pipet, petri v.b) II. Kan kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesnelere III. Kullanılmış ameliyat giysileri (kumaş, önlük ve eldiven v.b) IV. Diyaliz atıkları (atık su ve ekipmanlar) V. Karantina atıkları VI. Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri, VII. Enfekte deney hayvanı leşleri, organ parçaları, kanı ve bunlarla temas eden tüm nesnelere	Anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi v.b. tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları: - Ameliyathaneler, morg, otopsi, adli tıp gibi yerlerden kaynaklanan vücut parçaları, organik parçalar, plasenta, kesik uzuvlar v.b (insani patolojik atıklar) - Biyolojik deneylerde kullanılan kobay leşleri	Batma, delme sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar: - enjektör iğnesi, - iğne içeren diğer kesiciler - bistüri - lam-lamel - cam pastör pipeti - kırılmış diğer cam v.b	Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden dolayı ya da yasal nedenler dolayısı ile özel işleme tabi olacak atıklar - Tehlikeli kimyasallar - Sitotoksik ve sitostatik ilaçlar - Amalgam atıkları - Genotoksik ve sitotoksik atıklar - Farmasötik atıklar - Ağır metal içeren atıklar - Basınçlı kaplar	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre toplanıp uzaklaştırılır.

*Avrupa Birliği Avrupa Atık Kataloğu Kod Numaraları

2. Materyal Ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı Ve Modeli

Bu çalışma: Konya Seydişehir Devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının hastane atıkları konusunda bilgi ve tutumlarını belirleyerek atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik aksaklıkları tespit etmek bu sayede sağlık tesislerinde atıkların kaynağında ayrıştırma kültürü oluşturulması ve atık minimizasyonun sağlanmasına katkıda bulunmak amacıyla, tanımlayıcı araştırma modelinde yapılmak üzere planlandı.

2.2. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma ile sağlık tesislerinde atıkların kaynağında ayrıştırma işlemi sırasında çalışanların bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirleyerek, atık yönetiminin en önemli basamaklarında biri olan atık minimizasyonunun sağlanmasına ve kurumsal olarak atık ayrıştırma kültürünün oluşturulmasına katkı sağlamaya yardımcı olması açısından önemli olarak değerlendirilmektedir.

2.3. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma Konya Seydişehir Devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanları ile sınırlı tutulmuştur. Kısıtlı bir sürede gerçekleştirilen bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak tüm Türkiye, ya da daha geniş bir coğrafya için yapılacak genellemelerin doğruluk derecesi sınırlı olacaktır. Ayrıca araştırmada elde edilen verilerin doğru olarak kabul edildiği ve araştırmada kullanılan ölçüklerin istenen nitelikleri ölçtüğü varsayılmıştır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya Seydişehir Devlet hastanesinde çalışan N=216 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Toplam 69 çalışana ulaşılmıştır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; araştırmacı tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra; çalışanlara uygulanmak üzere; sosyo-demografik bilgilerin elde edilmesine yönelik bilgi formu ve sağlık tesislerinden kaynaklanan atıklar konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik ölçek yardımı ile toplandı.

2.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, bilgisayar ortamına aktarılarak ve SPSS 16,0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlarının (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında güvenilirlik ki kare bağımsızlık testine tabii tutularak analiz edildi. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3. Bulgular Ve Tartışma

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %79,7'si kadın, %56,3'ü 31-40 yaş aralığında, %29'u lisans ve %50,7'si ön lisans mezunudur. Katılımcıların, %52,2'si sıklıkla ilk sırayı hemşirelerin olduğu, Akbolat ve arkadaşlarının çalışmasında da sıklıkla %60,2 ile hemşirelerin olduğu oransal olarak paralellik göstermektedir (Akbolat vd, 2011), çalışanların %15,9'u ebe, %11,6'sı sağlık memuru ve %20,3'ü diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışanların %31,9'u kurumlarında 0-1 yıl arasında çalıştığı, %31,9'u kliniklerde, %13'ü acil servisinde, %10,1'i ameliyathanede, %13'ü laboratuvarlarda, %5,8'i polikliniklerde, %2,9'u radyoloji birimlerinde ve %23,3'ü diğer birimlerde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık

çalışanlarının %15,9'u hastane atıkları konusunda eğitim almadığını %84,1'i ise bu konuda eğitim aldığını belirtmiştir. Akbolat ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %69,6 dır (Akbolat vd, 2011). Terzi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise araştırmaya katılanların %80,5'inin tıbbi atıklar konusunda eğitim aldıkları (Terzi vd, 2009) ve Bulut ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir başka çalışmada ise katılımcıların %48,7'si tıbbi atık konusunda eğitim aldığını belirtilmiştir (Bulut vd,2013), (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışanların Demografik Özelliklere Göre Dağılım Durumu

Özellikler	Sayı(n)	%
Cinsiyet		
Kadın	55	79,7
Erkek	14	20,3
Yaş Grupları		
17-20	1	1,4
21-30	12	17,4
31-40	37	53,6
41-50	18	26,1
51-60	1	1,4
Meslek		
Hemşire	36	52,2
Ebe	11	15,9
Sağ.Mem	8	11,6
Att	4	5,8
Lab.Tekn.	2	2,9
Röntgen Tenk.	1	1,4
Hekim	1	1,4
Diş Tekn.	1	1,4
Diş Hekimi	1	1,4
Anestezi Tekn.	4	5,8
Kurumda çalışma süresi		
0-1	22	31,9
1-5	15	21,7
5-10	16	23,2
10-15	9	13,0
15-20	3	4,3
20 >	4	5,8
Eğitim Durumu		
Lise	12	17,4
Ön Lisans	35	50,7
Lisans	20	29,0
Tıp Fak.	1	1,4
Diş Hekimliği	1	1,4
Hastane atıkları ile ilgili eğitim Alma Durumu		
Evet	58	84,1
Hayır	11	15,9

Çalıştığımız birim		
Klinikler	22	31,9
Poliklinikler	4	5,8
Laboratuvar	9	13,0
Radyoloji	2	2,9
Acil Servis	9	13,0
Doğumhane	4	5,8
Yoğunbakım	3	4,3
Ameliyathane	7	10,1
Diyaliz	7	10,1
Diş Laboratuvarı	2	2,9

Çalışmada, sağlık çalışanlarının hastane atıkları konusunda bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada; çalışanların % 94,2'si kesici ve delici tıbbi atıkları ayrı kutularda biriktirilmesi gerektiği, %60,9'u evsel atıkları siyah renkli torbalara atılması gerektiği, %72,5'i tıbbi atıkların toplanmasında kullanılan torbaların en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulması gerektiği, %65,2'si enjektörleri kullandıktan sonra sadece uçlarını atık kutularına atılması gerektiği, %91,3'ü tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personeli çalışması sırasında turuncu renkte elbise giymesi gerektiği, %78,3'ü uluslararası simge olan tıbbi atık simgesini bildiği, %92,8'si yeşil renkli atık torba uygulamasının Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde belirtilen torba renklerinden biri olmadığı, %100'ü kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıklarını evsel nitelikli atıklar olarak nitelendirdikleri ve %95,7'si hastaların yemek atıklarını tıbbi atık olarak görmedikleri belirlendi.

Rahman ve arkadaşlarının çalışmasında, sağlık kurumlarının %69,2'sinde çöpler ayrı poşetlere toplanmaktadır. Kurumların %65,4'ünde evsel atıkların siyah poşetlere; tıbbi atıkların ise %57,7'sinde kırmızı poşetlerde toplandığı saptanmıştır. Kesici-delici tıbbi atıkların özel kaplarda toplanma oranı %69,2'dir (Rahman vd, 2009). Bu değerler bizim çalışmamızdaki değerlere göre düşük kalmıştır. Çalışmamız verileri ile paralellik gösteren Bulut ve arkadaşlarının çalışmasında çalışanların %81,7'si tıbbi ve evsel atıkların ayrıştırılmasındaki renklendirme hakkında bilgisi olduğunu, %78,3'ü tıbbi atıkların neye göre sınıflandırıldığını bildiği belirlenmiştir (Bulut vd, 2013).

Akbolat ve arkadaşlarının çalışmasında, sağlık çalışanlarının %97,1'i tıbbi atıkların kırmızı; %62,8'i evsel nitelikli atıkların siyah ve %61,2'si dönüştürülebilir atıkların mavi torbalarda toplanması gerektiğini bilmektedir. Bu değerler çalışmamız değerleri ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıları %71'i tıbbi atık sembolünü doğru, %25,5'i hatalı olarak tanımaktadır. Akbolat ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %89,3 doğru tanımakta, %10,7'si hatalı tanımaktadır (Akbolat vd,2011).

Resmi Gazete'nin 22.07.2005 tarih ve 25883 sayılı yayınında “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” ile tıbbi atıkların dünya standartlarına uygun şekilde toplanmaları, taşınmaları ve bertaraf edilmeleri zorunlu hale getirilmiştir. Tıbbi atıkların sağlıklı ve ekonomik bir şekilde bertarafı için öncelikle atıkların kaynağında ayrı ve düzenli olarak toplanacağı sistemlerin oluşturulması gerekmektedir (Resmi Gazete 22.07.2005 tarih ve 25883 sayı). Bu işlemleri yapabilmek için de kurumsal bazda bir atık ayrıştırma kültürünün yerleştirilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda çalışanların %89,9'u atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemseydiği, %40,6'sı temizlik personellerinin atıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündüğü, %85,5'i atıkların yönetimi konusunda etkili denetim

yapılması gerektiğini ve %85,8'i atıkların kaynağında ayrıştırma işlemi, kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacağı yönünde cevap vermişlerdir (Tablo 3).

Çalışanların tehlikeli atık sınıflandırmasına ilişkin soruya %24,6'sı farmasötik atıkları, %27,5'i kan ve vücut ürünleri ve bunlarla temas olmuş nesnelere, %15,9'u kullanılmış enjektör iğnesi ve %4,3'ü de diyaliz atıklarını tehlikeli atık olarak nitelendirmektedir. Bu soruya verilen cevaplar değerlendirildiğinde çalışanların tehlikeli atıkları sınıflandırırken bir karmaşa yaşadığı görülmektedir.

Katılımcılara “Hangisi tıbbi atık torbalarının özelliklerinde değildir” sorusuna %94,2'si turuncu renkte olması cevabını vermişlerdir. Bu cevap çalışanlar tarafından tıbbi atık torbasının özellikleri hakkında doğru bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.

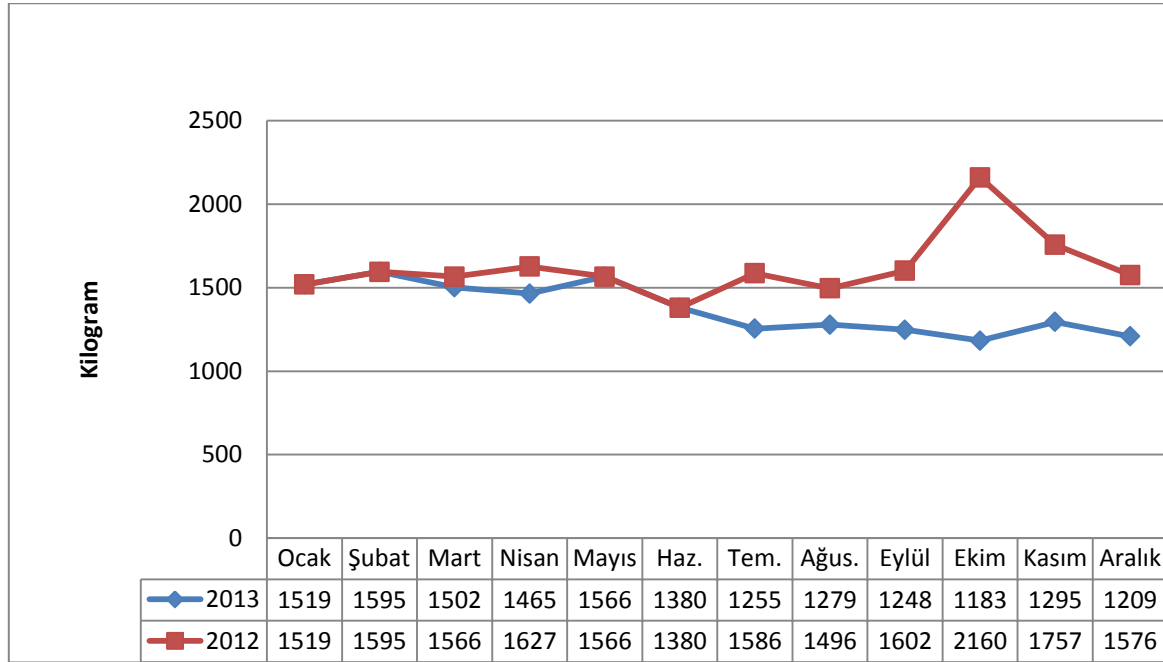
Çalışanların %65,2'si enjektör kullanıldıktan sonra sadece uçlarını atık kutularına atılması gerektiğini, %50,7'si kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla, diğer atıklardan ayrı olarak mavi renkli plastik torbalarda toplanması gerektiği, %53,6'sı serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları kontamine olmamaları şartıyla cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplanacağı yönünde cevap vermişlerdir.

Çalışanların, % 56,5'i kesici delici atıkları tıbbi atık olarak, %43,5'i ise tehlikeli atık olarak nitelendirmektedir. Bu durum çalışanlarda kesici deli atıkların hangi tür atık olduğu konusunda bir belirsizlik yaşadığını göstermektedir.

Çalışanların ayrıca %52,2'si enfekte atık torbalarına atılan evsel atıkların ayrıştırılmaması gerektiği yönünde cevap vermişlerdir.

Seydişehir Devlet Hastanesinin 2012-2013 yılları arasındaki tıbbi atık verileri Grafik 1'de görüleceği üzere 2012-2013 yılları arasında toplam kilogram bazında azalma, buna paralel olarak ödenen ücret nispetinde düşüş gözlenmektedir. Bu veri, kurumsal olarak atık minimizasyonunu sağlamada olumlu yönde çalışmaların olduğunu gösterir niteliktedir. Ayrıca bu veri kurumsal olarak atık ayrıştırma kültürü oluşumunu destekler nitelikte olarak değerlendirilmektedir.

Grafik 1. 2012-2013 Yılları Tıbbi Atık Verileri




Kaynak: Hastane Atık Yönetim Birimi

Tablo 3. Çalışanların Hastane Atıkları Konusunda Bilgi Ve Tutumları

Değişkenler

Kesici ve delici tıbbi atıklar nerelerde toplanıyor?	Sayı(n)	%
<i>Ayrı kutularda</i>	65	94,2
Pet şişede	2	2,9
Kırmızı torbada	1	1,4
Fikrim yok	1	1,4
Total	69	100,0
Evsel atıklar hangi renk torbalara atılıyor?		
Kırmızı	0	0
Mavi	25	36,2
Siyah	42	60,9
Sarı	0	0
Total	67	97,1
Aşağıdaki atıklardan hangisi Tehlikeli Atıklar sınıfına girmektedir.		
Farmasötik atıklar	17	24,6
Kan ve vücut ürünleri ve bunlarla temas olmuş nesnelere	19	27,5
Kullanılmış enjektör iğnesi	11	15,9
Diyaliz atıkları	3	4,3
Total	50	72,5
Tıbbi atıkların toplanmasında kullanılan torbalar en fazla hangi oranda doldurulmalıdır?		
1/4	4	5,8
2/4	13	18,8
3/4	50	72,5
4/4 (tam dolu)	1	1,4
Total	68	98,6
Hangisi tıbbi atık torbalarının özelliklerinde değildir?		
Turuncu renkte olması	65	94,2
Üzerinde "DİKKAT TIBBİ ATIK" ibaresi bulunması	0	0

Üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi bulunması	2	2,9
Sızdırmaz ve taşımaya dayanıklı olması	1	1,4
Total	68	98,6
Hangisi Kesici ve delici özelliği olan atıkların kaynağında ayrıştırılmasında yapılan uygun bir davranıştır?		
Kesici delici alet atıkları tıbbi atık torbalarına atmak	1	1,4
Kullanılan enjektör uçları çıkarılmadan kesici delici alet kutularına atmak	19	27,5
Atık kutuları dolduktan sonra boşaltılıp tekrar kullanmak	2	2,9
Enjektörleri kullandıktan sonra sadece uçlarını atık kutularına atmak	45	65,2
Total	67	97,1
Tıbbi atıkları taşımakla görevlendirilen temizlik personeli çalışması sırasında hangi renk elbise giymelidir?		
Beyaz	0	0
Turuncu	63	91,3
Mavi	4	5,8
Kırmızı	2	2,9
Total	69	100,0
		
Bu amblem neyi ifade etmektedir?		
Evsel atık	1	1,4
Tehlikeli atık	7	10,1
Tıbbi atık	54	78,3
Radyoaktif atık	6	8,7
Total	68	98,6
Hangisi Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde belirtilen torba renklerinden biri değildir?		
Kırmızı	2	2,9
Siyah	2	2,9
Mavi	1	1,4
Yeşil	64	92,8
Total	69	100,0
Kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları hangi tür atık grubuna girer?		
Evsel nitelikli atıklar	69	100,0
Tıbbi atıklar	0	0
Tehlikeli atıklar	0	0
Radyoaktif atıklar	0	0
Total	69	100,0
Kesici delici atıklar hangi tür atık sınıfına girer?		
Tıbbi atık	39	56,5
Evsel atık	0	0
Radyoaktif atık	0	0
Tehlikeli atık	30	43,5
Total	69	100
Hangi atıklar tıbbi atık olarak kabul edilmez?		
Kültür ve stoklar (Mikrobiyolojik atıklar)	1	1,4
Patolojik atıklar	2	2,9
Kan ve kan ürünleri	0	0
Hastaların yemek atıkları	66	95,7
Total	69	100,0
Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları, kontamine olmamaları şartıyla, diğer atıklardan ayrı olarak hangi renkli plastik torbalarda toplanırlar?		
Kırmızı	2	2,9

Mavi	35	50,7
Siyah	28	40,6
Yeşil	1	1,4
Total	66	95,7
Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkların kaynağında ayrıştırılmasında yapılan uygun bir davranıştır?		
Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları kontamine olmamaları şartıyla cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplamak	37	53,6
Serum ve ilaç şişeleri gibi cam ambalaj atıkları kontamine olması durumunda cam ambalaj kumbaralarında, kumbara olmaması halinde ise diğer ambalaj atıkları ile birlikte mavi renkli plastik torbalarda toplamak	5	7,2
Kontamine olamamış , kullanılmış serum şişelerini ayrı toplanmadan önce, uçlarındaki lastik, hortum, iğne gibi kısımları materyallerden ayırıp, tıbbi atıklar ile beraber toplamak	21	30,4
Total	63	91,3
Atıklarla ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğru değildir?		
Enfekte atık torbalarına atılan evsel atıklar ayrıştırılmalıdır.	36	52,2
Cam kırıkları delinmeye dayanıklı kutulara atılmalıdır.	7	10,1
Kesici, delici atıklar sıkıştırılmamalı, açılıp boşaltılmamalıdır.	2	2,9
Tıbbi atıklar evsel atıklarla ayrı konteynırlarla taşınmalıdır.	13	18,8
Total	58	84,1
Atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemiştir.		
Evet	62	89,9
Hayır	2	2,9
Fikrim yok	3	4,3
Total	67	97,1
Belirli aralıklarla atıklar konusunda hizmet içi eğitimler verilmelidir.		
Evet	62	89,9
Hayır	5	7,2
Fikrim yok	0	0
Total	67	97,1
Temizlik personellerinin atıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünüyorum.		
Evet	28	40,6
Hayır	28	40,6
Fikrim yok	11	15,9
Total	67	97,1
Atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılmalıdır.		
Evet	59	85,5
Hayır	0	0
Fikrim yok	8	11,6
Total	67	97,1
Atıkların kaynağında ayrıştırma uygulaması, kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacaktır.		
Evet	59	85,5
Hayır	2	2,9
Fikrim yok	6	8,7
Total	67	97,1

Katılımcıların bazı demografik değişkenleri baz alınarak ortalama başarı durumları; meslek grubuna göre röntgen teknisyenlerinin. (93,0) diğer meslek grubu üyelerine göre ve doğumhanede çalışanların (79,75) diğer birimlerde çalışanlara göre daha başarılı oldukları belirlendi (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışanların Bazı Demografik Özelliklerine Göre Puan Ortalamaları

Değişkenler	N	Ortalama Başarı Puan
Meslek		
Hemşire	36	75,19
Ebe	11	76,18
Sağ.Mem	8	67,12
Att	4	83,00
Lab.Tekn.	2	59,50
Röntgen Tekn.	1	93,00
Hekim	1	86,00
Diş Tekn.	1	60,00
Diş Hekimi	1	86,00
Anestezi Tekn.	4	68,33
Çalıştığınız birim		
Klinikler	22	77,86
Poliklinikler	4	71,25
Laboratuvar	9	70,00
Radyoloji	2	79,50
Acil Servis	9	74,44
Doğumhane	4	79,75
Yoğunbakım	3	70,66
Ameliyathane	7	64,42
Diyaliz	7	77,41
Diş Laboratuvarı	2	73,00

Çalışanların Mesleki Durumu İle Bazı Değişkenler İle İlgili Ki Kare Tablosu Tablo 5’de görüldüğü üzere, “Atıkların kaynağında ayrıştırma işlemi önemsiyorum” ($\chi^2=40,365$, $*p<0,002$), “Atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılmalıdır” ($\chi^2=18,002$, $*p=0,035$), “Atıkların kaynağında ayrıştırma uygulaması, kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacaktır” sorusu ile meslek grupları ($\chi^2=46,353$, $*p<0,000$) arasında, anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Tablo 5. Çalışanların Mesleki Durumu İle Bazı Değişkenler İle İlgili Ki Kare Tablosu

		Mesleki durum										x ²	p
		Hemşire	Ebe	Sağ. Mem	Att	Lab. Tekn.	Röntgen Tenk.	Hekim	Diş Tekn	Diş Hekimi	Anestezi Tekn.		
Atıkların kaynağında ayrıştırma işlemini önemsiyorum .	Evet	33	11	6	4	1	1	1	0	1	4	40,365	,002
	Hayır	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0		
	Fikrim yok	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0		
Belirli aralıklarla atıklar konusunda hizmet içi eğitimler verilmelidir.	Evet	33	11	6	3	2	1	1	1	1	3	5,561	,783
	Hayır	2	0	1	1	0	0	0	0	0	1		
	Fikrim yok	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Temizlik personellerinin atıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünüyorum .	Evet	18	5	2	1	0	0	0	0	0	2	20,901	,284
	Hayır	15	3	4	1	1	1	1	1	1	0		
	Fikrim yok	2	3	1	2	1	0	0	0	0	2		
Atıkların yönetimi konusunda etkili denetim yapılmalıdır.	Evet	33	10	6	2	1	1	1	0	1	4	18,002	,035
	Hayır	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Fikrim yok	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0		
Atıkların kaynağında ayrıştırma uygulaması, kurumda bir atık ayrıştırma kültürünün oluşmasına katkı sağlayacaktır.	Evet	34	10	5	3	1	1	1	0	1	3	46,353	,000
	Hayır	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0		
	Fikrim yok	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1		

4. Sonuç Ve Öneriler

Atıkların kaynağında ayrıştırılabilmesi ve etkin bir atık yönetimi için çalışanların atıklar konusunda bilgili olmaları gerekmektedir. Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının büyük oranda hastane atıkları konusunda eğitilmiş oldukları, tüm sağlık tesislerinde kaynağında atık ayrıştırma işleminin yapıldığı, çalışanların genel olarak atıklar konusunda bilgilerinin olduğu ve atıkların ayrıştırılması uygulamasını önemsedikleri ve destekledikleri tespit edilmiştir.

Genel olarak sağlık tesislerinde bir atık ayrıştırma kültürünün olduğu ancak atıkların sınıflandırılmasında hangi atıkların hangi gruba gireceği konusunda ve kesici delici atıkların atık kutularına atılırken dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda bilgi eksikliğini olduğu tespit edilmiştir. Sağlık tesislerinde özellikle bu unsurları vurgulayan hizmet içi eğitimlerin planlanması ve uygulanması önem arz etmektedir.

Atık yönetiminin birinci amacı atıkların oluşumunun engellenmesi, engellenemediği durumda atık miktarının en aza indirecek tedbirleri almaktır. Bu bağlamda kurumsal olarak atık ayrıştırma kültürüne sahip, etkin atık yönetimi uygulayan kurum/kuruluş aşağıda sıralanacak olan unsurları yerine getirmeleri halinde atık minimizasyonlarını sağlamış olurlar:

- Evsel atıkların oluşumunun azaltılması amacıyla ilgili olarak atığı kaynağında en aza indirecek geri dönüşüm (cam atıklar, kâğıt atıklar, piller) sistemi uygulanmalıdır.
- Ambalaj atıklarının oluşumunun ve miktarının azaltılması amacıyla kaynaktan ambalaj atıklarının ayrı bir şekilde mavi poşet torbalarda toplanıp kâğıt atık konteynirine ulaşması sağlanmalıdır.
- Ünite içi denetimlerde ve hizmet içi eğitimlerde bu konu üzerinde hassasiyetle durulup gerekli uyarılarda bulunarak etkin bir şekilde geri dönüşüm sağlanmaya çalışılmalıdır.
- Tıbbi atıkların oluşumunun azaltılması amacıyla gereksiz tek kullanımlık ürünlerin alımından mümkün mertebe uzak durulmalı ve oluşan atıklar için kaynağında ayırım yapılmalıdır.
- Yeniden kullanılabilir ürünler titizlikle tespit edilmeli.
- İğne uçları için ayrı atık kutuları bulundurulmalı veya güvenli enjektörler kullanılmalıdır.
- Tek kullanımlık tıbbi ürünlerin ambalajları geri dönüşüm için ayrı olarak toplanmalıdır.
- Hangi atıkların tıbbi atık hangilerinin evsel atık ya da geri dönüştürülebilir olduğu konusunda ünite içi denetimlerde ve hizmet içi eğitimde personel bilgilendirilmelidir.
- Tehlikeli atıkların minimizasyonu için laboratuvarlarda cihazlardan çıkan sıvıların kontrolü yapıp tehlike arz etmeyecek şekilde uygun hale getirildikten sonra kanalizasyona verilmesi sağlanmalıdır.
- Ağır Metaller içeren sıvı atıklar hiçbir işlem yapılmaksızın yetkili (Çevre Bakanlığında Lisanslı) firmalara tutanakla teslim edilmelidir. Kurşun, civa, çinko, siyanür vb
- Piller için ayrı toplama kapları kullanılarak TAP(Taşıma Bilir Pil Üreticileri ve İthalatçıları Derneği) tarafından bertaraf ettirilmesi amacıyla teslim edilmelidir.
- Röntgen banyo suları özel toplama yetkisi olan firmalar tarafından değerlendirilmek ve bertaraf edilmek üzere düzenli olarak alınmalıdır.

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8.KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

- Kullanım süresi dolan ilaçlar ihale sürecinde firmalara konulan şart gereği yeniden aynı ilaç firmasına iade edilmelidir.

Atık minimizasyonu ile kaynak tüketimi azaltılır ve verimlilik artar. Kuruluşun atık maliyetlerini direkt etkileyerek düşürür. Uzun vade de doğal çevrenin korunması ve çevreye verilen zararın en aza indirgenmesi gibi faydalar sağlayarak kuruluşun saygınlığını ve prestijini artırıcı önemli bir etken olur.

Sonuçta doğa ve yaşam kazanır...

Kaynaklar

- 1.Akbolat M, Işık O, Dede C, Çimen M, “Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atık Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 201,2(3):131-140
- 2.Bulut Y.E, Üngör G, Çıtıl R, Önder Y, Yaşayan Ö, Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü Çalışanlarının Tıbbi Atıklar Ve Çalışan Güvenliği İle İlgili Bilgi Düzeyleri, http://tokat.hsm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=347t-bbi-at-k-bilgi-duezeyi-anketi-sonuclar&catid=129&Itemid=2192, 04.04.2014
- 3.Devrim İ, Diş Hekimliğinde Atık Yönetimi. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. 2007; 662-70.
- 4.Eskitürk, A., 2002. Hastane Atıklarının Yönetiminde Atık Minimizasyonu İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 5.EPA, (1990)., Operation and Maintenance of Hospital Medical Waste Incinerator, EPA/625/6-89/024, Çevre Koruma Ajansı, Ohio
- 6.Howart, G. (2002)., Healthcare waste Prevention and Minimization KOCASOY, G., Akgöze, G.A., (Editör), Gelişmekte olan ülkeler için tıbbi atık yönetimi, Boğaziçi üniversitesi, İstanbul.
- 7.Rahman S, Açık Y, Gülbayrak C, Erhan D, Nazlıer K, Deveci S.E, Sağlık Kuruluşlarının Tıbbi Atıkları Toplama, Depolama ve Bertaraf Etme Yöntemleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:11 (2009)
- 8.Parlar, S. Sağlık Çalışanlarında Gözardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;6:547-54.
- 9.Terzi Ö, Aker S, Terzi Ö, Sünter AT, Pekşen Y, Hastane Temizlik Elemanları ve Mesleki Enfeksiyon Riski: Bilgi ve Davranışlar Üzerine Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009;1: 7-12.
- 10.WHO, 1994. Managing Medical wastes in Developing Countries: Report of a Consultation on medical Wastes Management in Developing Countries WHO/PEP/RUD/94.1, Geneva
- 11.WHO, 1999. Safe Management of Wastes from Health-care Activities, Dünya Sağlık Örgütü, Ceneve

KAN HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ

Ebru EZMEK
Metin ATEŞ

ÖZET

Bu çalışmada, ülkemizdeki kan hizmetlerinin yönetim ve organizasyonunu incelemek, diğer ülke örnekleri ile karşılaştırmak ve aksaklıkların giderilmesi için çözüm önerileri sunmak amaçlanmıştır. Bu sebeple ülke örnekleri incelenmiştir. Türkiye'nin kan ihtiyacı Kızılay ile 42 kamu hastanesince karşılanmaktadır. Kan ve kan ürünleri ile ilgili hizmetlerin planlanması, yürütülmesinin izlenmesi, hizmet birimlerinin açılması ve denetlenmesi hususunda sağlık Bakanlığı yetkili ve sorumludur. Ülkemizde kan bileşeni ihtiyacının 2014 yılında 2.100.000 ünite kan bağıışı ile karşılanacağı öngörülmektedir. Kızılay'a 2012'de 1.469.000 ünite kan bağıışı yapılmıştır. 204.961 adet kan ve kan ürünü ise imha edilmiştir. 2013 yılında bağıış sayısı 1.640.000 olmuştur. Sri Lanka kan hizmetleri açısından kendi kendine yetebilen bir ülke olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından kan hizmetleri konusunda en hızlı gelişme sağlayan ülke seçilmiştir. İsviçre ise kullanılan kan talebini azaltacak çalışmalar yapmıştır. Süreç incelenerek aksaklıkları gidermek için düzenlemeler yapılabilir Düzenli kan bağıışçı sayısını artırmak için özendirici ve bilgilendirici çalışmalar uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kan, Kan Hizmetleri

ABSTRACT

The aim of our study was to search the blood services organisation and management also to compare with the other countries and seek out the malfunctions to offer solutions . For this reason country samples were researched. The need of blood production of Turkey is resolved by Kızılay with 42 public hospitals. Healthy ministry is authorized responsible about to planing of the services blood and blood productions, following effectivity, opening and checking of the service units. In our country blood components requeries in the year 2014 can be satisfied by 2.100.000 units of blood donation as projected. Blood donation to Kızılay in year 2012 was 1.640.000 units . 204.961 units of blood and components were exterminated . In the year 2013 blood donation was 1.640.000 units .

Sri Lanka is choosen as the best, for its rapid progression in blood services to be sufficient for itself by the World Health Assosiation. Switzerland made many studies for the reduction of blood need. The process should be investigated to seek out the malfunctions and to solve the problems . Further encouraging and awareness raising studies for the public should be planned to insrease the number of the regular blood donors.

Key Words:Blood, blood services

1.Giriş

Kan, elde edilmesi için insandan başka alternatifi olmayan bir tedavi aracıdır. Ameliyatlar, hastalıklar ya da kazalar sebebiyle dünyanın her yerinde her gün binlerce insanın kan nakline ihtiyacı olmaktadır. Kanın tek kaynağı insandır.

Bağışlar yoluyla kanı temin etmek, hastalıklara karşı test etmek, kan ürünlerini üretmek, depolamak, transfüzyon merkezlerine sağlıklı bir şekilde naklini sağlamak, kan hizmetlerinin genel faaliyetleridir. Bu hizmetlerin dikkatli bir şekilde planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi, koordine edilmesi ve denetlenmesi gerekmektedir. Bu sürecin başarısı hukuki düzenlemelere, ulusal programların oluşturulmasına, yönetim ve organizasyon birimlerinin uyumuna, toplumun eğitimine ve devlet sağlık politikalarına bağlıdır.

Ülke genelinde kan ihtiyacının karşılanabilmesi için, öncelikle kan bağışu bilincinin toplumda yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu konuda yapılması gereken sadece kan bağışu sayısının artırılması değil, kan bağışucularının bilinçlendirilerek güvenli ve düzenli bir şekilde kan bağışının sağlanmasıdır. (Stratejik Plan 2010.55)

Düzenli kan bağışucusu; kan bağışını yaptığı gün esas alınarak, iki yıllık geçmiş dönem içinde de aynı kan bağışu merkezine bir defa ya da daha fazla kan bağışında bulunmuş kişiye denir. (Stratejik Plan 2010.55)

Kan bağışucuları; ticari bağışucular-para karşılığı kan verenler, replasman bağışucular- aile ya da arkadaş çevresinden kan verenler, gönüllü bağışucular olarak üç kısımda incelenir.Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre; kan ve kan bileşenlerini hiçbir parasal ya da kolaylıkla paraya dönüştürülen maddi karşılık beklemezsizin bağışlayan kişidir.(Uyanık, 2010.)

Kan Bankacılığı Hizmetleri iki şekilde olur:

Donasyon Bankacılığı; güvenli (gönüllü, düzenli, bilinçli karşılık belemeksizin) kanın sağlanması, bağışlanan kanlara gerekli laboratuvar işlemlerinin yapılması, kanın saklanması ve hastanelere ulaştırılmasını kapsar.

Tranfüzyon Kan Bankacılığı; kanın hastalar için kullanılması ve kullanıldıktan sonra kayıt altına alınan bilgilerin takip edilmesi (<http://www.kanver.org/sayfa/e-kutuphane>)

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012'de derlediği verilere göre; dünyada her yıl 108 milyon ünite kan bağışı toplanır ve bunun yaklaşık % 50'si dünya nüfusunun % 80'inin yaşadığı düşük ya da orta gelirli ülkelerde toplanmaktadır. Ortalama kan bağışı oranı yüksek gelirli ülkelerde düşük gelirli ülkelere oranla 9 kat daha fazladır.

Bağışlanan kan sağlıklı transfüzyon için tarama testlerinden geçirilmelidir. 25 ülkede personel sıkıntısı, kalitesiz test kiti, laboratuvar kalite eksikliği ve düzensiz arz nedeniyle tüm kanların taraması bu testlerden bir ya da daha fazlası için yapılamaz.

Kan merkezlerindeki stoklar ülkelerin gelir durumuna göre değişiklik gösterir. 168 ülkede yaklaşık 10.000 kan merkezi ve 83 milyon ünite kan bağışının toplandığı rapor edilmiştir. Orta ve düşük gelirli ülkelerde kan merkezi başına ortalama yıllık bağış 3100 ünite iken, yüksek gelirli ülkelerde bu sayı 15.000 U dir.

Gelir düzeyi yüksek ülkelerde kan bağışı oranı binde 36.8 iken, gelir seviyesi orta düzeydeki ülkelerde 11.7, düşük gelirli ülkelerde ise 3.9 dur. (<http://www.who.int/mediacentre> erişim tarihi 01.07.2014)

Çalışmamızda bu tür farklılıkları karşılaştırarak öneriler sunmak amaçlanmıştır.

2. Yöntem:

Konu ile ilgili literatür taraması yapılmış ve uzman görüşlerinden yararlanılarak bilgi elde edilmeye çalışılmıştır.

3. Bulgular

3.1. Dünyada Kan Hizmetleri

3.1.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Kızılhaç kan programını Dr. Charles Drew önderliğinde 1940 yılında başlatmıştır. Amerikan Kızılhaç'ı ülkenin kan ihtiyacının % 40'ını karşılamaktadır. Kızılhaç ABD genelinde 2700 hastaneye kan temin eder. Kızılhaç kanı ihtiyacı olan hastaya ulaştırır. Hastayı kurtarmaya odaklanıldığı için hastalar kullandıkları kan için yerine yeni kan verebilecek donör bulmak zorunda değillerdir. Bu Avrupa ve Amerika'nın bazı kan bankalarında yaygın bir uygulamadır.

Kızılhaç'a verilen kan bağışlarının % 80'i toplum örgütleri, şirketler, yüksek okullar, kolejler, ibadet yerleri ve askeri tesislerdeki mobil kan sürücülerinde toplanır. Kalan % 20'si sabit Kızılhaç donör merkezlerinde toplanır.

Amerikan kan hizmetleri bölümü üç alt bölümden oluşur.

1-Blood Systems Research Institute (Kan Sistemleri Araştırma Enstitüsü): Bilimsel araştırmalar buradan yürütülür. Görevleri Yeni virüsleri keşfetmek amacıyla test metodları oluşturmak, dünya çapındaki transfüzyonları ve sonuçlarını takip etmek gibi görevleri vardır.

2- Blood Systems Laboratories (Kan Sistemleri Laboratuvarı): Klinik hizmetlerin yürütüldüğü bölümdür.

3- Creative Testing Solutions (Yaratıcı çözüm test laboratuvarları) Donör testlerini yapan bağımsız dört büyük laboratuvarıdır.(Chicago) Şikago, Dallas, Phoenix ve Tampa metropolitanlarında bulunmaktadır.

Sistemin görevi uygun donör kanlarını temin ederek ihtiyaca cevap vermek, kan transfüzyon kalitesini artırmak, transfüzyon sonuçlarını takip etmek, yeni teknolojiler geliştirmek ve ekonomik anlamda harcamaların azaltılması için çalışmalar yapmaktır. (ABD Annual Report 2012)

Amerika’da 2013’de bir yıl içinde toplanan kan bağışlarının sayısı 15.700.000 ünedir. Bir yıl içindeki kan bağışçılarının sayısı 9.2 milyondur. Bu bağışçıların yarısı erkek, yarısı kadındır.

Bağışçıların % 31’i ilk kez kan verenler, % 19’u ara sıra kan bağışlayanlar, % 50’si ise düzenli kan bağışçısıdır.

Bu bağışçılara birtakım eğitimler verilir. Bağışçılara istenilen demir seviyesini korumak için sağlıklı bir diyet önerilir, bağış öncesi ve sonrası fazladan su tüketilmesi, bağıştan hemen önce yağ oranı yüksek beslenmeden kaçınılması, aksi takdirde bağışlanan kanda bulaşıcı hastalıkların değerlendirilememesi ve transfüzyon için kullanılmayacağı açıklanır. (<http://www.red.cross.2014>)

Amerika’da bağışçı organizasyonları için yapılan çalışmalardan biri de geleceğin potansiyel bağışçıları olan ilkökul çağındaki çocuklara gerçek hayat hikayelerinden alınan kesitlerle hazırlanan filmlerin eyaletlerde ve ülke çapındaki organizasyonlarda gösterilmesidir. (Tulunay E. 2007)

3.1.3.Sri Lanka

National Blood Transfüzyon Service (Ulusal Kan Transfüzyon Merkezi) Sri Lanka’da Sağlık Bakanlığı ile işbirliği halinde ülkenin kan ve kan ürünleri konusunda ülkenin tek tedarikçisi konumundadır. (<http://www.nbts.health.gov.lk> erişim tarihi 5.7.2014)

National Blood Service (Ulusal Kan Merkezi) Ulusal Kan Transfüzyon Servisinin teknik karargahıdır. Bünyesinde transfüzyon konusunda uzmanlaşmış 23 hekim vardır.

Sistem 88 hastane tabanlı kan bankasının oluşturduğu 16 ana birimde toplanmaktadır. Ulusal Kan Merkezi teknik ve yönetim merkezi olarak da görev yapmaktadır. Yıllık kan bağışı 350.000 ünedir. % 99.4’ü gönüllü kan bağışından sağlanmaktadır. Kan bağışı ihtiyacının %90’ı mobil kan bağışı kampları tarafından toplanmaktadır. Kan bağış oranı 1.6 dır ve bağış ihtiyacını karşılayabilmektedir. Toplanan kanlarda bulaşıcı hastalık prevalansı oldukça düşüktür.(HIV % 0.004) kalite güvence sistemleri mevcuttur. Ulusal Kan Merkezi Dış Kalite Değerlendirme Planları (EQAS- External Quality Assesment Schemes) tarafından denetlenmektedir. Kendi kalite sistemlerini oluşturmak için çalışmalar yapılmaktadır.

Ulusal Kan Transfüzyon Merkezi hem ulusal hem de uluslararası düzeyde transfüzyon tıbbi eğitim ve öğretim merkezi olarak kabul edilmiştir.(Asian Association of Transfucion Medicine) Hemşirelere de temel eğitim sonrası özel eğitim ve lisansüstü düzeyde de eğitim verilmektedir.

Ulusal Kan Merkezi

2012 yılında toplanan kan bağışlarının %99.4'ü sivil, gönüllü ücretlendirilmemiş kan bağışçıları tarafından yapılmıştır.



National Blood Transfüzyon Service of Sri Lanka

Sri Lanka son on yılda kendi kendine yeterli kan ürünü temininde önemli bir artış yapmıştır. Gönüllü bağış oranı 2003-2013 yılları arasında % 39'dan % 97'ye ulaşmıştır. (<http://www.nbts.health.gov.lk> erişim tarihi 5.7.2014)

Sri Lanka'da düzenli bağışçıları artırmak için sosyal medyada fan sayfaları oluşturulmuş, hedef potansiyel donörlere ücretsiz CPR (kardiyopulmoner resusitasyon) eğitimi planlanmış ve düzenli bağışçılar için kart sistemi (altın, gümüş platin) oluşturulup bu bağışçılardan seçilenlere yıllık sağlık kontrolleri ücretsiz yapılmaya başlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Sri Lanka'nın kendi kendine yetebilen hızlı yükseliş faktörü olarak merkezden koordineli ulusal transfüzyon hizmetinin olmasının ve bağış sayısını artırmak için bağışçıların bilinç düzeyinin artırılmasının etkisi üzerinde durulmuştur.

Sri Lanka'da hızlı yükselişin sebebi merkezden koordineli ulusal transfüzyon anlayışının kurulması olmuştur. Budizmin kan transfüzyon konusunda destek verdiği belirtilmektedir. Sri Lanka'da kan bağışı dinsel ve kültürel olarak kabul gören önemli bir kavramdır. (http://www.who.int/features/2013/world_blood_donor_day/en)

Yapılan swot analizinde; bölgesel ve mevsimsel durumlarda kan stoklarında azalma, yeni enfeksiyon hastalıkları, mobil kan toplama maliyetlerinin yüksek olması, reçete ile ilaç izleme programının Ulusal Kan Merkezi tarafından teknik ve aerodinamik olarak birlikte kullanımının sağlanamaması gibi eksi yönlerinin üzerinde durulmuştur. Kanın ülke genelinde stok yönetiminde ve dağıtımında zorluklar olması sebebiyle periferde yeni kan bankaları yapılması ve kanın yönetiminin sağlanması için iyi bir bilgisayar yazılımı sisteminin kurulması planlanmıştır. (National Blood Transfüzyon Service of Sri Lanka)

3.1.4.İsviçre Kan Hizmetleri

İsviçre Transfüzyon AŞ. (Swiss Transfusion Inc.) İsviçre Kızılhaç'a bağlı , kar amacı gütmeyen kamu limited şirkettir.

2013 bağış sayısı 344.177 dir, İmha oranı % 1.8 dir.

Ülkenin klinik ve kan ürünlerinin tedarikinin güvencesi İsviçre Konfederasyonuna bağlıdır. İsviçre Transfüzyon Merkezi ve Bölgesel Transfüzyon Hizmetleri işbirliği içinde çalışır.

Şemsiye Organizasyon sistemi ile mevcuttur. Şemsiye organizasyonun en önemli görevi; ulusal rezerv ve 13 bölgesel kan transfüzyon merkezi işbirliği halinde, politika, yöntem ve araçların standartizasyonunu ve bütünlüğünü sağlamaktır. Bunu uluslararası maliyet- verimlilik esasına dayanarak yapmaktadırlar.

İsviçre Kan Merkezi (SRC)mevsimsel dalgalanmaları dengelemek amacıyla kan rezervini ayarlamayı hedef edinmiştir. Kan ürünleri için tüm talebi karşılamanın bölgesel

değil ulusal düzeyde olabileceğini düşünerek ulusal tedarik planlama ile gerçekleştirmektedir. Bu sebeple şemsiye örgüt düzeni yoluyla ulusal düzeyde bölgesel kan transfüzyon merkezleri ile çalışılmaktadır. (Swiss Anual Report 2013)

İsviçre Transfüzyon Merkezi (Swiss Tranfusion Cross) bölgesel kan transfüzyonu merkezleri ile birlikte işbirliği içerisinde. Şemsiye örgütün işlevleri; koordineli sağlık bakım hizmetlerini karşılayabilecek nitelikte etkin bir ulusal kan bağış sisteminin bakımı, hizmetler ve ihalelere ilişkin kan ürünlerinin geçişi, transfüzyon ve tıbbi ek hizmetler, uygun miktarlarda uygun zamanda hastaneler, klinikler ve doktorlara gerekli kan ürününü temin etme, depolama ve dağıtım sisteminin bakımını sağlama, transfüzyon tıbbi alanında eşgüdümlü uygulamaya yönelik , araştırma geliştirme ve referans faaliyetleri kan ürünleri ve bunlara ilişkin laboratuvar testlerinin kullanımı, doktorlara, hemşirelere ve sağlık teknisyenlerine gerekli eğitimi sağlamaktır.

Bu işlevleri yerine getirmek için sorumluluk bu şemsiye organizasyon ve bölgeler arasında bölünür.

Bölgesel Kan Transfüzyonu Hizmetlerinin işlevleri ise, kan ve işleme ihaleleri yanı sıra kendi bölgelerinde hastane, klinikler ve doktorlar için uygun kan ürünlerinin teminidir. Kan tedarik faaliyetleri iki şekilde gerçekleştirilmektedir:

1) 850’den fazla yerleşim yerinde mobil kan sürücüleri aracılığıyla (bağışçıların % 40’ı)

2) 60’ın üzerinde sabit transfüzyon merkezlerine (%60) yapılan bağışlar yoluyla.

Bölgesel kan transfüzyon ekipleri ile düzenli turlar kırsal bölgeleri de kapsayacak şekilde yapılır. Mobil ekiplerin sürekliliği ve yerel derneklerin katkıları ile olmaktadır. Yer, zaman ve program ise önceden kamuoyuna duyurularak kamuoyuna yapılmaktadır. (<http://www.en.blutspende.ch/structure-organisation.php>. erişim tarihi 01.08.2014)

2013 yılında kan ürünlerinin kullanım endikasyonları ile ilgili farkındalık, hastane ve kliniklerde tanı tabanlı kan kullanımı konusu tanıtılarak artırılmak istenmiştir. Böylece kırmızı kan hücresi konsantrasyonları biriminde 2013 yılında % 6.1 oranında düşüş sağlanmıştır. Bunun yanı sıra gönüllü kan bağışçıları yaş sınırı nedeniyle bağışçı sayısının % 5 oranında düşeceği belirtilmektedir. (Swiss Anual Report 2013)

4. Türkiye’de Kan Hizmetlerine İlişkin Bulgular

Türk Kızılay’ı kan hizmetlerini 1957’den beri yürütmektedir. (Stratejik Plan 2010)

Türkiye’de Kan Hizmetleri; 2 Mayıs 2007 tarih, 5624 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu ve 4 Aralık 2008 tarihli 27074 sayılı resmi gazetede yayımlanan Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliğince yürütülmektedir. (Ulusal Kan Ürünleri Rehberi 2011) Kan Ürünleri Kanunu ve buna bağlı olarak çıkarılan yönetmelikte, kan birimlerinin yeni yapılanmasında Bölge kan merkezlerinin Türk Kızılayı tarafından kurulacağı, tüm yataklı tedavi kurumları transfüzyon merkezi olarak çalışacakları belirtilmiş, hastanelerin anılan mevzuata ve Kızılay ile yapılan “Kan ve Kan Bileşenlerinin Temini” protokolünün gereğini yerine getirerek ihtiyaçları olan kanı öncelikle Kızılay’dan temin etmeleri gerektiği bildirilmiştir. (Zorunlu Kan Temini Genelgesi 2009/37)

Kan ve kan ürünleri ile ilgili hizmetlerin planlanması, yürütülmesinin izlenmesi, hizmet birimlerinin açılması ve denetlenmesi hususlarında Sağlık Bakanlığı yetkili ve sorumludur.

Türk Kızılayı Kan Bankacılığı çalışmalarını üç farklı birim ile yürütmektedir. **Bölge Kan Merkezleri (BKM):** Bakanlığın belirleyeceği bölgelerde kurulan, kendi bölgesindeki kan bağış ve transfüzyon merkezleri ile işbirliği içinde çalışan birimdir.

Bölge Kan Merkezleri kanı kan bağış merkezlerinden toplayan ve Transfüzyon Merkezlerine dağıtımını gerçekleştiren birimdir. Bölge Kan Merkezleri sorumluluk alanı içinde; kan bağış organizasyonu, kan ve kan ürünlerinin toplanması, test edilmesi, hazırlanması, depolanması ve dağıtımı ile ilgili tüm faaliyetlerden, transfüzyon merkezleri tarafından gönderilen transfüzyonun takibi ile ilgili verilerin değerlendirilmesinden ve kendi alanı içinde gerekli düzenlemeleri yapmaktan vardır.

Elinde talep edilen miktarda kan ürünü bulunduğu müddetçe, transfüzyon merkezlerine kan temin ederler. Kan ürünlerinin dağıtımı, ulaşım esnasında sıcaklıkları gerekli seviyede tutabilecek özel kutular bulunan araçlar ile yapılır. Türkiye’de 15 BKM vardır. (Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği 2007)

Kan Bağış Merkezleri

Kan Bağış Merkezleri Türk Kızılayı’nın bağışçılardan kan kabul ettiği birimdir. Sabit bağış merkezleri şehir merkezinde bulunurken, gezici bağış merkezleri ise sık sık üniversite ve kalabalık şehir merkezlerini gezerek bağışçılardan kan bağış alırlar. Alınan kanın güvenli olup olmadığı konusunda bilgi edinmek için bağışçıya form doldurulur. Toplanan kanın miktarına, boş araç durumuna ve bağış merkezi ile bölge kan merkezi arasındaki mesafeye bağılı olarak toplanan kanlar günde bir ya da iki sefer Bölge Kan Merkezlerine gönderilir. Türkiye’de 62 kan bağış merkezi vardır.

Transfüzyon Merkezleri

Hastaneler ve hematoloji merkezleri gibi birimleri içeren Transfüzyon Merkezleri hastalara kan ürünlerinin nakledildiği yerlerdir. Kan bağış kabul etme izinlerinin olmadığından dolayı Transfüzyon Merkezlerinin kullanacağı kan ürünleri bölgelerinde bulunan BKM’ler tarafından karşılanmaktadır. BKM’lerin talebe cevap veremeyeceği acil durumlarda, Transfüzyon Merkezleri tam kan bağış alıp bunu direkt olarak hastaya naklederler. (Randa A.ve arkadaşları 2011)

Türkiye’de kan bileşeni ihtiyacının 2014 yılında 2.100.000 ünite kan bağış ile karşılanabileceği öngörülmektedir. (<http://www.kanver.org>) Kan bağışlarının %80’i gezici ekipler tarafından sağlanmaktadır. (Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2012 s48)

Acil durumlar haricinde tam kan kullanımının Sağlık Bakanlığı tarafından yasaklanmış olmasından ötürü toplanan kanlar BKM’lerde üç bileşenine; trombosit plazma ve eritrosit süspansiyonuna ayrıştırılarak kullanılır.

Trafik kazaları ve ameliyatlara gibi kanamaların yüksek olabileceği durumlarda trombosit süspansiyonu kullanılmaktadır. Toplam kan ürünü talebinin % 10’unu oluşturur. Trombosit 20-24 derece sıcaklıkta sürekli çalkalanarak 5 gün kadar saklanabilmektedir.

İkinci bileşen olan eritrosit %60 ile en çok talebi alan üründür. Kanda oksijen ve karbondioksitin taşınmasını sağlar. Uygun koşullarda 35 güne kadar saklanabilmektedir.

Üçüncü ve son bileşen olarak plazma ise içinde sıvı, besin ve diğer kan parçacıklarını barındırır. Toplam ürünün talebi yaklaşık %30’u plazmaya yapılırken, -25 derecenin altında 36 aya kadar saklanabilir. Randa A.ve arkadaşları 2011)

2010 yılında toplam 84 üniversite ve devlet hastanesine “Geçici Süreli Bölge Kan Merkezi Ruhsatı” verilerek kan bağış almalarına izin verilmiştir. Bu sayı daha sonra Geçici olanların Transfüzyon Merkezi haline dönüşmesi ile 57 ye düşürülmüştür. Bütün özel hastaneler ,Türk Kızılayı bölge kan merkezi sistemi içine dahil edilerek sisteme dahil edilen tüm ihtiyaçlarının Türk Kızılayı tarafından temin edilmesini sağlamak amaçlanmıştır. (Kan Hizmetleri genel müdürlüğü 2012 s78)

Kan bağıışı

Türkiye’de kan bağıışçılarının cinsiyet dağılımına baktığımızda %9 kadın, %91 erkek olduğunu görüyoruz.

Kan bağıışçılarının red nedenlerinin başında birinci sırada hemoglobın düşüklüğü yer almaktadır. 2008’ de 40.841 olan red sayısı, 2009’da 49.368, 2010’da 64.312, 2011’de 80.535, 2012’de ise 99.928’e yükselmiştir. İkinci sırayı ise tansiyon düşüklüğü takip etmektedir.

Yıl	İhtiyaç	Bağıış	Oran
2005	1.200.000	305.322	% 25
2010	1.800.000	1.100.000	% 61
2013	2.000.000	1.640.000	% 82

Kan İhtiyacı ve karşılanma oranları (Saygılı S.2010- <http://www.kanver.org> 2014)

Kan imha nedenleri; yıllara göre tam kan imha nedenlerine bakılınca birinci sırada kanın eksik olması (12.262), ikinci sırada ise hemoliz, şüpheli doğrulama, kalite ve torbadaki problemlerden kaynaklanan 11.804 imha sayısı vardır. 2010’da 92 olan pıhtılı kan sebebiyle imha, 2011’de 1743 seviyesine çıkmış, 2012 de ise eski seviyelere gerilemiştir.

Eritrosit Süspansiyonundaki en büyük imha nedeni hemoliz, lipitli kan, şüpheli doğrulama ve kalite, hatalı torba gibi sebeplerden kaynaklanmıştır (8848 ünite kan) 2342 adeti ise pıhtılı olmasından kaynaklanmaktadır. Eritrosit süspansiyonundaki miad dolumu sebebiyle imha sayısında 2010 da 128 olan sayı, 2011’de 1278’e , 2012’de ise 31’e düşmüştür.

Taze donmuş plazma 170.300 imha sebebinden yine lipitli olması (84.913), hemoliz şüpheli doğrulama, kalite ve torbadaki sebeplerden dolayı imha sayısı ise 74.431 dir.

Trombosit süspansiyonunun toplam imha sayısı ise 204.961 olarak bildirilmiştir. Bunun 135.841’i miad dolumu olarak belirlenmiştir.

	Üretim Rakamları	İmha sayıları	İmha Yüzdesi
Eritrosit	1.427.019	27.668	% 1.9
TDP	873.534	170.300	% 19.49
Trombosit	500.684	204.961	% 40
Tam Kan	27.640	24.788	% 89.68

Kan ürünlerinin imha sayı ve oranları 2012

2012 yılında toplanan 1.469.807 ünite kanın, 524.987 ünitesi düzenli kan bağıışçılardan elde edilmiştir.

Türkiye’de toplanan kan bağışlarının bölgelere göre dağılımını değerlendirdiğimizde en yüksek orana sahip %18 ile Ege BKM , onu %14 ile Kuzey Marmara takip etmektedir. En düşük oran ise Doğu Karadeniz BKM, Güney Anadolu BKM ve Güneydoğu BKM’nin olup oranı %2 dir.

2011’de 25.451 olan ekip sayısı, 2012’de 30.599’a çıkarılmış fakat verimlilik (ekip başına alınan kan sayısı) her iki yılda da 38 puanda kalmıştır.)

Türkiye’nin kan ihtiyacı Kızılay ile 42 kamu hastanesince karşılanmaktadır. Kızılay ülke ihtiyacının 63 ilde tamamını, 16 ilde %70’ini, Ankara ve İstanbul’da % 55’ini karşılamaktadır. (Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü Faaliyet Raporu 2012)

Türkiye’de hastanelerde kritik stok seviyesi hesaplanarak, kan miktarlarının bu stok seviyesinin altına düşmemesi sağlanmaktadır. Ayrıca özel toplantı ve kutlamalar sırasında bu seviyenin iki ya da daha fazla katına çıkması sağlanmaktadır. Kullanılmayan kanlar Kızılay tarafından geri alınmamaktadır. Bu da imha oranlarını artırmaktadır.

Bozulabilen envanter yönetiminde yaşanan kısıtlamaları tanımlayan araştırmalarda talep oluşumu, siparişlerin alınması, ürünün saklanması ile ilgili sorunlar, ürünün kullanıma sunulması ve hatalı durumlarının maliyetlerinin çözümü ile ilgili modeller geliştirilmeye çalışılmıştır. Hazırlanan ürünlerin saklama ve kullanım sorunları nedeni ile % 50’sinin atılmakta olduğu ve bunun zaten zor temin edilen kan maliyetlerini artırıyor olması nedeniyle kan bankalarının yönetiminin önemli olduğu düşünülmektedir.(Çiftçi A.H. 2009)

Kan merkezlerinde yapılan önemli işlemlerden birisi olan cross match (çapraz eşleştirme) işleminde stoktaki kan ile ihtiyaç duyulan kanın uygunluğu test edilir. Hastaneden bir hasta için kan talebi geldiği zaman bu hastaya uygun olan kan serbest stoktan çıkmakta ve cross match işleminden sonra atanmış stoğa (hasta adına) aktarılmaktadır. Atanmış stokta bulunan kan ürünleri belli bir süre içerisinde hastaya nakledilmediği takdirde diğer talepleri karşılamak üzere tekrar serbest stoğa aktarılır. Arada geçen bu zamana cross-match çevrim periyodu (cross-match release period) denir. Atanmış ürünlerin nakledilen kan ürünlerine oranı azaltılmaya çalışılır. (Sönmez V.2009)

Transfüzyon öncesi gerek alıcıya gerekse vericiye ait testler, kanın dolayısıyla kişinin antijenik özelliklerini belirlemeye yönelik olup kişinin ömrü süresince değişme olasılığı çok yüksek olmayan testlerdir. Detaylı olarak incelendiğinde ve kesinliğinden emin olduğu takdirde elde edilen veriler ile şu anki bilgi seviyemizde iki kanın birbiri ile uyumlu olduğunu pratik cross match yapmadan teorik bilgi değerlendirmesi ile %99.9 olasılık ile söylemek mümkündür. Bu işlem elektronik olarak veri tabanındaki bilgilerin uyumluluğunun, belirlenmiş bir takım kurallara uygun olarak değerlendirilmesi ile uygun olmaktadır ve elektronik cross match kısaca e-cross olarak anılmaktadır.

Hasta için kan hazırlanması ve uygunluğunun değerlendirilmesi stokta uygun kan bulunduğu halde en hızlı şartlarda bir saati bulmaktadır. Acil bir durumda stoktaki kan ve kan ürünlerinin antijenik bilgilerinin mevcut olması durumunda sadece hastaya yapılacak antikor tarama ve antijenik inceleme ile hastanın bilgilerinin stoktaki kanlar ile e-cross işlemine tabi tutulması durumunda bu süre bilgi işlemin sağlayacağı süre avantajı olan saniyelere inmektedir. (Çiftçi A.H. 2009)

Champan ve arkadaşları (2000) E-matchin işlem yükünde % 65 oranında azalmaya neden olduğu ve günü geçmiş kan oranlarını %90 civarında azaltarak % 1’e düşürdüğünü bildirmiştir.

Amerikan Kan Bankaları Birliği e-cross standartlarını ilk olarak 1992’de yayımlamıştır. ABD’de ilk zamanlar FDA onayı gerektiği için yaygınlaşmamıştır. 2001 yılında kan merkezlerinin ancak % 4’ünde e-cross yapılabilmekteydi. İtalya, Macaristan,

Hong Kong, Japonya, İngiltere, Yeni Zelanda, Amerika Birleşik devletlerinin bazı büyük merkezlerinde e-cross uygulanmakta, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Polonya Avusturya’da kullanılmamaktadır. İsveç’in tümünde, Hollanda’nın % 50 sinde, Norveç’in %25’inden fazlasında uygulanmaktadır.(Çiftçi A.H. 2009)

Hastanelerin münferit olarak kan merkezlerinin bozulabilir envanter yönetimi açısından değerlendirildiğinde yokluk durumlarının tıbbi açıdan zarar verici etkilerinin ölçülemediğini fakat zaman aşımı durumlarının maliyetleri ölçülebildiği için en yüksek maliyetlerin zaman aşımı ile imha neticesi ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu maliyete de en çok etkili olan faktörün rezervasyon süresi (crossmatch release period ve crossmatch/ transfüzyon rate) oranı olduğu saptanmıştır. (Jaganattan ,R,sen, T.1991)

5.Tartışma ve Sonuç

Kan, elde edilmesi için insandan başka alternatifi olmayan bir tedavi aracıdır. Ameliyatlara, hastalıklar ya da kazalar sebebiyle dünyanın her yerinde her gün binlerce insanın kan nakline ihtiyacı olmaktadır. Kanın tek kaynağı insandır.

Buna ek olarak kan ve kan ürünlerine olan talep ve bu talebi karşılamakta yetersiz kalan bağışlar, talebin kontrol edilememesi, kan arzının gönüllülük esasına dayanması ve kan ürünlerinin çoğu zaman hayati öneminin bulunması kan hizmetleri yönetiminin büyük önem arz ettiğini göz önüne sermektedir.

Ülke genelinde kan ihtiyacının karşılanabilmesi için, öncelikle kan bağış bilincinin toplumda yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu konuda yapılması gereken sadece kan bağışçı sayısının artırılması değil, kan bağışçıların bilinçlendirilerek güvenli ve düzenli bir şekilde kan bağışının sağlanmasıdır.

Amerika’da geleceğin bağışçıları oluşturmak için ilkökul çocuklarına gerçek hayat hikayelerinden kesitler sunularak eğitim verilmektedir. Geleceğin kan bağışçıları şimdiden hazırlamak adına ülkemizde de bu tür çalışmalar yapılabilir.

Ülkemizde kan bağışındaki red oranlarının başında birinci sırada hemogloblin düşüklüğü yer almaktadır.2012’de bu sayı 99.928 dir.

Türkiye’de kan bağışçıların cinsiyet dağılımına baktığımızda %9 kadın, %91 erkek olduğunu görüyoruz. Amerika’da bu oran yarı yarıyadır. Kadın donörlerin artırılması için çalışmalar yapılabilir.

2008’de 40.841 olan red sayısı, 2009’da 49.368, 2010’da 64.312, 2011’de 80.535, 2012’de ise 99.928’e yükselmiştir. İkinci sırayı ise tansiyon düşüklüğü takip etmektedir.

Amerikada bağışçılara önerilen demir seviyesini korumak dolayısı ile hemogloblin düzeyini normal sınırlarda tutmak için sağlıklı bir diyet önerilir, bağış öncesi ve sonrası fazladan su tüketilmesi, bağıştan hemen önce yağ oranı yüksek beslenmeden kaçınılması ile aksi takdirde bağışlanan kanda bulaşıcı hastalıkların değerlendirilememesi ve transfüzyon için kullanılmayacağı açıklanır. Ülkemizde de bu tür çalışmalar yapılarak red oranını azaltmak, şüpheli kan dolayısı ile imha sayısını azaltmak ve düşük hemoglobulin sebebiyle red oranını azaltmak için çalışmalar planlanabilir.

Champan ve arkadaşları (2000) E-matchin işlem yükünde % 65 oranında azalmaya neden olduğu ve günü geçmiş kan oranlarının %90 civarında azaltarak % 1’e düşürdüğü bildirilmiştir.

Jaganattan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre yüksek maliyetlerin zaman aşımı ile imha neticesi ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu maliyete de en çok etkili olan faktörün rezervasyon süresi (crossmatch release period ve crossmatch/ transfüzyon rate) oranı olduğu saptanmıştır.

Amerika Birleşik devletlerinin bazı büyük merkezlerinde, İsveç'in tümünde, Hollanda'nın % 50 sinde uygulanan e-cross sisteminin ülkemizde uygulanmasının yaygınlaştırılması için gerekli çalışmalar yapılabilir. Böylece stok kontrolü oldukça zor olan kan ürünlerinin imha oranlarını azaltmak hedeflenebilir.

Türkiye'de hastanelerde kritik stok seviyesi hesaplanarak, kan miktarlarının bu stok seviyesinin altına düşmemesi sağlanmaktadır. Ayrıca özel toplantı ve kutlamalar sırasında bu seviyenin iki ya da daha fazla katına çıkması sağlanmaktadır. Kullanılmayan kanlar Kızılay tarafından geri alınmamaktadır. Bu da imha oranlarını artırmaktadır. Stok yönetiminde ilk giren ilk çıkar prensibi uygulanarak, stok fazlası kan ürünlerinin çevre hastanelerle alışverişi sağlanabilir. Bu uygulamaya başlanmıştır fakat fatura ve ödeme ile ilgili sorunlar çözümlenmelidir.

İsviçre de olduğu gibi hastane ve kliniklerde tanı tabanlı kan kullanımı konusunda özellikle periferdeki sağlık çalışanlarının ve hekimlerin standartizasyonu sağlanarak eğitimlerine daha fazla önem verilerek kan talebini düşürmek amaçlanabilir.

Sri Lanka'da gönüllü bağış oranı 2003-2013 yılları arasında % 39'dan % 97'ye ulaşmıştır.

Sri Lanka'da düzenli bağışçıları artırmak için sosyal medyada fan sayfaları oluşturulmuş, hedef potansiyel donörlere ücretsiz CPR eğitimi planlanmış ve düzenli bağışçılar için kart sistemi (altın, gümüş platin) oluşturulup bu bağışçılardan seçilenlere yıllık sağlık kontrolleri ücretsiz yapılmaya başlanmıştır.

Bağış sayısını artırmak için bağışçıların bilinç düzeyinin artırılmasının etkisi üzerinde durulmuştur. Sri Lanka'da kan bağışı dinsel ve kültürel olarak kabul gören önemli bir kavramdır. Ülkemizde de sivil toplum örgütlerinin desteği için gerekli çalışmalar artırılarak kan bağışı konusunda bilinç düzeyinin sağlanması hedeflenebilir.

Sonuç olarak; toplum yararına olacak her uygulamanın, uygulanabilir olması ve yaygınlaşabilmesi için öncelikle toplumsal bilinç düzeyinin artırılması gerekmektedir. Burada asıl görev konu hakkında bilgi uyanıklığı olan toplum önderlerine düşmektedir. Öncelikle sağlık çalışanları başta olmak üzere toplumun diğer fertlerinin kan ve transfüzyonu hakkında eğitimi sağlanmalı ve bu konuda gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynakça

1. American Blood Systems Division Annual Report 2012
 2. American Red Cross <http://www.red.cross.org>. 2014
 3. ÇİFTÇİ A.H. Kan Merkezlerinde Bozulabilir Envanter ve Ürün Kullanıcı Uyumsuzluğu Problemlerinin Yönetiminde Karar Destek Sistemlerinin Kullanılması Dokuz Eylül Üniversitesi Doktora Tezi 2009
 4. DISSANAYEKE A. National Blood Transfüzyon Service of Sri Lanka 2014
 5. JAGANATTAN ,R, sen, T.(1991) Storing crossmatching blood : A Perishable Inventory Model with Pior Allocation .Management Science 251
 6. Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği Sağlık Bakanlığı 11.04.2007.sayılı kanuna dayanarak hazırlanmıştır.
 7. National Blood Transfusion Service <http://www.nbts.health.gov.lk> erişim tarihi 5.7.2014
 8. RANDA Ali Cem ve arkadaşları Türk Kızılayı Orta Anadolu Bölgesi Kan Ürünleri Tedarik Zincir Yönetimi Projesi.2011 s:24
 9. SAYGILI S. Kan ve Kan Ürünleri Yasasında Türk Kızılayı'nın Rolü 2010 36. Ulusal Hematoloji Kongresi
 10. SÖNMEZ V. Kan Bankası İş Gücü Planlamasında Benzetim Yaklaşımı. 2009 Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi
 11. SCHWABE R.A Difficult İnterpretation.Swiss Anual Report 2013
 12. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Kan Ürünleri Rehberi 2011
 13. T.C. Sağlık Bakanlığı Zorunlu Kan Temini Hakkında Genelge 2009/37)
 14. Transfusione CRS Svizera-Structure Organisation (<http://www.en.blutspende.ch/stucture-organisation.php>. erişim tarihi 01.08.2014)
 15. TULUNAY E. A.2007 Kan Bağışlarını ve Bir Kamu Kurumu Çalışanlarının Kan Bağışına İlgisi,Bilgi Düzeyleri ve Ulusal Yeterliliğe Ulaşma Yöntemleri s:14 Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
 16. Türk Kızılayı Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü Faaliyet Raporu 2012 s48
 17. Türk Kızılayı Dünyada ve Türkiye’de Kan Bankacılığı <http://www.kanver.org/sayfa/e-kutuphane/dunyada-ve-turkiye-de-kan-bankaciligi/43> Erişim Tarihi 15.07.2014
 18. Türk Kızılayı Stratejik Planı 2010-2015.
 19. UYANIK, Haluk (2010), Donör Kazanım Çalışmalarının Kan Bağış Oranına Etkilerinin Değerlendirilmesi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi
 20. World Health Organization Self sufficiency in blood supply based on voluntary unpaid donors: an achievable goal 2013 http://www.who.int/features/2013/world_blood_donor_day/en
- World Health Organization World Blood Donor Day (<http://www.who.int/mediacentre> erişim tarihi 01.07.2014)

**KONYADAKİ AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN
BİRİNCİ BASAMAK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
(PRIMARY CARE ASSESSMENT SURVEY) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Musa ÖZATA*

Fadime TEKİN**

ÖZET

Bu çalışmada Konya'daki aile sağlığı merkezlerinin yapısal ve işleyiş özelliklerinin PCAS (Primary care Assessment Survey) ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma 2013 yılında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında Konya 1, 15 ve 28 Nolu Aile Sağlığı merkezlerine başvuran 307 katılımcıdan yüz yüze anket tekniği ile cevaplar toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS 21. paket programında değerlendirilmiş ve toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler uygulanmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların genel olarak aile hekimliği hizmetlerinden memnun olduklarını ortaya koymaktadır. Sistemin ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, kişisel yaklaşım, güven ve hasta memnuniyeti açısından olumlu; eşgüdüm açısından ise olumsuz değerlendirildiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği, Memnuniyet

*Doç.Dr. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü musaozata@gmail.com

**Araş.Gör. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ABSTRACT

The aim of the study is to assess the structural and functional characteristics of family health centers in Konya by using Primary Care Assessment Survey (PCAS). The research was carried out in 2013. In the scope of the research, face to face interview technique was used with 307 participant who apply to family health center with the number 1,15 and 28 in Konya. The collected data were analyzed by using SPSS 21 software package programme and descriptive statistics was performed on them. As the result of the study, the participants were generally satisfied with the services of family medicine. Also, it is evaluated that, the system's accessibility, continuity, comprehensiveness, personal approach, confidence and patient satisfaction perspective is positive but the coordination is negative.

Key Words: Family Medicine, Primary Care Assessment Survey, Satisfaction

1.Giriş

Türkiye’de 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmakta olup, bu programın temel bileşenlerinden birisi Aile Hekimliği (AH) Modelidir. İlk olarak 2005 yılında Düzce İlinde pilot uygulama ile başlayan sistem, 2010 yılı sonunda ülke geneline yayılmıştır. Sağlık Bakanlığı, 224 Sayılı Kanun çerçevesinde uygulanan sağlık ocağı sisteminin toplumun sağlık ihtiyacını karşılamada yeterli olmadığı ve birinci basamakta tedavi edilebilecek büyük bir hasta grubunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirildiği düşüncesinden hareketle aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar vermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004: 35-40). Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireyin gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere kolay ve eşit erişimin sağlanması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Aile Hekimliği (AH) kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada on yıldır var olan AH uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk AH Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında AH uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur (Görpelioglu ve Tüzer, 1998; Görpelioglu ve ark. 2002; Akt:Algın ve ark.2004)

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan, akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimliği Avrupa’da sağlık sistemlerinin temel taşıdır (Wonca, 2002; Akt: Muştı, 2009) Sağlık Bakanlığı Aile Hekimini, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kapsamlı ve sürekli olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı ya da Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip ya da tabipler olarak tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

2004 tarihinde yayınlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa göre Ülkemizde uygulanan aile hekimliği sistemin başlıca özelliklerini şu şekilde sırlayabiliriz;

- Aile hekimliği hizmeti aile hekiminin sorumluluğunda aile sağlığı elamanı ile birlikte verilmektedir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı sözleşmeli statüde çalışmaktadır.
- Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kaydı yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; asgarî 1000, azamî 4000'dir.
- Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olmamak kaydı ile ilgili aile hekiminin talebi ve o yerin sağlık idaresince onaylanan çalışma saatleri içinde yerine getirilir.
- Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından verilir.
- Aile hekimlerinin şahsî kayıtları ilgili il ve ilçe sağlık idare birimlerinde tutulur.
- Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülkî idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilir.

Aile hekimliği sistemine geçiş ile birlikte sistemin başarısını, olumlu ve olumsuz ölçmeye yönelik çok sayıda çalışma ve değerlendirme yapılmıştır. Bu yapılan çalışmalar hizmet kalitesinin artırılması, sistemdeki hataların ortaya çıkartılması ve toplumun beklentilerine uygun, maliyeti toplum tarafından karşılanabilir ve uluslar arası standartlara uygun bir hizmetin sunulabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Gerçekleştirilen bu çalışma ile Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği kullanılarak Konya'daki aile hekimliği hizmetlerinin yapısal ve işleyiş özelliklerinin çok boyutlu olarak incelenmesi hedeflenmiştir.

2.Yöntem

Bu araştırma 2013 yılında gerçekleştirilmiş tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma kapsamında Konya'yı sosyo-demografik özellikler açısından en iyi şekilde temsil ettiği düşünülen 1, 15 ve 28 Nolu Aile Hekimliği merkezlerinden hizmet alan 307 kişi kişilik örneklem grubuna alınmıştır. Ancak bu kişilerden 287'sinin düzenli gittiği bir hekimi olduğu için sorular bu kişilere yöneltilmiştir. Örneklem grubunun seçilmesinde tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Anketlerin doldurulması aşamasında yüz yüze anket tekniği yöntemi kullanılmış ve anketörlerden faydalanılmıştır.

Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik anket ve PCAS ölçeğinden faydalanılmıştır.

PCAS, ABD'nin Boston eyaletinde 6094 kişilik bir örnekte uygulanarak geliştirilmiş ve uluslararası geçerliliği yapılmış, birinci basamak ölçme ve değerlendirme ölçeğidir (Safran ve ark., 1998). Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Manisa kent merkezinde yapılmıştır (Lağralı ve ark., 2007). Ölçek 51 soru, 2 ana ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin yapısal özet ana boyutu; ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm alt boyutlarından oluşmaktadır. Hekim-hasta ilişkisi ana boyutu ise; kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven alt boyutlarından oluşmaktadır. Bu boyutları oluşturan soruların özellikleri şöyledir (Lağralı ve ark. 2011: 19):

- *Ulaşılabilirlik:* Muayene ve tedavi ücretinin değerlendirilmesi, bir sağlık sorunu olduğunda; telefonla hekime ulaşarak bilgi ve randevu alma durumu, birinci basamak sağlık kurumunun yerleşim yerine yakınlığı ve kurumun hizmet verdiği saat /günlerin değerlendirilmesi.



- *Süreklilik:* Hastanın hekime kayıtlı olduğu süre, birinci basamak sağlık kurumunda yapılan olağan sağlık kontrolleri ve sağlık sorunu için alınmış randevularda, düzenli hekimini hangi sıklıkta gördüğünün değerlendirilmesi.
- *Kapsayıcılık:* Hekimin hastanın tıbbi özgeçmişi, iş, ev ve okuldaki sorumlulukları, başlıca sağlık sorunları, bireysel inanç ve değerlerine olan yaklaşım tarzı ve sunduğu koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.
- *Eşgüdüm:* Birinci basamak sağlık kurumundan sevk edilen hastanın ayaktan ya da yatarak tedavilerinde; uzman hekim/hekimlerce yapılan muayene ve laboratuvar sonuçlarının, birinci basamak kurumda kayıtlara işlenmesi.
- *Hizmet memnuniyeti:* Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat, yaptığı açıklama ve önerilerin yeterince anlaşılır olması, hastanın sağlığı ile ilgili verilen kararlarda desteği ve fizik bakımın yeterliliğinin değerlendirilmesi.
- *Hekimin kişisel yaklaşımı:* Hekimin sabrı, dostluğu, nazikliği, ilgisi, bakımı ve hastaya ayırdığı zamanın değerlendirilmesi,
- *Güven:* Birinci basamak hekiminin dürüstlüğünün, yeterliliğinin ve tıbbi bakım sürecinde hasta adına karar verebilme yetkisinin değerlendirilmesi.

Ölçekte sorular 6' lı likert tipindedir (En küçük= 1, en yüksek=6). Puan arttıkça özellik daha iyi olmaktadır. Toplanan veriler SPSS programına yüklenmiş ve veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Bu çalışmada sadece ölçekten elde edilen tanımlayıcı istatistikler sunulacak olup, ölçüğe ilişkin genel değerlendirme makalede yapılacaktır.

3.Bulgular

Çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tablolar halinde sunulmaktadır.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)	Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	194	67,6	Evli	211	73,5
Erkek	93	32,4	Bekâr	69	24,0
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)	Diğer	7	2,4
Okuryazar	10	3,5	Sosyal Güvence Durumu	Sayı	Yüzde (%)
İlkokul	75	26,1	SGK	260	90,6
Ortaokul	34	11,8	Özel Sigorta	10	3,5
Lise	54	18,8	Yok	17	5,9
Üniversite	114	39,7	Meslek	Sayı	Yüzde (%)
Yaş	Sayı	Yüzde (%)	Memur	42	14,6
16-20	28	9,8	İşçi	48	16,9
21-29	86	30,0	Esnaf/serbest meslek	21	7,3
30-39	62	21,6	Emekli	23	8,0
40-49	67	23,3	Öğrenci	37	12,9
50-59	29	10,1	Ev hanımı ve çalışmayan	116	40,4
60-66	15	5,2			
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 1’de görüldüğü gibi katılımcıların 194’ü (% 67,6) kadın ve 93’ü (%32,4) erkeklerden oluşmaktadır. Eğitim durumu açısından incelendiğinde; 10 kişinin (%3,5) okuryazar, 75 kişinin (%26,1) ilkokul, 34 kişinin (%11,8) ortaokul, 54 kişinin (%18,8) lise ve 114 kişinin ise (%39,7) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları açısından incelendiğinde; araştırmaya katılanların 16-66 yaş grubu arasında olduğu ve en büyük ağırlığı 86 kişi (%30) ile 21-29 yaş grubunun oluşturduğu görülmüştür. Araştırmaya katılanların medeni durumları incelendiğinde 211’inin (%73,5) evli, 69’unun (%24) bekâr ve 7’sinin (%2,4) diğer grubunda olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvence açısından incelenen kişilerin 260’ının (%90,6) SGK’lı, 10’unun (%3,5) özel sigortalı ve 17’sinin (%5,9) sosyal

güvencesinin olmadığı anlaşılmıştır. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde en büyük grubu ev hanımı ve çalışmayanların oluşturduğu (%40,4), bunu sırasıyla memur (%14,6), öğrenci (%12,9), işçi (%16,9) ve emeklilerin (%8) oluşturduğu görülmüştür.

Tablo 2: Düzenli Olarak Hizmet Alınan Bir Hekimin Var Olup Olmadığına İlişkin Sorular

Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığımız bir aile hekiminiz var mı?	Sayı	Yüzde (%)	Bir sağlık sorununuz olduğunda bu hekimi mi ararsınız?	Sayı	Yüzde (%)
Evet	287	93	Evet	113	39,4
Hayır	20	7	Hayır	103	35,9
Toplam	307	100	Emin değilim	71	24,7
Bu hekimin ne zamandan beri sizin hekiminiz olduğunu belirtir misiniz?	Sayı	Yüzde (%)	Hekim sizin ve ailenizin sağlığıyla ilgili ihtiyaçlarınıza çare/çözüm bulabiliyor mu?	Sayı	Yüzde (%)
6 aydan daha az	32	11,1	Her Türlü Sorunumuza	47	16,4
6 ay-1 yıl	27	9,4	Sorunlarımızın Çoğuna	71	24,7
1-2 yıl	132	46,0	Sorunlarımızın Bazılarına	120	41,8
3-5 yıl	71	24,7	Sorunlarımızın Çok Azına	38	13,2
5 yıldan çok	25	8,7	Hemen Hemen Hiç Birine	11	3,8
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Araştırma kapsamında 307 kişi incelenmiş olup bu kişilerden 287'sinin düzenli gittiği bir aile hekimi olduğu için, sorular bu kişilere yöneltilmiştir. Tablo 2'de araştırmaya katılan bireylerin düzenli olarak bir hekimden hizmet alıp almadığına ilişkin sorulara verdikleri cevaplar yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun (n: 287) düzenli olarak sağlık hizmeti aldığı bir aile hekimi bulunmaktadır. Düzenli aile hekimi olanların, ne zamandan beri aile hekimleri olduğu incelendiğinde; 32 kişinin (%11,1) 6 aydan daha az süredir, 27 kişinin (%9,4) 6 ay-1 yıl, 132 kişinin (%46) 1-2 yıl, 71 kişinin (%24,7) 3-5 yıl ve 25 kişinin (%8,7) ise 5 yıldan çok süredir aile hekimi olduğu saptanmıştır. Hekimin araştırmaya katılan bireyin ve ailesinin sağlığıyla ilgili ihtiyaçlarınıza çare/çözüm bulabilme durumu incelendiğinde; 47 kişi (%16,4) her türlü sorunlarına cevap verildiği, 71 kişi (%24,7) sorunlarının çoğuna, 120 kişi (%41,8) sorunlarının bazılarına, 38 kişi (%13,2) sorunlarının çok azına ve 11 kişi ise (%3,8) hemen hemen hiç birine cevap verilmediğini ifade etmiştir.

Tablo 3: Hekim Muayenehanesine Ulaşım Süresi ve Hekimin Çalışma Saatlerinin Uygunluğuna İlişkin Cevaplar

Evinizden hekiminizin muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?	Sayı	Yüzde (%)	Hekiminizin çalışma saatlerinin şu an kine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz?	Sayı	Yüzde (%)
15 dk dan az	170	59,2	Sabahları erkenden	7	2,4
16-30 dk	86	30,0	Akşamları ve geceleri	43	15,0
31-60 dk	24	8,4	Hafta sonları	110	38,3
60 +	7	2,4	Çalışma saatlerinden memnunum	127	44,3
Evinizden hekiminizin çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	Sayı	Yüzde (%)	Sağlık gereksinimleriniz açısından hekiminizin sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz?	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	7	2,4	Çok kötü	3	1,0
Kötü	7	2,4	Kötü	6	2,1
Orta	67	23,3	Orta	89	31,0
İyi	121	42,2	İyi	148	51,6
Çok iyi	54	18,8	Çok iyi	33	11,5
Mükemmel	31	10,8	Mükemmel	8	2,8
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 3'te görüldüğü gibi katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (n: 170) 15 dakikadan az sürede hekimin muayenehanesine ulaştığı saptanmıştır. Ayrıca hekimin çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığına bakıldığında bu durumu; 7 kişinin (%2,4) çok kötü, 7 kişinin (%2,4) kötü, 67 kişinin (%23,3) orta, 121 kişinin (%42,2) iyi, 54 kişinin (%18,8) çok iyi ve 31 kişinin (%10,8) mükemmel bulduğu belirlenmiştir. Hekimlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda devam etmelerini istedikleri sorgulandığında; büyük bir çoğunluğu (n: 127; %44,3) çalışma saatlerinden memnun olduğunu belirtirken 110 kişi (%38,3) hafta sonları, 43 kişi (%15) akşam ve geceleri, 7 kişi (%2,4) sabahları erkenden olması gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan bireyler, sağlık gereksinimleri açısından hekimin sağlık hizmeti verdiği saatleri büyük bir çoğunlukla (n:148) ve bekleme süresini büyük çoğunlukla (n:118) iyi olarak değerlendirmiştir.

Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Muayene ve Tedaviye Ödenen Ücretler Hakkındaki Görüşleri

Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç hekime gitmeyi ertelediğiniz oldu mu?	Sayı	Yüzde (%)	Size oldukça pahalı geldiği için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?	Sayı	Yüzde (%)
Hiç para ödemiyorum	98	34,1	Evet çoğu kez	15	5,2
Evet çoğu kez	19	6,6	Evet bazen	86	30,0
Evet bazen	56	19,5	Hayır kesinlikle	186	64,8
Hayır kesinlikle	114	39,7			
Muayene için hekime ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?	Sayı	Yüzde (%)	İlaçlar ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını nasıl değerlendirirsiniz?	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	34	11,8	Çok kötü	30	10,5
Kötü	65	22,6	Kötü	58	20,2
Orta	112	39,0	Orta	114	39,7
İyi	52	18,1	İyi	74	25,8
Çok iyi	13	4,5	Çok iyi	10	3,5
Mükemmel	11	3,8	Mükemmel	1	,3
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 4’te katılımcıların muayene ve tedaviye ödedikleri ücretlere ilişkin görüşler yer almaktadır. Cevaplar incelendiğinde "Pahalı olduğu için hekime gitmeyi ertelediniz mi?" sorusuna % 39,74’ü hayır kesinlikle, %34.1’i hiç para ödemiyorum, %19.5’i evet bazen ve % 6.6’sı ise evet çoğu kez cevabını vermiştir. Muayene için hekime ödedikleri parayı ise; 34 kişi (%11,8) çok kötü, 65 kişi (%22,6) kötü, 112 kişi (%39) orta, 52 kişi (%18,1) iyi, 13 kişi (%4,5) çok iyi ve 11 kişi (%3,8) mükemmel olarak değerlendirmiştir. "Size oldukça pahalı geldiği için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?" sorusuna %5,2’si evet çoğu kez, %30’u evet bazen ve %64.8’i hayır kesinlikle cevabını vermiştir. İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadıkları para miktarını (tedavi maliyetini) büyük bir çoğunluğu (% 39.7) orta olarak değerlendirdiği, bunu sırasıyla (%25,8) iyi, (%20,2) kötü, (%10,5) çok kötü ve (%0.3) mükemmel olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Tablo 5: Araştırmaya Katılanların Hekimlerine Ulaşabilme Durumları

Hekiminiz telefon aracılığıyla ulaşabilme konusunda nasıldır?	Sayı	Yüzde (%)	Hekiminiz telefonla tıbbi öneri alabilme konusunda nasıldır?	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	37	12,9	Çok kötü	32	11,1
Kötü	55	19,2	Kötü	49	17,1
Orta	77	26,8	Orta	78	27,2
İyi	86	30,0	İyi	89	31,0
Çok iyi	17	5,9	Çok iyi	23	8,0
Mükemmel	15	5,2	Mükemmel	16	5,6
Hastalanıp gittiğinizde kendi hekiminize muayene olabiliyor musunuz ?	Sayı	Yüzde (%)	Kontrollerinizi veya genel muayene (check-up) için gittiğinizde kendi hekiminizi görebiliyor musunuz ?	Sayı	Yüzde (%)
Her zaman	105	36,6	Her zaman	71	24,7
Hemen hemen her zaman	80	27,9	Hemen hemen her zaman	59	20,6
Çoğu zaman	54	18,8	Çoğu zaman	56	19,5
Bazen	36	12,5	Bazen	64	22,3
Hemen hemen hiçbir zaman	4	1,4	Hemen hemen hiçbir zaman	10	3,5
Hiçbir zaman	8	2,8	Hiçbir zaman	27	9,4
Bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Sayı	Yüzde (%)	Bu durumu sizce nasıl değerlendirirsiniz ? (4)	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	4	1,4	Çok kötü	14	4,9
Kötü	17	5,9	Kötü	29	10,1
Orta	60	20,9	Orta	77	26,8
İyi	138	48,1	İyi	118	41,1
Çok iyi	47	16,4	Çok iyi	37	12,9
Mükemmel	21	7,3	Mükemmel	12	4,2
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 5’te katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında hekimlerine telefonla ulaşabilme, muayene veya kontrol gerektiğinde hekimlerine ulaşabilme durumlarına ilişkin cevaplar yer almaktadır. *Araştırmaya katılan kişiler hekimlerine telefon aracılığıyla ulaşabilme durumunu;* 37 kişi (%12.9) çok kötü, 55 kişi (%19.2) kötü, 77 kişi (%26.8) orta, 86 kişi (%30) iyi, 17 kişi (%5.9) çok iyi ve 15 kişi (%5.2) mükemmel olarak değerlendirmişlerdir. *Bir problem veya öğrenmek istedikleri bir sağlık durumu olduğunda telefonla hekimden tıbbi öneri alabilme durumuna bakıldığında ise;* 32 kişinin (%11.1) çok kötü, 49 kişinin (%17.1) kötü, 78 kişinin

(%27.2) orta, 89 kişinin (%31) iyi, 23 kişinin (%8) çok iyi ve 16 kişinin (%5.6) mükemmel olarak değerlendirdiği saptanmıştır. *Birey hastalandığı zaman kendi hekimine muayene olabilme durumu (yerine bakan başka bir doktora değil) incelendiğinde;* 105 kişi (%36.6) her zaman, 80 kişi (%27.9) hemen hemen her zaman, 54 kişi (% 18.8) çoğu zaman, 36 kişi (%12.5) bazen, 4 kişi (% 1.4) hemen hemen hiçbir zaman, 8 kişi (% 2.8) hiçbir zaman cevabını vermiş ve *bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz* sorusunu yarıya yakın kişinin (% 48.1) iyi olarak değerlendirdiği saptanmıştır. *Düzenli kontroller veya genel muayene için gidildiğinde kendi hekimini görebilme durumu incelendiğinde ise;* 71 kişi (%24.7) her zaman, 59 kişi (%20.6) hemen hemen her zaman, 56 kişi (%19.5) çoğu zaman, 64 kişi (%22.3) bazen, 10 kişi (%3.5) hemen hemen hiçbir zaman ve 27 kişi (%9.4) hiçbir zaman kendi hekimini görebildiğini ifade etmiştir. *Bu durumu değerlendirmeleri istendiğinde ise;* 14 kişi (%4.9) çok kötü, 29 kişi (%10.1) kötü, 77 kişi (%26.8) orta, 118 kişi (%41.1) iyi, 37 kişi (%12.9) çok iyi ve 12 kişi (%4.2) mükemmel olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 6: Hekimim Mesleki Bilgisi ve Yeterliliğine İlişkin Cevaplar

Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için hekiminizin yaptığı fizik muayene nasıldır?	Sayı	Yüzde (%)	Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar nasıldır?	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	4	1,4	Çok kötü	5	1,7
Kötü	8	2,8	Kötü	17	5,9
Orta	86	30,0	Orta	54	18,8
İyi	139	48,4	İyi	131	45,6
Çok iyi	37	12,9	Çok iyi	50	17,4
Mükemmel	13	4,5	Mükemmel	30	10,4
Sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?	Sayı	Yüzde (%)	Anlattıklarınızla ilgili dikkati nasıldır?	Sayı	Yüzde (%)
Her zaman	57	19,9	Çok kötü	3	1,0
Hemen hemen her zaman	60	20,9	Kötü	11	3,8
Çoğu zaman	108	37,6	Orta	64	22,3
Bazen	58	20,2	İyi	132	46,0
Hemen hemen hiçbir zaman	2	,7	Çok iyi	44	15,3
Hiçbir zaman	2	,7	Mükemmel	33	11,5
Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorular sormakta yeterliliği (tamlığı)	Sayı	Yüzde (%)	Hekiminizin yanından sorularınıza cevap alamadan ayrıldığınız olur mu?	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	7	2,4	Her zaman	2	,7
Kötü	9	3,1	Hemen hemen her zaman	6	2,1
Orta	81	28,2	Çoğu zaman	10	3,5
İyi	122	42,5	Bazen	92	32,1
Çok iyi	45	15,7	Hemen hemen hiç bir	47	16,4

Mükemmel	23	8,0	zaman		
			Hiçbir zaman	130	45,3
Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri	Sayı	Yüzde (%)	Sizi bir hastaneye uzman doktora yönlendirdiğinde verdiği (sevk) raporları	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	4	1,4	Çok kötü	4	1,4
Kötü	14	4,9	Kötü	11	3,8
Orta	56	19,5	Orta	59	20,6
İyi	117	40,8	İyi	135	47,0
Çok iyi	57	19,9	Çok iyi	50	17,4
Mükemmel	39	13,6	Mükemmel	28	9,8
İlgisi ve bakımı	Sayı	Yüzde (%)	Hekiminizin verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz?	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	7	2,4	Çok kötü	3	1,0
Kötü	11	3,8	Kötü	11	3,8
Orta	58	20,2	Orta	60	20,9
İyi	124	43,2	İyi	130	45,3
Çok iyi	42	14,6	Çok iyi	53	18,5
Mükemmel	45	15,7	Mükemmel	30	10,5
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 6’da katılımcıların hekimlerinin mesleki yeterliliğine ilişkin görüşleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde katılımcıların yarıya yakını (n: 139; %48,4) *hekimin sağlık sorunlarını tanımlayabilmek için yaptığı fizik muayeneyi* iyi olarak değerlendirmiştir. *Sağlık sorunlarına doğru teşhisleri koyabilme* açısından incelendiğinde; 57 kişi (%19.9) her zaman, 60 kişi (%20.9) hemen hemen her zaman, 108 kişi (%37.6) çoğu zaman, 58 kişi (%20.2) bazen, 2 kişi (%0.7) hemen hemen hiçbir zaman ve 2 kişi (%0.7) hiçbir zaman olarak ifade etmişlerdir. *Hekimin şikayet ve belirtilerle ilgili sorular sormakta yeterliliğini (tamlığı);* 7 kişi (%2.4) çok kötü, 9 kişi (%3.1) kötü, 81 kişi (%28.2) orta, 122 kişi (%42.5) iyi, 45 kişi (%15.7) çok iyi ve 23 kişi (%8) mükemmel olarak nitelendirmiştir. *Hekimin bireyin sağlığı ile ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerilerini;* 4 kişi (%1.4) çok kötü, 14 kişi (%4.9) kötü, 56 kişi (%19.5) orta, 117 kişi (%40.8) iyi, 57 kişi (%19.9) çok iyi ve 39 kişi (%13.6) mükemmel olarak ifade etmişlerdir. *Hekimin ilgisi ve bakımını* katılımcıların çoğunluğu (%43.2) iyi olarak değerlendirmiştir. *Hekimin sağlık sorunları ve tedavilerle ilgili olarak yaptığı açıklamaları;* 5 kişi (%1.7) çok kötü, 17 kişi (%5.9) kötü, 54 kişi (%18.8) orta, 131 kişi (%45.6) iyi, 50 kişi (%17.4) çok iyi ve 30 kişi (%10.4) mükemmel; *hekimin kişinin anlattıklarına ilişkin dikkatini;* 3 kişi (%1) çok kötü, 11 kişi (%3.8) kötü, 64 kişi (%22.3) orta, 132 kişi (%46) iyi, 44 kişi (%15.3) çok iyi ve 33 kişi (%11.5) mükemmel; *"Hekiminizin yanından sorularınıza cevap alamadan ayrıldığınız olur mu?"* sorusuna, araştırma kapsamındaki bireylerin 2’si (%0.7) her zaman, 6’sı (%2.1) hemen hemen her zaman, 10’u (% 3.5) çoğu zaman, 92’si (%32.1) bazen, 47’si (% 16.4) hemen hemen hiçbir zaman, 130’u (% 45.3) hiçbir zaman cevabını vermişlerdir. Hekimin bireyi bir hastaneye yada uzman doktora

yönlendirdiğinde verdiği (sevk) raporlarını: 4 kişi (%1.4) çok kötü, 11 kişi (%3.8) kötü, 59 kişi (%20.6) orta, 135 kişi (%47) iyi, 50 kişi (%17.4) çok iyi ve 28 kişi (%9.8) mükemmel olarak değerlendirmişlerdir. *Hekimin bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendiriyorsunuz?* sorusuna ise 3 kişi (%1) çok kötü, 11 kişi (%3.8) kötü, 60 kişi (%20.9) orta, 130 kişi (%45.3) iyi, 53 kişi (%18.5) çok iyi ve 30 kişi (%10.5) mükemmel cevabını vermişlerdir.

Tablo 7: Hekimin Hastaya Karşı Davranışına İlişkin Cevaplar

Size ayırdığı zaman	Sayı	Yüzde (%)	Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği sabır.	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	9	3,1	Çok kötü	8	2,8
Kötü	12	4,2	Kötü	12	4,2
Orta	70	24,4	Orta	58	20,2
İyi	132	46,0	İyi	121	42,2
Çok iyi	37	12,9	Çok iyi	51	17,8
Mükemmel	27	9,4	Mükemmel	37	12,9
Size karşı olan dostluk ve yakınlığı	Sayı	Yüzde (%)	Size karşı saygısı	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	6	2,1	Çok kötü	4	1,4
Kötü	15	5,2	Kötü	7	2,4
Orta	74	25,8	Orta	36	12,5
İyi	102	35,5	İyi	127	44,3
Çok iyi	46	16,0	Çok iyi	56	19,5
Mükemmel	44	15,3	Mükemmel	57	19,9
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 7’de görüldüğü gibi *hekimin hastaya ayırdığı zamanı*, katılımcıların yarıya yakını (n:132; %46) iyi bulmuştur. *Sorularınız ve endişelerine karşı hekiminizin gösterdiği sabır nasıldır?* sorusu incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu (%42.2) iyi, 58’i (%20,2) orta, 51’i (%17,8) ve 37’si (%12,9) mükemmel olarak değerlendirmiştir. Hekimin bireye karşı olan *dostluk ve yakınlığını* araştırmaya katılan bireylerin %35.5’i, *hekimin bireye karşı saygısını* %44.3’ü iyi olarak değerlendirmiştir.

Tablo 8: Hekiminiz Bu Güne Kadar Sizinle Hangisi Hakkında Konuştu?

Sigara içme	Sayı	Yüzde (%)	Beslenme ve Şişmanlık	Sayı	Yüzde (%)
Evet 3 yıl içinde	36	12,5	Evet 3 yıl içinde	57	19,9
Evet 3 yıldan daha uzun	8	2,8	Evet 3 yıldan daha uzun	9	3,1
Evet zamanını hatırlamıyorum	27	9,4	Evet zamanını hatırlamıyorum	38	13,2
Hayır	216	75,3	Hayır	183	63,7
Alkol Kullanma	Sayı	Yüzde (%)	Egzersiz ve spor yapma	Sayı	Yüzde (%)
Evet 3 yıl içinde	20	7,0	Evet 3 yıl içinde	58	20,2
Evet 3 yıldan daha uzun	6	2,1	Evet 3 yıldan daha uzun	11	3,8
Evet zamanını hatırlamıyorum	17	5,9	Evet zamanını hatırlamıyorum	40	13,9
Hayır	244	85,0	Hayır	178	62,0
Aile planlaması	Sayı	Yüzde (%)	Kişisel temizlik (eller,diş)	Sayı	Yüzde (%)
Evet 3 yıl içinde	32	11,1	Evet 3 yıl içinde	43	15,0
Evet 3 yıldan daha uzun	7	2,4	Evet 3 yıldan daha uzun	11	3,8
Evet zamanını hatırlamıyorum	34	11,8	Evet zamanını hatırlamıyorum	30	10,5
Hayır	214	74,6	Hayır	203	70,7
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 8’de katılımcıların hekimin bu güne kadar sağlığı etkileyen risk faktörlerinden hangisi hakkında kendisi ile konuştuğuna ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hekimin sigara içme hakkında konuşmasına 36 kişi (%12.5) evet 3 yıl içinde, 8 kişi (%2.8) evet 3 yıldan daha uzun, 27 kişi (%9.4) evet zamanını hatırlamıyorum, 216 kişi (%75.3) hayır; hekimin alkol kullanma hakkında konuşmasına 20 kişi (%7) evet 3 yıl içinde, 6 kişi (% 2.1) evet 3 yıldan daha uzun, 17 kişi (%5.9) evet zamanını hatırlamıyorum, 244 kişi (%85) hayır; hekimin aile planlaması hakkında konuşmasına 32 kişi (%11.1) evet 3 yıl içinde, 7 kişi (% 2.4) evet 3

yıldan daha uzun, 34 kişi (%11.8) evet zamanını hatırlamıyorum, 214 kişi (%74.6) hayır; beslenme (gebe, bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi konular hakkında konuşmasına 57 kişi (%19.9) evet 3 yıl içinde, 9 kişi (%3.1) evet 3 yıldan daha uzun, 38 kişi (%13.2) evet zamanını hatırlamıyorum, 183 kişi (%63.7) hayır; hekimin egzersiz ve spor yapma hakkında konuşmasına 58 kişi (%20.2) evet 3 yıl içinde, 11 kişi (%3.8) evet 3 yıldan daha uzun, 40 kişi (%13.9) evet zamanını hatırlamıyorum, 178 (%62) hayır ve hekimin kişisel temizlik (eller, diş) hakkında konuşmasına 43 kişi (%15) evet 3 yıl içinde, 11 kişi (%3.8) evet 3 yıldan daha uzun, 30 kişi (%10.5) evet zamanını hatırlamıyorum, 203 kişi (%70.7) hayır cevabını vermiştir.

Tablo 9: Hekiminizle Olan Güveninizle İlgili Olarak Aşağıdaki Durumları Değerlendiririniz

Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim	Sayı	Yüzde (%)	Sağlığım ile ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler	Sayı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılıyorum	65	22,6	Kesinlikle katılıyorum	70	24,4
Katılıyorum	74	25,8	Katılıyorum	102	35,5
Emin değilim	76	26,5	Emin değilim	75	26,1
Katılmıyorum	37	12,9	Katılmıyorum	29	10,1
Kesinlikle katılmıyorum	35	12,2	Kesinlikle katılmıyorum	11	3,8
Bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar	Sayı	Yüzde (%)	Sağlığım benim kadar dikkat eder	Sayı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılıyorum	15	5,2	Kesinlikle katılıyorum	70	24,4
Katılıyorum	33	11,5	Katılıyorum	83	28,9
Emin değilim	83	28,9	Emin değilim	84	29,3
Katılmıyorum	81	28,2	Katılmıyorum	41	14,3
Kesinlikle katılmıyorum	75	26,1	Kesinlikle katılmıyorum	9	3,1
Tıbbi bakımım konusunda hekimimin vereceği kararlara tam olarak güvenirim	Sayı	Yüzde (%)	Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır	Sayı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılıyorum	56	19,5	Kesinlikle katılıyorum	18	6,3
Katılıyorum	115	40,1	Katılıyorum	27	9,4
Emin değilim	67	23,3	Emin değilim	109	38,0
Katılmıyorum	34	11,8	Katılmıyorum	73	25,4
Kesinlikle katılmıyorum	15	5,2	Kesinlikle katılmıyorum	60	20,9
Hekimim benim sağlığım için gerekenleri yapmak yerine maliyeti düşük tutmaya daha çok dikkat eder	Sayı	Yüzde (%)	Tüm bunları dikkate aldığınızda hekiminize olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz	Sayı	Yüzde (%)
Kesinlikle katılıyorum	19	6,6	1-4	29	9,3
Katılıyorum	45	15,7	5	28	9,8
Emin değilim	56	19,5	6	44	15,3
Katılmıyorum	87	30,3	7	51	17,8
Kesinlikle katılmıyorum	80	27,9	8	41	14,3
			9	27	9,4
Toplam	287	100	10	69	24

Tablo 9'da ise bireyin hekimine olan güvenini değerlendiren ifadelere yer verilmiştir. "Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim" ifadesine 65 kişi (%22.6) kesinlikle katılıyorum, 74 kişi (% 25.8) katılıyorum, 76 kişi (%26.5) emin değilim, 37 kişi (%12.9) katılmıyorum, 35 kişi (%12.2) kesinlikle katılmıyorum; "Hekimim bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar" ifadesine 15 kişi (%5.2) kesinlikle katılıyorum, 33 kişi (%11.5) katılıyorum, 83 kişi (%28.9) emin değilim, 81 kişi (%28.2) katılmıyorum, 75 kişi (%26.1) kesinlikle katılmıyorum; "Tıbbi bakımım konusunda hekimimin vereceği kararlara tam olarak güvenirim" ifadesine 56 kişi (%19.5) kesinlikle katılıyorum, 115 kişi (%40.1) katılıyorum, 67 kişi (%23.3) emin değilim, 34 kişi (% 11.8) katılmıyorum, 15 kişi (%5.2) kesinlikle katılmıyorum; "Hekimim benim sağlığım için gerekenleri yapmak yerine maliyeti düşük tutmaya daha çok dikkat eder" ifadesine 19 kişi (%6.6) kesinlikle katılıyorum, 45 kişi (%15.7) katılıyorum, 56 kişi (%19.5) emin değilim, 87 kişi (%30.3) katılmıyorum, 80 kişi (%27.9) kesinlikle katılmıyorum; "Sağlığım ile ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler" ifadesine 70 kişi (%24.4) kesinlikle katılıyorum, 102 kişi (%35.5) katılıyorum, 75 kişi (%26.1) emin değilim, 29 kişi (%10.1) katılmıyorum, 11 kişi (%3.8) kesinlikle katılmıyorum; "Sağlığım benim kadar dikkat eder" ifadesine 70 kişi (%24.4) kesinlikle katılıyorum, 83 kişi (%28.9) katılıyorum, 84 kişi (%29.3) emin değilim, 41 kişi (%14.3) katılmıyorum, 9 kişi (%3.1) Kesinlikle katılmıyorum; "Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır" ifadesine 18 kişi (%6.3) kesinlikle katılıyorum, 27 kişi (%9.4) katılıyorum, 109 kişi (%38) emin değilim, 73 kişi (%25.4) katılmıyorum, 60 kişi (%20.9) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir. Araştırma kapsamındaki bireylere tüm bunları dikkate aldıklarında hekimine olan güvenini yazılı olan rakamlara göre değerlendirmesi istenmiştir. Bireylerden 1-10 aralığında puan vermeleri istenmiştir. Hekimine olan güvenine 4 kişi (% 1.4) 1 puan, 5 kişi (%1.7) 2 puan, 9 kişi (%3.1) 3 puan, 9 kişi (%3.1) 4 puan, 28 kişi (%9.8) 5 puan, 44 kişi (%15.3) 6 puan, 51 kişi (%17.8) 7 puan, 41 kişi (%14.3) 8 puan, 27 kişi (%9.4) 9 puan, 69 kişi (%24) 10 puan verdiği saptanmıştır.

Tablo 10: Aşağıdakilerden Hangisini Hekiminizin Önerilerine Uyarak Gerçekleştirdiniz?

Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak	Sayı	Yüzde (%)	Egzersiz ve spora başlamak	Sayı	Yüzde (%)
Evet	33	11,5	Evet	82	28,6
Hayır	254	88,5	Hayır	205	71,4
Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak	Sayı	Yüzde (%)	Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstermek	Sayı	Yüzde (%)
Evet	31	10,8	Evet	69	24,0
Hayır	256	89,2	Hayır	218	76,0
Aile planlaması yöntemi kullanmak	Sayı	Yüzde (%)	Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek	Sayı	Yüzde (%)
Evet	61	21,3	Evet	71	24,7
Hayır	226	78,7	Hayır	216	75,3
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 10’da aşağıdakilerden hangisini hekiminizin tavsiyesine uyarak gerçekleştirdiniz sorusunun cevapları yer almıştır. Bulgulara göre; 33 kişi (%11.5) sigarayı bırakmaya çalıştığını/bıraktığını, 31 kişi (%10.8) alkolü bırakmaya çalıştığını/bıraktığını, 61 kişi (21.3) aile planlaması yöntemi kullandığını, 71 kişi (%24.7) beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini, 82 kişi (%28.6) egzersiz ve spora başladığını, 69 kişi (% 24) kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen gösterdiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 11: Hekiminiz Bir Sağlık Sorununuz Nedeni İle Size Farklı Bir Hekim Önerdi İse Aşağıdaki Maddeleri Değerlendiriniz.

Hekiminiz size sağlık sorununuz için farklı bir hekimi önerdi mi ?	Sayı	Yüzde (%)	Hekiminiz sizin diğer hekimlerden aldığınız hizmet hakkında bilgi sahibi mi?	Sayı	Yüzde (%)
Evet	107	37,3	Evet	103	35,9
Hayır	180	62,7	Hayır	114	39,7
			Emin değilim	70	24,4
Gideceğiniz uzman hekimi seçmenize yardımcı	Sayı	Yüzde (%)	Uzman hekimden gerekli randevuyu almanıza yardımcı	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	17	5,9	Çok kötü	18	6,3
Kötü	75	26,1	Kötü	114	39,7
Orta	107	37,3	Orta	43	15,0
İyi	50	17,4	İyi	88	30,7
Çok iyi	26	9,1	Çok iyi	16	5,6
Mükemmel	12	4,2	Mükemmel	8	2,8
Başka bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken hekiminizin ilgisi	Sayı	Yüzde (%)	Diğer hekimlerin size söylediklerini anlayabilmeniz konusunda yardımcı	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	15	5,2	Çok kötü	14	4,9
Kötü	113	39,4	Kötü	93	32,4
Orta	57	19,9	Orta	54	18,8
İyi	82	28,6	İyi	99	34,5
Çok iyi	13	4,5	Çok iyi	21	7,3
Mükemmel	7	2,4	Mükemmel	6	2,1
Hekiminizin sizi gören diğer hekimlerle olan iletişimi	Sayı	Yüzde (%)	Sizi önerdiği diğer hekimlerin kalitesi	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	18	6,3	Çok kötü	7	2,4
Kötü	106	36,9	Kötü	57	19,9
Orta	48	16,7	Orta	68	23,7
İyi	77	26,8	İyi	110	38,3
Çok iyi	32	11,1	Çok iyi	34	11,8
Mükemmel	6	2,1	Mükemmel	11	4,2
Toplam	287	100	Toplam	287	100

Tablo 11’de aile hekiminin özel bir sağlık sorunu yaşandığında başka bir hekimi önermiş olması durumunda bu sürecin takibine ilişkin sorulara verilen cevaplar yer almaktadır. Bireyin diğer hekim veya ebe/hemşire den aldığı hizmet hakkında 103 kişi (%35.9) hekiminin bilgi sahibi olduğunu ve bireyin hekiminin gideceği uzman hekimi seçmesine yardımcı etmesi çoğunlukla (%37, 3) orta, uzman hekimden gerekli randevuyu almasına yardımcı etmesi çoğunlukla (%39.7) kötü, bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisini çoğunlukla (%39.4) kötü, düzenli hekiminin bireyi gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi çoğunlukla (% 36.9) kötü, diğer pratisyen veya uzman hekimlerin bireye söylediklerini anlayabilmesi konusunda yardımını çoğunlukla (%34.5) iyi ve hekimin önerdiği diğer hekim ve uzmanların kalitesini çoğunlukla (%38.3) iyi olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 12: Hekimin Bireyin Genel Sağlık Durumu ve Sosyal Yaşamı Hakkındaki Bilgisi

Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi	Sayı	Yüzde (%)	Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	24	8,4	Çok kötü	24	8,4
Kötü	54	18,8	Kötü	52	18,1
Orta	100	34,8	Orta	84	29,3
İyi	72	25,1	İyi	81	28,2
Çok iyi	23	8,0	Çok iyi	31	10,8
Mükemmel	14	4,9	Mükemmel	15	5,2
Evde ve işyerindeki sorumluluklarınızla ilgili bilgisi	Sayı	Yüzde (%)	Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi	Sayı	Yüzde (%)
Çok kötü	29	10,1	Çok kötü	22	7,6
Kötü	72	25,1	Kötü	53	18,5
Orta	98	34,1	Orta	81	28,2
İyi	59	20,6	İyi	84	29,3
Çok iyi	17	5,9	Çok iyi	27	9,4
Mükemmel	12	4,2	Mükemmel	21	7,3
Toplam	286	100	Toplam	286	100

Tablo 12’de hekimin bireyin genel sağlık durumu ve sosyal yaşamı hakkındaki bilgisine ilişkin cevaplar yer almaktadır. Hekimin bireyin tıbbi özgeçmişiyile ilgili bilgisi incelendiğinde %34.8 oranında, evde ve işyerindeki sorumluluklarıyla ilgili bilgisi %34.1 oranında, sağlıklarıyla ilgili onları en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi %29.3 oranında orta olarak değerlendirilirken, kişi olarak inanç ve değerleriyle ilgili bilgisi %29.3 oranında iyi olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 13: Hekimden Genel Olarak Memnuniyet Düzeyinizi Belirtiniz

Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?	Sayı	Yüzde (%)
Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı	39	13,6
Çok memnunum	107	37,3
Biraz memnunum	70	24,4
Ne memnunum ne de değilim	51	17,8
Biraz memnunum	10	3,5
Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı	10	3,5
Toplam	287	100

Tablo 13’de görüldüğü gibi bunların hepsini dikkate aldığınızda hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna katılımcılardan 39 kişi (%13.6) fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı, 107 kişi (%37.3) çok memnunum, 70 kişi (% 24.4) biraz memnunum, 51 kişi (%17.8) ne memnunum ne de değilim, 10 kişi (%3.5) biraz memnunum ve 10 kişi (%3.5) tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı cevabını vermiştir.

5. Sonuç

Konya’daki aile hekimliği merkezlerinde sunulan sağlık hizmetlerinin yapısal ve işleyiş özelliklerinin Birinci Basamak Değerlendirme ölçeği kullanılarak değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen bilgileri şu şekilde özetleyebiliriz:

- Araştırma kapsamında 287 kişi incelenmiş olup, bu kişilerin 194’ü (67,6) bayan ve 93’ü (%32,4) erkeklerden oluşmaktadır. Bu kişilerin tamamının düzenli olarak hizmet aldığı bir aile hekimi bulunmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu hekimlerin sorunlarının bazılarını (%41,8) çözüm bulunduğunu belirtmiştir.
- Hekimin muayenehanesine ulaşım süresi açısından incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğu (%59,2) 15 dakikadan az bir sürede muayenehaneye ulaşabildiklerini ve bu ulaşma süresini iyi (%42,2) bulduklarını belirtmiş ve hekimlerinin hafta sonlarında da çalışmalarının (%38,3) iyi olacağını ifade etmişlerdir. Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç hekime gitmeyi ertelediniz mi? sorusuna katılımcıların %39,7’si hayır cevabını verirken, %34,1’ zaten para ödemediğini belirtmiştir. Ancak bu soruya evet cevabı verenlerin oranı ise %31,1 olarak gerçekleşmiştir. Aynı şekilde pahalı olduğu için ilaçlarını alamadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu sorusuna evet cevabı verenlerin oranı %35,2’dir. Hekime telefonla ulaşma ve telefonda öneri alabilme konusunda verilen cevapların genel olarak olumsuz boyutta olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular **ulaşılabilirlik** açısından sistemin olumlu olarak değerlendirildiğini göstermektedir

- Hastalandığında veya kontrol olmak istediğinde hekiminize muayene olabiliyor musunuz? sorusuna her zaman, hemen her zaman ve çoğu zaman cevabını verenlerin oranı % 83 olarak ve bu durumu iyi, çok iyi ve mükemmel olarak değerlendirenlerin oranı ise %72 olarak gerçekleşmiştir. Sonuçlar katılımcıların **süreklilik** alt boyutu açısından sistemi olumlu bulduklarını ortaya koymaktadır.
- Hekimin mesleki bilgisi ve yeterliliğine ilişkin cevaplar incelendiğinde iyi, çok iyi ve mükemmel cevabın verenlerin oranının genel olarak %65-%90 aralığında olduğu görülmüştür. Hekimlerinin tavsiyelerine uyan katılımcılardan %11,5'inin sigarayı, %10,8'inin alkolü bıraktığı veya bırakmaya çalıştığı, %28,6'sının egzersiz veya spora başladığı, %24'ünün kişisel temizliğe daha fazla özen gösterdiği, %24,7 sinin beslenme alışkanlıklarını değiştirdiği ve %21,3'ünün aile planlaması yöntemi kullanmaya başladığı belirlenmiştir. Hekimlerin risk faktörleri (sigara, alkol, beslenme, aile planlaması, kişisel hijyen) konusunda katılımcılar ile genel olarak konuşmadıkları ve bu konularda konuşanların oranlarının %25-%40 aralığında olduğu anlaşılmıştır. Elde edilen sonuçlar sunulan hizmetin **kapsayıcılık** açısından olumlu değerlendirildiğini göstermektedir.
- Hekimleri hastalarına karşı **kişisel yaklaşımını** genellikle olumlu olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir.
- Katılımcıların hekime olan **güven** sorularına genel olarak olumlu puan verdikleri görülmüştür.
- Önemli bir sağlık sorunu nedeni ile başka bir hekim önerilmesi durumunda bu uzman hekimi seçmeye yardım etme oranını çok kötü, kötü ve orta olarak tanımlayanların oranı %69, uzman hekimden randevu alma durumunu çok kötü, kötü ve orta olarak değerlendirenlerin oranı %61, başka bir hastaneye yatırıldığında hekimin ilgisini olumsuz olarak değerlendirenlerin oranı %65 olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular aile hekimlerinin **eşgüdüm** konusunda olumsuz şekilde değerlendirildiğini göstermektedir.
- Tüm soruları dikkate aldığınızda hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna katılımcılardan 39 kişi (%13.6) fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı, 107 kişi (%37.3) çok memnunum, 70 kişi (% 24.4) biraz memnunum, 51 kişi (%17.8) ne memnunum ne de değilim, 10 kişi (%3.5) biraz memnunum ve 10 kişi (%3.5) tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı cevabını vermiştir. Bu sonuçlar katılımcıların aldıkları hizmetten genel olarak **memnun** olduğunu ortaya koymaktadır.

Kaynakça

1. ALGIN K, ŞAHİN İ., TOP M (2004) Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları Ve Çözüm Önerileri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:3 (2004) ss.249-275*
2. GÖRPELOĞLU S. VE TÜZER T.T. (1998) Tıp Fakültesi Öğretim Elemanlarının Aile Hekimliğine Yaklaşımları. *Aile Hekimliği Dergisi* 1(2).
3. GÖRPELİOĞLU S. ve ark. (2002) Sağlık Reformu ve Aile Doktorluğu: Edirne Raporu. Trakya Üniversitesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne (<http://aile.trakya.edu.tr/belgeler/rapor.doc> - Erişim tarihi: 10.01.2004).
4. LAĞARLI T., ESER E., AKDENİZ M., vd. (2011) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) İle Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011;9(1)
5. LAĞARLI T. ve ark. (2007) Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (PCAS; Primary Care Assessment Survey) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerine Ayaktan Tanı Tedavi İçin Başvuranlardaki Psikometrik Özellikleri. Yayınlanmamış makale, 6. Saykad Kongresi 2007.
6. MUŞTU F. (2009) Türkiye’de Aile Hekimliği Alanında Yapılan Yayınların Kalitatif Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2009.
7. SAFRAN DG, KOSINSKI M, TARLOV AR. (1998) The Primary Care Assessment Survey Tests of Data Quality and Measurement Performance Medical Care, 1998;36(5):728-739.
8. SAĞLIK BAKANLIĞI (2004) Aile Hekimliği Türkiye Modeli. 1.Baskı. Ankara. Mavi Ofset Yayınları, 2004:35-40.
9. SAĞLIK BAKANLIĞI (2013) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Erişim20.03.2013, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/ailehekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>
10. WONCA (2002) The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe Office Publication; 2002.

HASTA YATIŞ SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ AÇISINDAN BİR DEĞERLENDİRME

Rukiye NUMANOĞLU TEKİN*

Kemal İLTER**

Fikriye YILMAZ***

Simten MALHAN****

Korkut ERSOY*****

ÖZET

Birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösteren hasta yatış süresi, hastane verimliliğinin ölçümünde, hasta sayısını maksimize etmede kullanılan önemli bir göstergedir ve bireyler, kurumlar ve devlet için önemli maliyetler yaratmaktadır. Hasta yatış sürelerinin incelenerek modellenmesi, sağlık hizmetleri yönetiminde hastane ve kaynakların yönetimi, planlama ve sağlık hizmetleri performansı açısından büyük öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, hasta yatış süresini etkileyen faktörlerin belirlenerek Türk Sağlık Sistemi açısından değerlendirilmesidir. Bu amaçla Ocak-Aralık 2010 dönemi arasında Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri dışında SGK ile anlaşması olan toplam 491 hastanede yatarak tedavi görmüş 2.255.836 hasta çalışma kapsamına alınmış ve veriler MEDULA Sistemi'nden elde edilmiştir. İlk aşamada yatan hastaların demografik özelliklerine, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarına ve yatış yapılan hastanelerin özelliklerine ilişkin tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sonraki aşamada hasta yatış süresi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için ikili gruptan oluşan değişkenler için Bağımsız İki Örnek T-Testi, ikiden fazla gruptan oluşan değişkenler için ise Gruplar Arası Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Hasta yatış süresini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ise Çok Değişkenli Lojistik Regresyon yöntemi kullanılmıştır. Çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi sonucunda bir kategori haricinde (Mülkiyet: Üniversite Hastanesi) elde edilen tüm katsayı ve OR değerlerinin anlamlı olduğu görülmüştür. 2 gün ve altı yatış süresine sahip olan hastalar 2 günden fazla yatış süresine sahip olan hastalara göre; cinsiyet, eşlik eden hastalık olup olmama durumu ve hastanenin bulunduğu coğrafik bölge açısından negatif yönde, yaş, hastane yatak kapasitesi, hastane mülkiyet durumu, yatış yapılan mevsim, hastane hizmet türü ve hastane yerleşim yeri açısından pozitif yönde etkilenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta yatış süresi, Türk Sağlık Sistemi, Çok Değişkenli Lojistik Regresyon.

* Öğr.Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, rukiyeumanoglu@hotmail.com

** Yrd.Doç.Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yönetim Bilgi Sistemleri, kitler@gmail.com

*** Öğr.Gör.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

**** Prof.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, bmalhan@baskent.edu.tr

***** Prof.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, korkut@baskent.edu.tr

FACTORS AFFECTED THE LENGTH OF STAY: AN EVALUATION IN TERMS OF TURKISH HEALTH SYSTEM

ABSTRACT

Length of stay which varies according to various factors is an important indicator used in measurement of hospital efficiency, maximizing the number of patients and creates important costs for individuals, institutions and the state. Analysis and modeling of length of stay is very important in the sense of management of hospital and resources in health services management, planning and performance of health services. The aim of this study is to determine factors effecting length of stay and evaluate in the sense of Turkish Health System. 2.255.836 patients who were hospitalized in Turkey between January-December 2010 in 491 hospitals apart from hospitals of Ministry of Health which have agreement with SSI were included within the scope of study. Patients data used in the study was obtained from MEDULA System. In the first stage, descriptive analyses were made about demographic features of patients, the status of utilization from health services and the characteristics of hospitals. In the further stage, in order to put forward the relation between length of stay and independent variables; Independent Samples T-Test was analyzed for variables composed of two groups, One-Way ANOVA was applied for variables composed of more than two groups. In determination of factors affecting length of stay, Multinomial Logistic Regression method was used. It was observed that all co-efficient and OR values were significant except for one category (Ownership: University Hospital) obtained as a result of multinomial logistic regression method. Compared to patients who are hospitalized more than 2 days; patients who are hospitalized for 2 days and below are influenced negatively in the sense of gender, presence of comorbidity and geographic region of hospital; influenced positively in the sense of age, hospital bed capacity, hospital ownership status, season of hospitalization, type of hospital service and hospital settlement place.

Key Words: *Length of Stay, Turkish Health System, Multinomial Logistic Regression.*

1.Giriş

Ortalama yaşam süresindeki artış, hastalık yapılarındaki değişiklikler, teknolojik gelişmeler ile sağlık hizmetine olan talebin artmasıyla birlikte birçok ülkede sağlık hizmetlerinin maliyetleri yükselmekte ve bunun sonucunda elde bulunan kıt kaynakların daha verimli kullanılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, diğer sağlık hizmetlerine göre daha fazla maliyet gerektiren hizmetlerdir ve bu maliyetin önemli bir kısmı hasta yatış süresinden kaynaklanmaktadır.

Hasta yatış süresi hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen gün sayısını ifade etmektedir. Birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösteren hasta yatış süresi, hastane verimliliğinin ölçümünde, hasta sayısını maksimize etmede kullanılan önemli bir göstergedir (Kjekshus, 2005) ve bireyler, kurumlar ve devlet için önemli maliyetler

yaratmaktadır. Hasta yatış sürelerinin incelenerek modellenmesi, sağlık hizmetleri yönetiminde hastane ve kaynakların yönetimi, planlama ve sağlık hizmetleri performansı açısından büyük öneme sahiptir. Dünyada uygulanmakta olan birçok sağlık sistemi için, hasta yatış sürelerinin kısaltılması bazı yazarların vurguladığı gibi (Clarke ve Rosen, 2001) politik bir amaç olarak ele alınmaktadır. Bu doğrultuda hasta yatış süresine etki eden hasta ve hastane ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi gereklidir. Hasta yatış süresini etkileyen faktörler üzerinde çalışmalar yapılarak ve uygun politikalar oluşturularak sağlık hizmetleri yönetiminin geliştirilmesi ve kaynakların daha verimli kullanılması mümkün olmaktadır (Yau ve Lee, 2003).

Türkiyedeki hasta yatış sürelerine bakıldığında zaman, 1995 yılından itibaren düşen bir eğilim gösterdiğini söylemek mümkündür. 1995 yılında Türkiye’de ortalama yatış süresi 5,7 iken, 2009 yılına gelindiğinde ortalama yatış süresi 4,2 güne düşmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Türkiye sahip olduğu bu ortalama ile OECD ülkelerine göre daha kısa bir ortalama yatış süresine sahiptir. OECD ülkeleri arasında 2008 yılı verileri dikkate alındığında Japonya 18,8 gün ile en yüksek ortalama yatış süresine, Meksika ise 3,9 gün ile en düşük ortalama yatış süresine sahip ülkedir (OECD, 2009).

2. Yöntem

2.1 Araştırmanın Amacı

Hasta yatış süresi Türkiye’de düşen bir eğilim gösteriyor olmasına rağmen, gerek maliyetler gerekse tedavi edici sağlık hizmetlerinin gelişimi açısından hak ettiği önemi akademik çalışmalarda ve kurumsal uygulamalarda görememektedir. Literatüre bakıldığında, hasta yatış süreleri ile ilgili Türkiye’de yeterli sayıda ve kapsamda çalışma yapılmadığını söylemek mümkündür. Bu çalışmanın amacı, hasta yatış süresini etkileyen faktörlerin belirlenerek Türk Sağlık Sistemi açısından değerlendirilmesidir.

2.1 Evren ve Örneklem

Ocak-Aralık 2010 dönemi arasında Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri dışında SGK ile anlaşması olan toplam 491 hastanede yatarak tedavi görmüş 2.255.836 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmada kullanılan hasta verileri T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nun sağlık hizmetleri sunucularından fatura bilgilerini elektronik olarak toplamak ve hizmetlerin ödemesini gerçekleştirmek üzere oluşturduğu MEDULA Sistemi’nden elde edilmiştir.

2.2 Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Hasta yatış süresini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada hasta yatış süresi bağımlı değişken, aşağıda iki başlık altında sıralanan faktörler de bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir. Hasta ile ilgili faktörler; yaş, cinsiyet, ICD-10 Kodu’na göre hastalık sınıfı, hasta yatış türü (Medikal Tedavi/Cerrahi Tedavi Hastası), eşlik eden hastalık olup olmama durumu, hastaya uygulanan ameliyat türü, hastaya uygulanan ameliyat sayısı ve hastanın yatış yaptığı mevsim değişkenleridir. Sağlık hizmeti sunucuları ile ilgili

faktörler ise; mülkiyet durumu, yatak kapasitesi, coğrafik bölge, yerleşim yeri (kır-kent) ve hizmet türü değişkenleridir.

İlk aşamada yatan hastaların demografik özelliklerine, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarına ve yatış yapılan hastanelerin özelliklerine ilişkin tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sonraki aşamada hasta yatış süresi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için ikili gruplardan oluşan değişkenler için Bağımsız İki Örnek T-Testi, ikiden fazla gruptan oluşan değişkenler için ise Gruplar Arası Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır.

Hasta yatış süresini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde bağımlı değişkenin ikili, üçlü veya çoklu değerler aldığı, bağımsız değişkenlerle sebep-sonuç ilişkisini inceleyen Lojistik Regresyon yönteminin kullanılmasına karar verilmiştir. Lojistik regresyon yöntemlerinden veri setine uygun olması nedeniyle hasta yatış süresini etkileyen değişkenlerin etki derecesini ölçmek amacıyla Çok Değişkenli (Multinomial) Lojistik Regresyon yöntemi kullanılmıştır. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinin uygulanabilmesi için veride yapılan düzenlemenin ardından, Bağımsız İki Örnek T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda anlamlı çıkan değişkenlerin modele dahil edilmesine karar verilmiş, ancak modele dahil edilen tüm bağımsız değişkenlerin modele uygun olup olmayacağını belirlemek amacıyla geriye doğru adımsal eleme yöntemi kullanılmıştır. Lojistik regresyon modeline tüm değişkenler dahil edilmiş, her bir değişken için de alt kategorilerden en büyük kod değerine sahip olanı, o grubun referans kategorisi olarak atanmıştır. Bağımlı değişken olan hasta yatış süresi medyan değeri göz önüne alınarak (Medyan=2) sınıflandırılmış (*2 gün ve altı = 1, 2 günden fazla = 2*), “2 günden fazla” yatış süresine sahip olan hastalar referans gösterilerek “2 gün ve altı” yatış süresine sahip olan hastaların aldıkları değerler ona göre belirlenmiştir. Çalışmada yer alan tüm değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon modeline dahil edilmiş, geriye dönük adımsal eleme yöntemiyle 1. adımda $p < 0,05$ olarak belirlenen anlamlılık düzeyi doğrultusunda bağımlı değişkene en az etkisi bulunan değişkenin “hasta yatış türü” değişkeni olduğu belirlenerek modelden çıkarılmış, “hasta yatış türü” değişkeni ile ilişkili olan “hastaya uygulanan ameliyat sayısı” değişkeninin de modelden çıkarılması gerektiğine karar verilmiştir. Geriye doğru adımsal eleme yönteminin 2. adımında modelde yer alacak değişken kümesine ulaşılmıştır. Bu kümede yer alan değişkenler şunlardır: Yaş, cinsiyet, hastane yatak kapasitesi, mülkiyet durumu, hizmet türü, yatış yapılan mevsim, hastanenin bulunduğu coğrafik bölge ve yerleşim yeri, eşlik eden hastalık olup olmama durumu.

3. Bulgular

Çalışmada Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri dışında SGK ile anlaşması olan tüm hastanelerde yatarak tedavi görmüş 2.255.836 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Yatan hastaların ortalama yatış süresi 3,93 gün olarak belirlenmiştir (SD= 5,882; Range=1-282). Yatan hastaların çoğunluğu kadın hastalardır (%58). Hastaların yaşları 0 ile 112 arasında dağılım göstermektedir ve yaş ortalaması 40,58 yıldır (SD= 23,711) ve hastaların % 19,4'ü 65 yaş ve üzerinde bulunmaktadır.

Erkek hastaların ortalama yatış süresi (4,25 ± 6,385) kadın hastalara (3,70 ± 5,478) oranla daha yüksektir (p<0,05). 0-4 yaş grubu ile 45 yaş üstü yaş gruplarında hasta yatış süresinin daha yüksek olduğu, en yüksek ortalama yatış günü 5,89 ile 85 yaş ve üstü grupta olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Hastaların % 12,2'si Dolaşım Sistemi Hastalıkları, diğer bir %12,2'si Solunum Sistemi Hastalıkları ile % 11,6'sı Gebelik, Doğum ve Lohusalık tanıları ile yatış yapmıştır. Mental ve Davranışsal Bozukluklar tanısı alan hastaların ortalama yatış süresi 8,62 gün ile en yüksek ortalamaya sahipken onu ortalama 6,50 gün ile Neoplazmlar tanısı alan hastalar ve 6,40 gün ile Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar izlemektedir.

Yatan hastaların % 52,3'ünün eşlik eden hastalığı bulunmaktadır ve hastaların %52,6'sı cerrahi hastasıdır. Tedavi hastalarının ortalama yatış süreleri (4,20±6,20) cerrahi hastalara (3,69±5,56) oranla; eşlik eden hastalığı bulunan hastaların ortalama yatış süresi (4,61 ± 6,824) eşlik eden hastalığı bulunmayan hastalara (3,19 ± 4,521) oranla daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Hastaların % 80,7'si yalnızca bir operasyon geçirmiş, toplamda 1.473.667 ameliyat gerçekleştirilmiştir ve bu ameliyatların % 34,6'sı C grubu (Büyük Ameliyatlar ve Girişimler) % 23,6'sı E grubu (Küçük Ameliyatlar ve Girişimler), % 19,5'i B grubu (Özel Ameliyatlar ve Girişimler), geri kalan % 22,3'lük kısım ise A grubu (Özellikli Ameliyatlar ve Girişimler), D grubu (Orta Ameliyatlar ve Girişimler) ve Diğer ameliyatlardır. En yüksek yatış oranı % 31,1 ile İlkbahar döneminde, en düşük yatış oranı % 14,1 ile Sonbahar döneminde gerçekleşmiştir. Mevsimlere göre en yüksek ortalama yatış süresinin 4,30 gün ile kış ve 4,14 gün ile ilkbahar mevsiminde olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Uygulanan ameliyat türlerine göre ortalama yatış süresi hem Türk Tabipler Birliği (TBB) tarafından yapılan ameliyat sınıflandırması hem de açık-laparoskopik ameliyat türleri doğrultusunda incelenmiş, TTB tarafından yapılan ameliyat sınıflandırması doğrultusunda en yüksek ortalama yatış süresinin 8,06 gün ile Özellikli Ameliyatlar ve Girişimler olan A Grubu Ameliyat uygulanan hastalarda olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Appendektomi, İngunial Herni Onarımı, Kolesistektomi ve Nefrektomi operasyonlarını geçiren hastalarda; açık ameliyat uygulanan hastaların ortalama yatış süresi (3,05± 2,452) laparoskopik ameliyat uygulanan hastalara (2,79 ± 1,821) oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Araştırma kapsamına alınan hastalar 491 hastanede yatarak tedavi görmüştür. Yatan hastaların % 66,5'i özel hastanede, % 28,2'si üniversite hastanesinde, % 4,8'i vakıf üniversite hastanesinde yatarak tedavi görmüştür. Sağlık Bakanlığı verilerinden araştırma kapsamına

alınan 491 hastaneden 430 hastanenin yatak kapasitesi bilgilerine ulaşılmıştır. Yatan hastaların % 38,6'sı 50 ve altı, % 21,6'sı 601 ve üstü, % 15,5'i 51-100 arası, % 12,6'sı 101-200 arası, % 6,9'u 201-400 arası ve % 4,7'si 401-600 arası yatak kapasitesine sahip hastanelerde yatış yapmışlardır. Yatan hastaların % 28,7'si Marmara, % 15,6'sı İç Anadolu, % 15,6'sı Akdeniz, % 11,8'i Güneydoğu Anadolu, % 10,1'i Ege, %9,4'ü Karadeniz ve % 8,9'u Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunmaktadır. Hastaların % 89,7'si kentsel alanda faaliyet gösteren hastanelerde ve % 97,3'ü genel hastanede yatış yapmışlardır.

Hastaların ortalama yatış süreleri yatış yaptıkları hastanenin mülkiyetine, yatak kapasitesine ve faaliyet gösterdiği bölgeye, yerleşim yerine ve hizmet türüne göre farklılık göstermektedir. Hastanelerin mülkiyet türüne göre ortalama yatış süresine bakıldığında zaman en yüksek ortalama yatış süresi 7,55 ile Yabancı/Azınlık Hastaneleri ve 6,98 ile Üniversite Hastaneleri'nde olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastanelerin yatak kapasitelerine göre en yüksek ortalama yatış gününün 7,34 ile 601 ve üzeri ve 6,99 ile 401-600 arası yatak kapasitesine sahip hastanelerde olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bölgelere göre en yüksek ortalama yatış günü 5,04 ile Ege Bölgesi'nde faaliyet gösteren hastanelerde yatış yapan hastalara aittir ($p<0,05$). Kentsel alanda faaliyet gösteren hastanelerde yatan hastaların ortalama yatış süresi ($4,03 \pm 6,068$) kırsal alanda yatan hastalara ($3,11 \pm 3,800$) oranla daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Genel hastanede yatan hastaların ortalama yatış süresinin ($3,94 \pm 5,904$) özel dal hastanelerinde yatan hastalara ($3,60 \pm 5,014$) oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hasta yatış süresi ile hastaların demografik özellikleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ile yatış yapılan hastanenin özellikleri arasındaki ilişkiyi modellemek için Çok Değişkenli Lojistik Regresyon (Multinomial Lojistik Regresyon) tekniği kullanılmıştır. Kurulan modelin uygunluğunun test edilmesi ve verideki değişkenliği açıklamak için ki-kare ve sözde R^2 modele uygunluk testleri kullanılmıştır. Nagelkerke testi sonuçlarına göre modele alınan bağımsız değişkenler bağımlı değişken olan hasta yatış süresindeki değişimin yaklaşık % 26'sını açıklamaktadır. Adımsal sınıflama sonucunda değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığı (overall percentage) % 71,1 olarak belirlenmiştir.

Çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi sonucunda bir kategori haricinde (Mülkiyet: Üniversite Hastanesi) elde edilen tüm katsayı ve OR değerlerinin anlamlı olduğu görülmüştür. 2 gün ve altı yatış süresine sahip olan hastalar 2 günden fazla yatış süresine sahip olan hastalara göre; cinsiyet, eşlik eden hastalık olup olmama durumu ve hastanenin bulunduğu coğrafik bölge açısından negatif yönde, yaş, hastane yatak kapasitesi, hastane mülkiyet durumu, yatış yapılan mevsim, hastane hizmet türü ve hastane yerleşim yeri açısından pozitif yönde etkilenmektedir.

Tüm tanı gruplarında 2 günden fazla yatış süresine sahip olan hastaların genel özellikleri:

- Cinsiyeti kadın olanlar
- 65 yaş üstü grupta yer alanlar

- Eşlik eden hastalığı olanlar
- İç Anadolu, Marmara, Ege, Akdeniz, Karadeniz ve Doğu Anadolu bölgelerinde faaliyet gösteren hastanelerde yatış yapan hastalar
- Hastane yatak kapasitesinin 300'den fazla olduğu hastanelerde yatış yapan hastalar
- Hastane mülkiyet durumu diğer (belediye, dernek, yabancı ve azınlık) olan hastanelerde yatış yapan hastalar
- Kış mevsiminde yatış yapan hastalar
- Özel dal hastanesinde yatan hastalar
- Kırsal yerleşim yerinde bulunan hastanelerde yatan hastalar

Yapılan Çok Değişkenli Lojistik Regresyon analizi ile hasta yatış süresi aşağıda yer alan şekilde modellenmiştir:

$$\text{LOS} = -1,047 - 0,80 C_1 + 0,469 Y_1 + 0,679 Y_2 + 0,876 YK_1 + 0,471 YK_2 + 1,002 M_2 + 0,340 M_3 + 0,061 MD_1 + 0,128 MD_2 + 0,160 MD_3 + 0,330 HT_1 - 0,617 EH_1 - 0,613 CB_1 - 0,532 CB_2 - 0,525 CB_3 - 0,640 CB_4 - 0,996 CB_5 - 0,213 CB_6 + 0,137 YY_1$$

- Cinsiyet (C_1 = Kadın)
- Yaş (Y_1 = 0-14 yaş, Y_2 = 15-64 yaş)
- Yatak Kapasitesi (YK_1 = 100 ve altı, YK_2 = 101 – 300 arası)
- Hastane Mülkiyet Durumu (M_2 = Özel Hastane, M_3 = Vakıf Üniversite Hastanesi)
- Hastaneye Yatılan Mevsimsel Dönem (MD_1 = İlkbahar, MD_2 = Yaz, MD_3 = Sonbahar)
- Hizmet Türü (HT_1 = Genel Hastane)
- Eşlik Eden Hastalık Olup Olmama Durumu (EH_1 = Eşlik Eden Hastalık Var)
- Hastanenin Faaliyet Gösterdiği Coğrafik Bölge (CB_1 = İç Anadolu, CB_2 = Marmara, CB_3 = Ege, CB_4 = Akdeniz, CB_5 = Karadeniz, CB_6 = Doğu Anadolu)
- Hastane Yerleşim Yeri (YY_1 = Kent)

4. Tartışma

Çalışmada T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu MEDULA Sistemi'nden elde edilen Ocak – Aralık 2010 dönemi arasında Sağlık Bakanlığı hastaneleri dışında SGK ile anlaşması olan tüm hastanelerde yatarak tedavi görmüş 2.255.836 hasta verileri üzerinden hasta yatış süreleri belirlenmiş ve hasta yatış sürelerini etkileyen faktörler açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışmada kullanılan tüm bağımsız değişkenlere göre (yaş, cinsiyet, hastalık türü, hasta yatış türü, eşlik eden hastalık olup olmama durumu, uygulanan ameliyat türü ve ameliyat sayısı, yatış yapılan mevsim, hastane mülkiyet durumu/yatak kapasitesi/yerleşim yeri/hizmet türü, hastanenin faaliyet gösterdiği coğrafik bölge) ortalama hasta yatış süresinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre hasta yatış süresinin cinsiyet, eşlik eden hastalık olup olmama durumu ve hastanenin bulunduğu coğrafik bölge açısından negatif, yaş, yatış yapılan mevsim, hastane yatak kapasitesi/mülkiyet durumu/hizmet türü/yerleşim yeri açısından pozitif yönde etkilendiği tespit edilmiştir.

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, çalışma sonuçlarına benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar olduğu da belirlenmiştir.

Çalışmada yaş değişkeninin hasta yatış süresi üzerinde artırıcı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığı zaman hastanın yaşının hasta yatış süresini önemli ölçüde etkilediği görülmektedir (McAleese ve Odling-Smee, 1994; Munin, Kwoh ve Glynn, 1995; Schoetz ve diğerleri, 1997; Forrest ve diğerleri, 1998; Kurki ve diğerleri, 2001; Krantz ve diğerleri, 2008; San Roman ve diğerleri, 2009; Downing ve diğerleri, 2009; Crawford ve diğerleri, 2011; Hacker, Schultz ve Helling, 1990). Özellikle 65 yaş ve üstü hastaların diğer hastalara oranla daha uzun yatış süresine sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışma kapsamında Türkiye geneli için cinsiyet ile hasta yatış süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu; erkeklerin ortalama hasta yatış süresinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığı zaman birçok çalışmada hasta yatış süresi ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar bulunurken (Clarke, 1996; Foster, 2000; Somova ve diğerleri, 2000; Chiu ve diğerleri, 2003; Sepehri, Simpson ve Sarma, 2006; Husted, Holm ve Jacobsen, 2008), cinsiyetin hasta yatış süresi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da yer almaktadır (Forrest ve diğerleri, 1998; San Roman ve diğerleri, 2009; Frantz ve diğerleri, 1999; Kenar, 2007).

Tanı sınıflarına göre ortalama yatış sürelerinde farklılık olduğu, en yüksek ortalama yatış süresinin 8,62 gün ile Mental ve Davranışsal Bozukluklar tanı sınıfında yer alan hastalarda olduğu tespit edilmiş ve oluşan bu farklılığın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığı zaman hastalık türleri ile hasta yatış süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koyan birçok çalışma olduğu görülmektedir (Somova ve diğerleri, 2000; Chiu ve diğerleri, 2003; Frantz ve diğerleri, 1999).

Çalışmada eşlik eden hastalığı bulunan hastaların ortalama yatış süresinin eşlik eden hastalığı bulunmayan hastalara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığı zaman bu sonucu destekleyen birçok çalışma olduğu belirlenmiştir (Forrest ve diğerleri, 1998; Krantz ve diğerleri, 2008; Downing ve diğerleri, 2009; Cost ve diğerleri, 2004; Cohen ve diğerleri, 1999; Furlanetto, Silva ve Bueno, 2003; Ghali ve diğerleri, 1999).

Çalışma kapsamında mevsimlere göre ortalama yatış süresine bakıldığı zaman en yüksek ortalama yatış süresinin kış mevsiminde olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yatırılan mevsimsel dönemin hasta yatış süresi üzerinde etkili olduğu literatürde yer alan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Peterson ve diğerleri, 2008; Rodriguez ve diğerleri, 2007).

Hastanelerin mülkiyet türüne göre ortalama yatış süresine bakıldığı zaman en yüksek ortalama yatış süresinin Yabancı/Azınlık Hastaneleri ile Üniversite Hastaneleri'nde olduğu

tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığı zaman ise hastane mülkiyet durumu ile hasta yatış süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Chiu ve diğerleri, 2003; Mawajdeh ve diğerleri, 1997; Cots ve diğerleri, 2004; Hornbrook ve Goldfarb, 1981).

Literatürde, yatak kapasitesi ile hasta yatış süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğunu ortaya koyan birçok çalışma göze çarpmaktadır (Karntz ve diğerleri, 2008; Cots ve diğerleri, 2004; Nawata ve diğerleri, 2009; Hedges ve diğerleri, 1992. Bir başka çalışmada, hastane yatak kapasitesinin artması ile birlikte hasta yatış süresinin de arttığını ortaya koymuştur (Kroneman ve Nagy, 2001). Bu çalışmada da benzer olarak en yüksek ortalama yatış günününün 401 ve üzerinde yatak kapasitesine sahip olan hastanelerde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada Türkiye’de sağlık hizmeti sunucularının faaliyet gösterdiği coğrafik bölge ile hasta yatış süreleri arasında istatistiksel açıdan farklılık olduğu en yüksek ortalama yatış süresinin Ege Bölgesi’nde olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığı zaman, Nawata ve diğerleri (2009) tarafından Japonya’da katarakt ameliyatı olmuş hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hasta yatış sürelerinin farklı bölgelerde bulunan hastanelere göre değiştiği ortaya konulmuştur (Nawata ve diğerleri, 2009).

Hastane yerleşim yerlerine göre ortalama hasta yatış sürelerine bakıldığı zaman, kentsel alanda faaliyet gösteren hastanelerde yatan hastaların ortalama yatış süresi kırsal alanda yatan hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığı zaman çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde yapılan çalışmalarda da, hastane yerleşim yerine göre hasta yatış süresinin farklılaştığı; kentsel alanda faaliyet gösteren hastanelerde ortalama yatış süresinin kırsal alanda faaliyet gösteren hastanelerdeki ortalama yatış süresine oranla daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Kjekshus, 2005; Collopy ve diğerleri, 1991; Xiao ve diğerleri, 1999).

Literatür taraması sonucunda, bu çalışmada kullanılan değişkenlerin yanı sıra hastayla ve sağlık hizmeti sunucularıyla ilişkili birçok faktörün de hasta yatış süresini önemli ölçüde etkilediği tespit edilmiş, ancak bu faktörlerle ilgili verilere ulaşmak mümkün olmamıştır. Sağlık hizmetleri yönetiminde verimliliği sağlayacak daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılabilmesi için hastanelerde tutulan hasta dosyalarının elektronik ortama tam olarak aktarılması ve Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tüm bu bilgilere ulaşılması mümkün olmalıdır.

Hastane yönetimi açısından kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak ve maliyetleri azaltmak için her hastalığa özel klinik protokolleri aracılığı ile yatış süresi standartları geliştirilebilir ve geliştirilen bu standartlar doğrultusunda hastanın sağlığında olumsuz bir etki yaratmadan hasta yatış süresinin kısılması ve bunun sonucunda hastaya verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesinin ve verimliliğinin yükseltilmesi sağlanabilir.

Baker ve diğerleri (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, 8hasta yatış süresi ile taburculuk sonrası meydana gelen ölüm olayları veya hastaneye yeniden başvuru durumu arasında her hangi bir ilişki olmadığı belirlenmiş ve hastanın sağlığında olumsuz bir etki

yaratmadan hasta yatış sürelerinin kısaltılabildiğinin mümkün olduğu ortaya konulmuştur (Baker ve diğerleri, 2004). Ayrıca hastanede uygulanan ameliyatlara ilgili olarak açık ameliyatlara yerine laparoskopik cerrahi uygulamaların özendirilmesi de hasta yatış süresini kısaltabilir.

Özellikle 65 yaş ve üstü hastalarda ortalama hasta yatış süresi diğer gruplara göre önemli ölçüde yüksektir. Bunun nedenlerinin detaylı olarak ortaya konulmasını sağlayacak çalışmalar yapılabilir ve özellikle yaşlı hastalara yönelik olarak verilen ve Türkiye’de kısıtlı olarak sunulan evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılarak hasta yatış sürelerinin kısaltılması sağlanabilir.

Çalışma kapsamında eşlik eden hastalık bulunma durumunun ortalama yatış süresini artırdığı belirlenmiştir. Hastaların eşlik eden hastalıklarına ilişkin çalışmalar detaylı bir şekilde yapılarak, eşlik eden kronik hastalıkların düzenli olarak takip edilmesi ve bu sayede hasta yatış sürelerinin kısaltılması sağlanabilir.

Çalışmada en yüksek ortalama hasta yatış süresi Mental ve Davranışsal Bozukluklar tanısıyla yatan hastalarda ortaya çıkmıştır. Öncelikle Mental ve Davranışsal Bozukluklar yaşayan hastaların topluma geri kazanımını zorlaştıracak gereğinden uzun yatışlardan kaçınılmalı ve bu hastalıklarla ilişkili detaylı çalışmalar yapılarak, yarattığı doğrudan ve dolaylı maliyetler ortaya konulmalıdır. Yapılacak bu çalışmalar ile Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesi ve yaygınlaştırılması sağlanabilir.

Kaynakça

1. Baker, DW, Einstadter, D, Hwak, SS, Cebul, RD (2004) Trends in Postdischarge Mortality and Readmission. Has Length of Stay Declined too far? *Internal Medicine*, 164(5): 538-544.
2. Chiu HC, Lee LJ, Hsieh HM, Mau LW (2003) Inappropriate Hospital Utilization For Long-Stay Patients in Southern Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19(5): 225-232
3. Clarke A (1996) Why are We Trying to Reduce Length of Stay? Evaluation of The Cost and Benefits of Reducing Time in Hospital must Start from The Objectives that Govern The Change. *Quality in Health Care*, 5: 172-179
4. Clarke A, Rosen R (2001) Length of Stay. How Short Should Hospital Care be? *European Journal of Public Health*, 11(2): 166-170
5. Cohen YC, Rubin HR, Freedman L, Mozes B (1999) Use of a Clustered Model to Identify Factors Affecting Hospital Length of Stay. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52: 1031-1036
6. Collopy BT, Cade RJ, Cocks JR, Davis CA (1991) Comparison of Length of Stay After Hernia Repair in Two Victorian Hospitals. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 61(4): 276-279
7. Cots F, Mercade L, Castells X, Salvador X (2004) Relationship Between Hospital Structural Level and Length of Stay Outliers Implications for Hospital Payment Systems. *Health Policy*, 68: 159-168
8. Crawford DA, Scully W, McFadden L, Manoso M (2011) Preoperative Predictors of Length of Hospital Stay and Discharge Disposition Following Primary Total Knee Arthroplasty at a Military Medical Center. *Military Medicine*, 176(3): 304-307
9. Downing A, Lansdown M, West RM, Thomas JD, Lawrence G, Forman D (2009) Changes in and Predictors of Length of Stay in Hospital After Surgery for Breast Cancer Between 1997/98 and 2004/05 in two regions in England: A Population-Based Study. *BMC Health Services Research*, 9(202)
10. Forrest G, Fuchs M, Gutierrez A, Girardy J (1998) Factors Affecting Length of Stay and Need for Rehabilitation After Hip and Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 13(2): 186-190
11. Foster EM (2000) Does the Continuum of Care reduce Inpatient Length of Stay? *Evaluation and Program Planning*, 23: 53-65
12. Frantz TT, Lawrence JC, Somov PG, Somova MJ (1999) Factors in Hospice Patients' Length of Stay. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 16(2): 449-454
13. Furlanetto LM, Silva RV, Bueno JR (2003) The Impact of Psychiatric Comorbidity on Length of Stay of Medical Inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 25: 14-19

- 14.Ghali WA, Hall RE, Ash AS, Moskowitz M (1999) Identifying Pre- and Postoperative Predictors of Cost and Length of Stay for Coronary Artery Bypass Surgery. American Journal of Medical Quality, 14(6): 248-254
- 15.Hacker KA, Schultz CC, Helling TS (1990) Choledochotomy for Calculous Disease in The Elderly. The American Journal of Surgery, 160(6): 610-613
- 16.Hedges JR, Osterud HR, Mullins RJ (1992) Adult Minor Trauma Patients: Good Outcome in Small Hospitals. Annals of Emergency Medicine, 21: 402-406
- 17.Hornbrook MC, Goldfarb MG (1981) Patterns of Obstetrical Care in Hospitals. Medical Care, 19(1): 55-67
- 18.Husted H, Holm G, Jacobsen S (2008) Predictors of Length of Stay and Patient Satisfaction After Hip and Knee Replacement Surgery Fast-track Experience in 712 Patients. Acta Orthopaedica, 79(2): 168-173
- 19.Kenar A (2007) Astım Olgularının Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Yatış Süresi ve Yatış Uygunluğu Yönünden İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara
- 20.Kjekshus LE (2005) Primary Health Care and Hospital Interactions: Effects for Hospital Length of Stay. Scandinavian Journal of Public Health, 33: 114-122
- 21.Krantz MJ, Tanner J, Horwich TB, Yancy C, Albert NM, Hernandez AF, Dai D, Fonarow GC (2008) Influence of Hospital Length of Stay for Heart Failure on Quality of Care. The American Journal of Cardiology, 102: 1693-1697
- 22.Kroneman M, Nagy J (2001) Introducing DRG-based financing in Hungary: A Study into the Relationship Between Supply of Hospital Beds and Use of These Beds Under Changing Institutional Circumstances. Health Policy, 55: 19-36
- 23.Kurki TS, Hakkinen U, Lauharanta J, Ramö J, Leijala M (2001) Evaluation of the Relationship Between Preoperative Risk Scores, Postoperative and Total Length of Stays and Hospital Costs in Coronary Bypass Surgery. European Journal of Cardio-thoracic Surgery, 20: 1183-1187
- 24.Mawajdeh S, Hayajneh Y, Al-Qutob R (1997) The Effect of Type of Hospital and Health Insurance on Hospital Length of Stay in Irbid, North Jordan. Health Policy and Planning, 12(2):166-172
- 25.McAleese P, Odling-Smee W (1994) The Effect of Complications on Length of Stay. Annals of Surgery, 220(6): 740-744
- 26.Munin M, Kwoh K, Glynn N (1995) Predicting discharge outcome after elective hip and knee arthroplasty. Physical Medicine and Rehabilitation, 74:294

- 27.Nawata K, Li M, Ishiguro A, Kawabuchi K (2009) An Analysis of the Length of Hospital Stay for Cataract Patients in Japan Using the Discrete-type Proportional Hazard Model. *Mathematics and Computers in Simulation*, 79: 2889-2896
- 28.OECD (2009) Health at a Glance 2009: OECD Indicators. Fransa
- 29.Peterson MGE, Cioppa-Mosca J, Finerty E, Graziano S, KingS, Sculco TP (2008) Effectiveness of Best Practice Implementation in Reducing Hip Arthroplasty Length of Stay. *The Journal of Arthroplasty*, 23(1): 69-74
- 30.Rodriguez FC, Moron IC, Martinez AD, Rodriguez LL, Lucena FM, Fernandez MT (2007) Appropriateness of Hospital Stays in a Pulmonology Department. *Arch Bronconeumol*, 43(8): 439-444
- 31.San Roman JA, Luquero, FJ, Fuente L, Perez-Rubio A, Tamames S, Fernandez-Aviles F, Castrodeza J (2009) Assessment of Inappropriate Hospital Stays in Cardiology Department. *Revista Espanola de Cardiologia*, 62(2): 211-5
- 32.Schoetz DJ, Bockler M, Rosenblatt MS, Malhotra S, Roberts PL, Murray JJ, Coller JA, Rusin LC (1997). “Ideal” Length of Saty After Colectomy. Whose Ideal? *Dis Colon Rectum*, 40(1): 806-810
- 33.Sepehri A, SimpsonW, Sarma, S (2006) The Influence of Health Insurance on Hospital Admission and Length of Stay – The Case of Vietnam. *Social Science & Medicine*, 63: 1757-1770
- 34.Somova MJ, Somov PG, Lawrence JC, Frantz TT (2000) Factors associated with length of stay in a mid-sized, urban hospice. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2): 99-105
- 35.T.C. Sağlık Bakanlığı (2009) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009. Ankara: Sağlık Bakanlığı
- 36.Xiao J, Lee AH, Vemuri SR (1999) Mixture Distribution Analysis of Length of Hospital Stay for Efficient Funding. *Socio-Economic Planning Sciences*, 33: 39-59
- 37.Yau KKW, Lee AH (2003) Modelling Inpatient Length of Stay by a Hierarchical Mixture Regression via the EM Algorithm. *Mathematical and Computer Modelling*, 37: 365-375

TEDAVİ HİZMETLERİNE ERİŞİM AÇISINDAN ÖZEL HASTANE SEKTÖRÜ

Levent İNCEDERE*

Erdinç ÜNAL**

ÖZET

Özel hastanelerin coğrafi dağılımı halkın sağlık hizmetlerine olan ihtiyacından çok piyasa mekanizmasının motivasyonlarına göre şekillenmektedir. Bir piyasa aktörü olarak özel hastaneler yerleşim yeri seçiminde, gelir düzeyi ve nüfus yoğunluğunca belirlenen talebi esas alır. Dolayısıyla özel hastanelerin coğrafi dağılımında bir eşitsizlik kaçınılmazdır. Bu da sağlık hizmeti sunumunda özel sektör payını büyüten ülkelerde sağlıktaki eşitsizliği arttırmaktadır.

Bu çalışmada özel hastanelerin yerleşim yerlerine göre dağılımı incelenmiştir. 2011 yılı itibariyle Türkiye’de ruhsat almış tüm özel hastanelerin sayısına ve yerleşim bilgilerine ulaşılmıştır. Araştırmada öncelikle özel hastane olan ve olmayan illerin sayıları ve nüfusları belirlenmiştir. Daha ayrıntılı bilgilere ulaşmak için ilçelere göre özel hastane dağılımı da saptanmıştır. Özel hastanelerin hizmet kapsamındaki nüfus açısından yapılan karşılaştırmalar dışında, illerin ekonomik gelişmişlikleri ile özel hastane yerleşimlerinin ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır.

Elde edilen bulgulara göre; il sayısı itibariyle toplam nüfusun % 95’i özel hastane hizmetleri kapsamında iken ilçe sayısı açısından bakıldığında nüfusun ancak % 25’i özel hastane hizmetleri kapsamındadır. Türkiye nüfusunun % 37’sinin yaşadığı ilçe merkezlerinde özel hastane bulunmamaktadır. Bu ilçe merkezleri kırsalıyla birlikte ele alındığında, nüfus % 30’u özel hastanelerin hizmet kapsamı dışında kalmaktadır. Ayrıca özel hastane olmayan illerin ekonomik gelişmişlik seviyesi düşük iller kategorisinde yer aldığı görülmektedir.

Sonuç olarak, özel hastane hizmetleri, mevcut haliyle Türkiye nüfusunun % 30’unu göz ardı etmektedir. Genel olarak nüfusun yoğun olduğu ve gelir düzeyinin yüksek olduğu yerlerde kurulan özel hastanelerin coğrafi dağılımı, tedavi hizmetlerinde özel sektör payını arttıran ülkelerde eşitsizliğin artışı ifade etmektedir.

Anahtar kelimeler: Özel hastane sektörü, özel hastanelerin coğrafi dağılımı, özel sağlık sektörü ve erişimde eşitsizlik

*Doktora Öğrencisi., Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim dalı, lincedere@gmail.com

**Yrd. Doç. Dr. , Okan Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdinc.unal@okan.edu.tr

THE PRIVATE HOSPITAL SECTOR IN TERMS OF ACCESS TO TREATMENT SERVICES

ABSTRACT

Geographical distribution of private hospitals are taking shape according to the market mechanism rather than the need for health service motivation. As a market actor, private hospital's choice of the District, level of income and population density based on designated as demand. Therefore, private hospitals, it is inevitable that a disparity in geographical distribution. It also raised its share of the private sector in health services in countries where increases in health inequality.

In this study, we examined the distribution of private hospitals, according to the settlement. For the year of 2011, all licensed private hospital in Turkey the number and placement of information has been reached. At the research, first of all, the number of private hospitals and non-provincial and populations have been identified. For more detailed information on the distribution of private hospitals also has been identified, according to the County. Private hospitals in terms of population, within the scope of the service comparisons are made, additional provincial economical development is tried to be examined with a relationship of special hospital placement.

According to the findings of the number of provinces, 95% of the total population is under the private hospital services in terms of population, but according to the district number, 25% are within the scope of private hospital services. Turkey 37% of the population living in district center have no private hospitals. This district centres, taken together with the rural population, 30% of the private hospitals are outside of the scope of the service. Also, the level of economic development of districts with non- having private hospital shows low place in the provinces.

As a result, private hospital services, in its current form about 30% of the population of Turkey is ignored. In General, the population is concentrated in areas of high levels of income and established a special geographical distribution of hospitals for treatment services and increase its share of the private sector in countries where inequality refers to the increase.

Key words: *Private Hospital Sector, Geographical distribution of private hospital, private health care sector and inequality at Access*

"Zengin ülkelerdeki sorun, toplumların yeteri kadar zengin olmamasından (ya da çok fazla zengin olmasından) kaynaklanmıyor. Sorun her bir toplumdaki insanlar arasında, yaşamsal nitelikteki özellikler açısından çok büyük farklılıklar bulunmasından kaynaklanıyor" (1).

1. Giriş

Bütün dünyada sağlık alanında yaygınlaşan neoliberal politikalar Türkiye’de özellikle 1990 sonrasında etkili olmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamunun rolü azaltılarak, piyasa unsurlarını teşvik eden ve büyüten bir yeniden yapılandırma süreci yaşama geçirilmektedir Türkiye’de sağlık reformlarının yarattığı asıl dönüşüm hizmetin sunum tarafında meydana gelmiştir. Bu gelişme, piyasa aktörlerinin sağlıkta konumlanmak isteyebileceği başlıca alanın tedavi hizmetleri olacağı beklentisi ile uyumludur (2).

Liberal bir iktisadi sistemde özel hastanelerin coğrafi dağılımı halkın tedavi hizmetlerine olan ihtiyacından çok piyasa mekanizmasının motivasyonlarına göre şekillenir. Piyasa ekonomisinin bir gerçeği olarak özel hastane girişimcileri, hastanelerini kuracakları yerleşim yerini seçerken daha çok talebe göre karar vermektedirler. Dolayısıyla özel hastane hizmetlerinin dağılımında bir eşitsizlik kaçınılmazdır.

Özel hastanelerin coğrafi dağılımdaki eşitsizliğin topluma yansımaları sağlık hizmetlerine erişim açısından önemli bir konudur. Sağlık hizmeti sunumunda özel hastane payını arttıran sistemlerde bu eşitsizlik daha da belirgin hale gelir. Tedavi hizmetlerine erişilebilirlikteki eşitsizlik sağlıktaki eşitsizliğin bir parçasını oluşturur.

Bu çalışmada sağlık hizmetinin arz tarafında özel sektörün en büyük kısmını oluşturan özel hastanelerin yerleşim yerlerine göre dağılımı incelenecektir. Ayrıca tedavi hizmetleri talebinin önemli belirleyicileri olan nüfus ve gelir düzeyine göre özel hastanelerin dağılımı ilişkisi belirlenmeye çalışılacaktır. Böylelikle, tedavi hizmetleri arzındaki payı sürekli artan özel hastanelerin kuruluş yeri seçimlerinin, sağlığa erişimdeki etkisi ortaya konacaktır.

1.1. Tedavi Hizmetleri

“Hasta olmak” yarattığı bireysel, toplumsal ve çevresel etkiler nedeniyle toplumların sağlık ve refah düzeyini etkileyen önemli bir sosyal olgudur. Hasta olan bireyler iş yaşamından uzak kalacakları için toplumun üretken gücünde bir kayıp olacaktır. Hasta olan kişinin çevresine hastalığını bulaştırması, yoksullaşması ve ailenin gelir düzeyinin düşmesi ile çevresinde bağımlı kişiler oluşturması gibi dışsal etkiler de söz konusudur.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin sağlığında meydana gelen bozulmalara bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesine yönelik olarak verilen hizmetlerdir. Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı tedavi hizmetleri başlığı altında toplanır (3). Bu hizmetler hekim sorumluluğunda ve ekip yaklaşımı içinde yürütülen ve yüksek teknolojinin kullanıldığı hizmetlerdir. Halkın algısında “sağlık hizmeti” olarak yer edinmiş hizmetler daha çok tedavi edici sağlık hizmetleridir (4).

1.2. Tedavi Hizmetlerinin Yarı Kamu Özelliği

Bir mala kamusal niteliği veren iki teknik gerekçe bulunmaktadır. Bunlar; bir malın faydasından kimsenin mahrum bırakılmamasını, dışlanamamasını ifade eden dışlanamazlık ile malın faydasının bölünememesini, tüketicilerin tüketimde birbirlerine rakip olmamasını ifade eden rekabet edilmezlik nitelikleridir (6). Koruyucu sağlık hizmetleri nitelikleri açısından tamamen bu özelliklere uyar ve kamu malı niteliğindedir. Dolayısı ile koruyucu sağlık hizmetlerinin büyük kısmı birçok ülkede kamu sektörü tarafından gerçekleştirilir.

Tedavi hizmetleri ise kişiye yöneliktir, kişisel fayda ön plandadır (5). Hasta olan bireyler üzerinde uygulanır; yani gerek üretimi gerekse tüketimi teknik olarak bölünebilir ve

pazarlanabilir bir birim halinde sunulabilen hizmetlerdir. İlave bir hizmet üretiminin (marjinal ürünün) ekstra maliyete sahip olduğu ve ödemede bulunmayanın kullanımdan dışlanabildiği, bölünebilir ve fiyatlandırılabilir bir sağlık hizmeti türüdür. Bu özellikleri bakımından tedavi hizmetleri veya hastane hizmetleri sağlık hizmetleri içinde özel mal olma niteliklerine en yakın sınıftır. Olgusal olarak da piyasa unsurlarının bu sektörde kümelenildiği gözlemlenir (4). Bununla birlikte, yerine getirildiğinde pozitif yerine getirilmediğinde ise negatif dışsal etkilerinin yüksek olması tedavi hizmetlerine yarı kamu malı niteliğini verir.

1.3. Tedavi Hizmetlerinde Özel Sektörün Yeri

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin daha çok kişiye yönelik olması nedeniyle birçok iktisatçı tarafından piyasa mekanizmalarının burada geçerli olması gerektiği düşünülmektedir. Teorik kaynakları yanında, pratik nedenlerle de ortaya çıkmış olan özel sağlık hizmetleri, piyasa unsurlarınca yerine getirilen sağlık hizmetleridir; piyasanın en temel güdüsü olan kar maksimizasyonu ile hareket eden girişimciler tarafından üretilmektedir. Özel sağlık hizmetleri arzı piyasa koşulları içerisinde, piyasa unsurlarınca ve kar güdüsüyle üretilen herhangi bir meta, bir hizmet olarak üretimi ve dağılımı gerçekleşir. Özel sağlık hizmetlerinin arzında en büyük faktör olan özel hastane girişimcilerinin piyasa koşulları ve motivasyonları çerçevesinde belirledikleri yer seçimi ve coğrafi dağılımları, toplumun sağlık hizmetine erişimini de etkilemektedir (4).

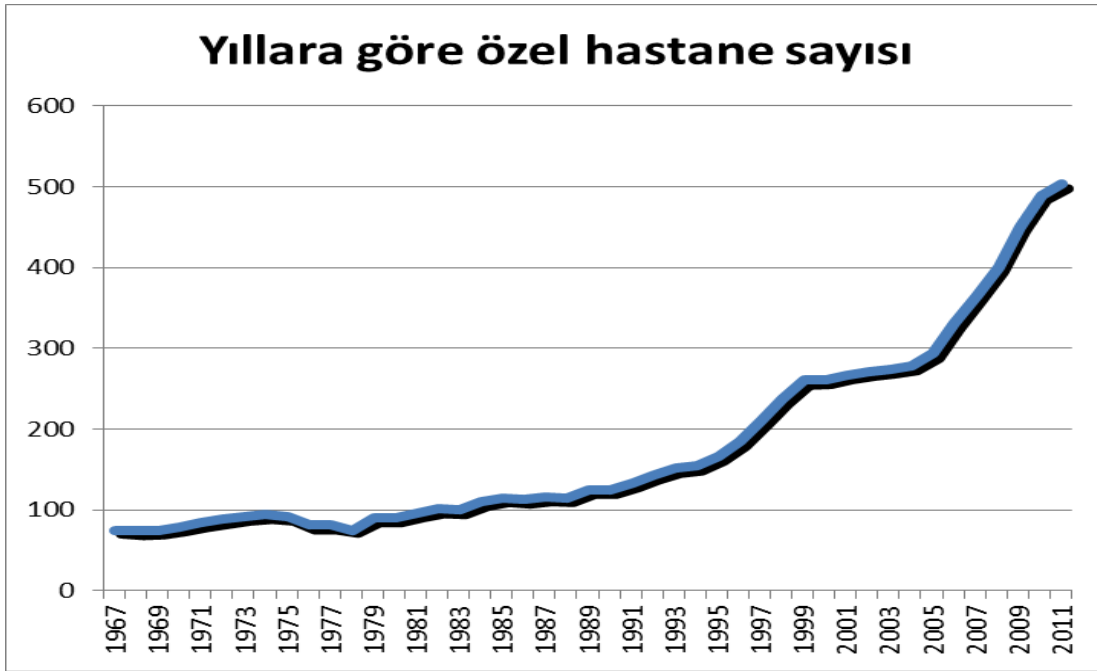
1.4. Türkiye’de Özel Hastane Sektörü

Özel hastane sektörünün Türkiye’de ve Dünya’da giderek büyüyen bir aktör olduğu bilinmektedir. Türkiye’de 2002 yılından bu yana özel hastane sektörü tarihinin en hızlı büyümesini gerçekleştirmiştir. Geçtiğimiz on yıl, ileride, özel hastane sektörünün gelişiminde en önemli dönem olarak anılacaktır. Bu dönemde sektördeki özel hastane sayısı neredeyse iki kat artmıştır.

1.4.1. Özel Hastane Sayısı

Sağlık sektörüne ilişkin bütün göstergeler, özel hastane sektörünün son on yıldaki gelişimini çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır (Şekil 1) . Sağlık sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Süreci ile birlikte özel sağlık sektörünün büyümesine uygun gelişmelere sahne olmuştur. Özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu’nun kurulması ve bu kurumun özel sağlık sektöründen hizmet satın almaya başlaması özel sağlık sektörünün gelişme ivmesini arttırmıştır.

Türkiye’de özel hastane sayısı, özellikle 2005 yılından sonra Sosyal Güvenlik Kurumu’nun özel hastaneler ile sözleşmeler yaparak sağlık hizmeti satın almaya başlaması ile büyük artış yaşanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1: Yıllara Göre Özel Hastane Sayısının Değişimi (TÜİK verilerinden oluşturulmuştur)

1.4.2. Özel Hastane Yatak Kapasitesi

Özel hastanelerin yatak sayısı da doğal olarak hastane sayısına paralel bir artış göstermiştir (Tablo1).

Tablo1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatak Sayısı (7).



Tablo 2: En Çok Özel Hastane Olan Üç İlde Hastane ve Yatak Sayıları

	Nüfus		Özel Hastane Sayısı		Özel Hastane Yatak Sayısı	
	n	%	N	%	n	%
Antalya	2.043.482	3	26	5	1.603	5
Ankara	4.890.893	7	29	6	2.024	7
İstanbul	13.624.240	18	152	30	10.539	33
Toplam	20.558.615	28	207	41	14.166	45

Kaynak: TÜİK ve ADNKS verilerinden hesaplanmıştır

2011 yılında Türkiye’deki özel hastanelerin % 41’i, özel hastane yataklarının da % 45’i İstanbul, Ankara ve Antalya’da bulunmaktadır. Bu üç büyük şehrin nüfusu ise Türkiye nüfusunun ancak % 28’i kadardır. Türkiye’nin en önemli kenti olan İstanbul’da nüfusun % 18’i yaşıyorken özel hastanelerin yaklaşık üçte biri İstanbul’dadır. Antalya ilk sıraları paylaşmaktadır.

2.4.3. Başvuru Sayısı ve Özel Hastaneler

2002-2012 yılları arasında hastanelere müracaat sayısı belirgin bir şekilde artmıştır. Bu yıllarda tüm hastanelere müracaat sayısı toplamda 3 kat artarken özel hastanelere müracaat sayısı 11 kat artmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı

	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	228.279.139	235.172.924	254.342.943	260.974.401
Üniversite	8.823.361	19.364.865	20.098.754	24.437.107	27.080.436
Özel	5.697.170	47.618.186	47.712.540	59.069.486	66.582.098
Toplam	124.313.659	295.262.190	302.984.218	337.849.536	354.636.935

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (8).

Tablo 3’de yıllara ve sektörlere göre kişi başı başvuru sayıları gösterilmektedir. Yine bu sayılara bakıldığında özel hastanelere kişi başı müracaat sayısı 9 kat artmışken, Sağlık Bakanlığı hastanelerine kişi başı başvuru sayısı iki kat artmıştır.

Tablo 4: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı

	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	1,7	3,1	3,2	3,4	3,5
Üniversite	0,1	0,3	0,3	0,3	0,4
Özel	0,1	0,7	0,6	0,8	0,9
Toplam	1,9	4,1	4,1	4,5	4,7

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

2.4.4. Yatan Hasta Sayısı ve Özel Hastaneler

Hastanelere müracaat eden hastalardan yatanların ve ameliyat olanların sayısına baktığımızda da özel hastanelerde yatan hastaların sayılarında büyük bir artış gözlenmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı

	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	5.934.978	6.361.116	6.775.154	6.891.857
Üniversite	781.990	1.462.690	1.509.484	1.607.462	1.601.878
Özel	556.494	2.503.992	2.657.573	3.054.165	3.485.092
Toplam	5.508.263	9.901.660	10.528.173	11.436.781	11.978.827

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Özel hastanelerde yatan hastaların sayısı 6 kat civarında artarken Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yatan hasta sayısı ancak yarısı kadar artabilmiştir.

2.5. Tedavi Hizmetlerine Erişebilirlik ve Sağlıkta Eşitsizlik

Sağlıkta eşitsizlik kavramı toplumsal sınıf ve tabakaların varlığı ile birlikte ele alınması gerekmektedir. Sağlık hizmeti ihtiyacı olan ve genellikle sosyoekonomik durumu nedeniyle sağlık hizmeti alamayan birey ve gruplar olabilmektedir. Bu durum coğrafi olarak sağlık hizmetlerinin kötü dağılımı veya yetersizliği ile değil en başta sınıfsal farklılıklar ile açıklanabilir (9).

Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik ile ilgili temel neden, daha fazla gereksinimi olan grupların sosyal ve ekonomik nedenlerle sağlık hizmetine ulaşamamalarıdır. Diğer bir neden ise sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve dağılımındaki eşitsizliktir (10).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, hükümetlerin sağlık politikalarına yönelik tercihlerine göre önlenemekte veya azaltılabilmektedir. Buna karşılık, özel sağlık sektörünün tedavi hizmetlerindeki payının hızlı bir şekilde artması kaçınılmaz olarak sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

2.6. Özel Hastanelerin Yer Seçimi

Özel hastanelerin bir işletme olarak kabul edildiğini baz alırsak; kazançlarını en büyüktürmeye çalışan ya da büyüktürmek zorunluluğunda bulunan birimler olduklarına göre, aynı yatırım girdisiyle daha çok kazanç elde etme çabası içinde olurlar ve yatırımcı kuracağı işletme için amaçlarını en iyi biçimde gerçekleştireceği yeri seçme eğilimini gösterecektir (11).

Girişimciler, "kâr maksimizasyonu" bağlamında hareket ederken, yatırımlarının kısa bir zaman diliminde kazanç olarak geri dönmesini arzularlar. Bu nedenle genel eğilim, iktisadi faaliyetin ve gelişmişliğin ileri ve nüfusun yoğun olduğu bölgelerde çalışmalarda bulunmak istenmesi ve az gelişmiş bölgelerde işletme kurmaktan kaçınmak yönündedir (12, 13).

Aydın ve arkadaşlarının hastane yer seçiminin analitik hiyerarşi süreci ile modellemesi hakkında yaptıkları bir çalışmada nüfus yoğunluğu ve gelir düzeyinin önemi gösterilmektedir. Bu çalışmada Çevresel Faktörler, Rekabet Unsurları, Yatırım Maliyetleri, Demografik Yapı gibi kriterler kullanılmıştır. Yapılan araştırmada, Gelir Düzeyi (G) ve Hedef Kitle Yoğunluğu (H) olmak üzere iki alt kritere bölünmüş olan, "Demografik Yapı" en yüksek ağırlığa sahip olan kriter olarak bulunmuştur; bunun anlamı hastanelerin kurulacağı yer belirlenirken göz önünde bulundurulacak en önemli faktör demografik yapının kriterleridir (14).

Özel sağlık kuruluşları için yer seçiminin ekonomik olduğu kadar teknik ve yasal boyutları da bulunmaktadır. Bu yasal boyutlar, sağlık ve yerel otoriteler tarafından belirlenmektedir. Sağlık kurumlarının ulaşılabilirlik ve erişim açısından, özel girişimcilerce yürütülenler dahil, nüfusa ve coğrafi alana göre belirli bir dağılımının sağlanması zorunluluğu vardır. Ayrıca sabit yatırımların yüksek olduğu hastane işletmelerinde atıl kapasite doğmasının maliyetleri, yatırımların dağılımında özel hastaneleri de kapsayan ve uygulanabilir bir planlamayı gerektirmektedir.

3. Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, özel hastanelerin coğrafi dağılımı sağlık hizmeti vermeyi hedeflediği varsayılan nüfus bakımından incelenmiştir. Yerleşim yerleri itibari ile özel hastane olan ve olmayan kentler ve nüfusları karşılaştırılmıştır. Bu amaçla, 2011 yılı itibariyle Türkiye’de ruhsat almış tüm özel hastanelerin sayısına ve yerleşim bilgilerine ulaşılmıştır. Çalışmada özel tip merkezleri ve poliklinikler değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye’de 2011 yılında sağlık hizmeti veren 503 özel hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin illere göre dağılımı mevcut iken ilçelere göre dağılımı tarafımızdan internet yoluyla yapılan araştırma ile saptanmıştır (15).

Yerleşim merkezlerinin nüfusları Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminden (ADNKS) elde edilen 2011 yılı verilerinden hesaplanmıştır(16). Özel hastanelerin sayısal olarak tamamı ve yerleşim yerlerinin nüfusları ise sadece kent merkezi veya kırsalıyla birlikte ele alınarak özel hastane hizmetleri kapsamı dışında kalan nüfus miktarları tespit edilmiştir.

Öncelikle iller itibariyle özel hastane kurulu olan yerleşimlerde yaşayan nüfus ile özel hastane kurulu olmayan illerde yaşayan nüfus saptanmıştır. Daha ayrıntılı bilgilere ulaşmak için ilçelere göre özel hastane dağılımı saptanmıştır. Nüfusların gösterimi miktar ve yüzdeler olarak yapıldığı gibi Türkiye idari haritasında da gösterilmiştir.

Özel hastane hizmetleri kapsamındaki nüfus hesaplanırken, iki kategoride değerlendirme yapılmıştır. İlkinde il ve ilçe merkezinde özel hastane olup olmamasına bakılmıştır. İl merkezinde veya ilçe merkezinde özel hastane bulunmayan yerleşim yerlerindeki nüfus, hizmet alamayan nüfus grubunda değerlendirilmiştir. İstanbul ve Kocaeli nüfusunun tamamı, 2011 yılındaki yasa ile tüm ilçeleri büyükşehir sınırlarına dahil olduğundan, özel hastane hizmetleri kapsamında değerlendirilmiştir. Ankara ve İzmir gibi büyükşehirlerde ise merkez ilçeler hizmet kapsamına giren grupta sayılırken taşra ilçe nüfusları ise özel hastane olup olmamasına göre değerlendirilmiştir.

Özel hastane hizmeti alan nüfus kapsamını daha geniş ele alan ikinci kategoride ise merkezinde özel hastane bulunan ilçeler kendi kırsalı ile birlikte hizmet alan grupta hesaplanmıştır. Yani bir ilçede özel hastane var ise, bu hastanenin o ilçe ve ilçenin kırsalına hizmet verebileceği esas alınmıştır. Özel hastane olan il veya ilçe merkezine kendi kırsalları dışında başka il ve ilçelerden hasta gelme olasılığı olmakla beraber, özel hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerden yola çıkılarak, bunun ihmal edilebilir bir oranda olduğu kabul edilmiştir.

Hizmet kapsamındaki nüfus miktarı açısından yapılan değerlendirmeler yanında, özel hastane olan ve olmayan iller ekonomik gelişmişlikleri ve nüfus yoğunlukları açısından da karşılaştırılmıştır. Araştırmada illerin ekonomik gelişmişlik göstergesi açısından GSYİH verileri kullanılmak istenmişse de 2001 yılından bu yana TÜİK'in illere göre GSYİH verilerini açıklamadığı bilgisine ulaşılmıştır (15). İllerin ekonomik gelişmişliğini gösteren verilerden yola çıkarak özel hastane olan ve olmayan iller, gelir düzeyine göre hangi kategorilere girdiği gösterilebilmiştir. Nüfus yoğunluğu açısından yapılan incelemede ise TÜİK nüfus yoğunluğu sıralamasına göre özel hastane olan ve olmayan iller gösterilmiştir

4. Bulgular

4.1. İllere Göre Dağılım

Türkiye’de 2011 yılı itibariyle 81 il merkezi vardır; bu illerin % 19’unda özel hastane bulunmadığı görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6: Özel Hastane Olan ve Olmayan İllerin Sayısı

	n	(%)
Hastane Var	66	81
Hastane Yok	15	19
Toplam	81	100

Türkiye’de 2011 yılı verilerin göre 15 ilde hiç özel hastane yoktur; Bitlis, Burdur, Kırklareli, Zonguldak illerinin merkez ilçesinde hiç özel hastane bulunmamasına karşın, bu illerin taşra ilçelerinden en az birinde özel hastane vardır. İlçelerinden birinde veya il merkezlerinde hiç özel hastane olmayan iller ise şunlardır:

Adıyaman	Kars	Ardahan
Amasya	Kırıkkale	Sinop
Artvin	Bayburt	Tunceli
Bilecik	Şırnak	Hakkâri
Gümüşhane	Kilis	Bartın

Tablo 7’de özel hastane olmayan 15 ilin toplam nüfusu ile en az bir özel hastane olan 66 ilin toplam nüfusu gösterilmiştir.

Tablo 7: Özel Hastane Olan ve Olmayan İllerin Toplam Nüfusu

	Özel hastane olan illerin nüfusu		Özel hastane olmayan illerin nüfusu	
	n	%	n	%
Nüfus	71.209.722	95	3.524.547	5

Kaynak: TÜİK-ADNKS

Hiç özel hastane olmayan iller nüfusunun toplamı 3.524.547 iken bu rakam Türkiye nüfusunun % 5’idir. Özel hastane olan ve olmayan iller Şekil 2’de Türkiye mülki idari haritasında gösterilmiştir.

merkez ilçede olmak üzere toplam 236 ilçede kuruludur; 721 ilçede, yaklaşık %75’inde ise özel hastane bulunmamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8: Özel Hastane Olan ve Olmayan İlçe Sayıları, 2011 (TÜİK verilerinden hesaplanmıştır)

	İlçe Sayısı	
	n	%
Hastane Var	236	25
Hastane Yok	721	75
Toplam	957	100

ADNKS’ye göre, özel hastanelerin kurulu olduğu ilçe merkezlerinin nüfusları toplamı 47.478.162’dir, bunun toplam nüfustaki payı % 63’dür. Türkiye nüfusunun % 37’sininin yaşadığı ilçe merkezlerinde ise özel hastane bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9 : Özel Hastane Olan ve Olmayan İlçe Merkezlerinin Toplam Nüfusu

	Özel Hastane Olan İlçe Merkezlerinin Nüfusu		Özel Hastane Olmayan İlçe Merkezlerinin Nüfusu	
	n	%	n	%
Nüfus	47.478.162	63	27.246.107	37

Kaynak: TÜİK-ADNKS

4.2.2. İlçelere Göre Dağılım (Kırsal Nüfus Dahil)

ADNKS’ye göre, özel hastanelerin kurulu olduğu ilçelerin belde ve köyleri ile birlikte nüfusu 53.175.044, toplam nüfustaki payı ise % 70’dir. Özel hastane olan ilçe merkezlerine kırsal nüfusları eklendiğinde görülmektedir ki, Türkiye’nin toplam nüfusunun % 30’u özel hastane olmayan yerleşimlerde yaşamaktadır (Tablo 10).

Tablo 10: Özel Hastane Olan ve Olmayan İlçelerin (Kırsal Nüfusu Dahil) Nüfusu

	Özel Hastane Olan İlçeler		Özel Hastane Olmayan İlçeler	
	n	%	n	%
Nüfus	21.549.225	30	53.175.044	70

Tablo 11: Gelişmişlik Kategorisine Göre Özel Hastanelerin İllere Dağılımı

1. Kategori	2. Kategori	3. Kategori	4. Kategori	5. Kategori
En Gelişmiş İller	Gelişmiş İller	Orta Derecede Gelişmiş İller	Az Gelişmiş İller	En Az Gelişmiş İller
İstanbul	Eskişehir	Konya	Osmaniye	Bayburt
Ankara	Tekirdağ	Karabük	Kahramanmaraş	Kars
İzmir	Adana	Isparta	Niğde	Şanlıurfa
Kocaeli	Yalova	Hatay	Giresun	Iğdır
Bursa	Antalya	Uşak	Kastamonu	Batman
	Kırklareli	Burdur	Tunceli	Gümüşhane
	Denizli	Samsun	Sivas	Mardin
	Muğla	Kırıkkale	Kilis	Siirt
	Bolu	Nevşehir	Bartın	Ardahan
	Balıkesir	Karaman	Aksaray	Van
	Edirne	Elazığ	Sinop	Bingöl
	Mersin	Rize	Erzincan	Hakkari
	Bilecik	Trabzon	Çankırı	Şırnak
	Kayseri	Amasya	Erzurum	Bitlis
	Gaziantep	Kütahya	Tokat	Ağrı
	Zonguldak	Malatya	Ordu	Muş
	Aydın	Kırşehir	Diyarbakır	
	Sakarya	Artvin	Yozgat	
	Çanakkale	Afyonkarahisar	Adıyaman	
	Manisa	Düzce		
		Çorum		

4.4. İllerin Nüfus Yoğunluğuna Göre Dağılım

İllerin nüfus yoğunluğu kentleşme ve iktisadi durumları ile coğrafi konumlarına göre değişmektedir. Türkiye’de ekonomik olarak gelişmiş illerde kilometre kareye düşen kişi sayısı yani nüfus yoğunluğu artmaktadır. Tablo 12’de TÜİK-2011 verilerine dayanılarak iller nüfus yoğunluklarına göre sıralanmış ve özel hastane olmayan iller gösterilmiştir.

Tablo 12: İllerin Nüfus Yoğunluklarına Göre Sıralaması

Sıralama	İl	Nüfus yoğunluğu (/km ²)	Sıralama	İl	Nüfus yoğunluğu (/km ²)	Sıralama	İl	Nüfus yoğunluğu (/km ²)	Sıralama	İl	Nüfus yoğunluğu (/km ²)
1	İstanbul	2551	21	Manisa	105	41	Kırkkale	61	61	Niğde	46
2	Kocaeli	432	22	Diyarbakır	102	42	Şırnak	60	62	Çorum	42
3	İzmir	329	23	Antalya	95	43	Amasya	59	63	Burdur	38
4	Antakya	254	24	Bartın	90	44	Eskişehir	55	64	Hakkâri	35
5	Bursa	250	25	Şanlıurfa	89	45	Siirt	55	65	Kırşehir	35
6	Gaziantep	249	26	Kilis	86	46	Karabük	55	66	Sinop	35
7	Yalova	241	27	Mardin	85	47	Çanakkale	54	67	Yozgat	34
8	Ankara	195	28	Adıyaman	84	48	Isparta	54	68	Bolu	33
9	Zonguldak	188	29	Balıkesir	81	49	Van	54	69	Bingöl	31
10	Adapazarı	180	30	Rize	81	50	Kırklareli	53	70	Erzurum	30
11	Trabzon	164	31	Denizli	80	51	Bilecik	52	71	Kars	30
12	Osmaniye	153	32	Kahramanmaraş	73	52	Konya	52	72	Kastamonu	27
13	Adana	150	33	Kayseri	72	53	Nevşehir	52	73	Karaman	26
14	Samsun	138	34	Elazığ	65	54	Iğdır	51	74	Çankırı	24
15	Düzce	132	35	Edirne	64	55	Muş	50	75	Artvin	22
16	Aydın	126	36	Muğla	64	56	Aksaray	50	76	Sivas	22
17	Tekirdağ	126	37	Malatya	63	57	Afyon	49	77	Ardahan	22
18	Ordu	121	38	Uşak	63	58	Kütahya	49	78	Gümüşhane	20
19	Batman	110	39	Tokat	62	59	Ağrı	47	79	Bayburt	20
20	Mersin	106	40	Giresun	61	60	Bitlis	47	80	Erzincan	19
									81	Tunceli	10

Kaynak: TÜİK-2011 verilerinden oluşturulmuştur.

Buna göre özel hastane olmayan iller nüfus yoğunluğu olarak son sıralarda yer almaktadırlar. Özel hastane olmayan 15 ilin 9'u nüfus yoğunluğu açısından son 20 ilin içerisinde yer almaktadır. Yine son 7 ilin 5'inde özel hastane yoktur. En çok özel hastane olan illerin nüfus yoğunluğuna baktığımızda bu iller ilk sıralarda yer almaktadır.

5. Tartışma ve Sonuç

Sağlık hizmeti sunumu açısından önemli bir konuma ulaşan ve son yıllarda tedavi hizmetlerinin giderek daha büyük bir kısmını karşılayan özel hastanelerin kar amaçlı şirketler olarak nüfusun yoğun olduğu ve gelir düzeyinin yüksek olduğu yerleri seçmesi kaçınılmaz bir durumdur. Nüfusun yoğun olduğu ve gelir düzeyinin yüksek olduğu yerlerde yatırım yapmayı tercih eden özel hastane girişimcilerinin toplumun sağlığı konusunda doğrudan bir sorumluluk beklenmemektedir. Tedavi hizmetlerinde özel sektörün rolü artırılmaya devam edildiği sürece eşitsizliğin artarak devam edeceği örnek alınan modeller incelendiğinde de ortaya çıkmaktadır.

İllerin ekonomik gelişmişliklerine bakıldığında görülmektedir ki, özel hastane olmayan iller en az gelişmiş iller kategorisinde yer almaktadır. Yine nüfus yoğunluğu açısından iller incelendiğinde, özel hastane olmayan iller nüfus yoğunluğu açısından son sıralardadır.

Özel hastaneler yerleşim merkezlerinin nüfus yoğunluğu ve ekonomik gelişmişlik düzeyine göre kümelenmektedir. Yani özel hastane yatırımları ekonomik olarak gelişmiş ve nüfusun yoğun olduğu iller ve ilçelerde yapılmıştır. Özel hastanelerin tedavi hizmetleri ürettiği göz önüne alındığında özel hastane olmayan yerleşim yerlerinde yaşayan insanların, bu hizmetin dışsal faydalarından yararlanamadığı ve bu hizmete erişemediğini, böylece bir eşitsizlik olduğunu söyleyebiliriz. Özel hastane sektörü var olduğu sürece sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik var olmaya devam edecektir. Bu çalışmada ortaya konulan veriler özel

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

sağlık sektörü büyürken eşitsizliğin de varlığını sürdüreceğine dair bir gösterge olarak kabul edilebilir. Hükümetlerin kamuoyuna ilan ettikleri programlarında, özellikle sağlık hizmetleri gibi sosyal boyutu olan ve kamuyu ilgilendiren hizmetlerin topluma ulaştırılmasında, bir ideal olarak eşitliği ve yaygınlığı benimsemelerine rağmen, yaşama geçirilen politik uygulamaların sonuçları gerçekte beklenenin tersine olabilmektedir.

Sonuç olarak, özel sağlık sektörünün karakteristik özellikleri sonucu ortaya çıkan tablo yukarıda gösterildiği gibi iken; kamu tarafından üretilen sağlık hizmetlerinin, geniş toplumsal kesimlerin sağlığa erişimini kolaylaştırıcı bir biçimde yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Kaynakça

1. Wilkinson R, Pickett K. The Spirit Level Why More Equal Societies Almost Always Do Better, Penguin Books, 2010.
2. Elbek O., Adaş E.B., “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme” Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2009, 12 (1), 33-43.
3. Akdur R. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması”, A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 1999.
4. Ünal E. Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa, 2013
5. Yıldırım S. *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Tez)*. Uzmanlık Tezi, DPT Yayınları No: 2350, Ankara,1994.
6. Hilmi Çoban, Doktora Tezi, *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*
7. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011 Sağlık İstatistikleri Yıllığı
8. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012 Sağlık İstatistikleri Yıllığı
9. Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, 2004:16
10. Şimşek H, Kılıç B. “Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar” Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2012:10(2).
11. Alpugan O. İşletme Ekonomisi ve Yönetimi, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1995:75
12. Cemalcılar İ, Bayar D, Aşkun İ, Alp Ş. İşletmecilik Bilgisi, Anadolu Üniversitesi İşitme Özürlü Çocuklar Eğitim ve Araştırma Vakfı Yayınları, 1976:48.
13. Ufuk CEBECİ İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2004 Anket Çalışması
14. Aydın Ö,Öznehir S, Akçalı E. “Ankara İçin Optimal Hastane Yeri Seçiminin Analitik Hiyerarşi Süreci ile Modellenmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, 2009, 14(2), 69-86.
15. Türkiye İstatistik Kurumu (2013), www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 11.11.2013
16. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) (2013), www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/adnks/adnks Erişim Tarihi:11.11.2013
17. Dinçer B, Özaslan M, Kavasoglu T.” İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması”, Yayın no. DPT 2671, 2003.
18. Türkkana A, “Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı ve Hakkaniyet”, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2011, 9(1)

MEMNUNİYETİN HASTA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ: AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

Oktaý KAHVECİ*

İsmail AĞIRBAŞ**

ÖZET

Araştırmanın amacı Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde (BADSM) beklenen ve algılanan memnuniyetin ölçülmesi, memnuniyetin ölçülmesinde hastaların demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri, sosyal güvenceleri, problem yaşama durumları, BADSM'nin olanakları ve çalışanların özellikleri gibi değişkenlerle değişip değişmediğinin belirlenmesidir. Araştırmanın evrenini, Bursa İl Merkezi'ndeki Sağlık Bakanlığına bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine daha önce muayene olmuş ve tedavi olmak üzere randevu alarak gelen hastalar (n=350) ve çalışanlar (n=80) oluşturmuştur. Veriler Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının Standart ağız ve diş sağlığı merkezi memnuniyet anket seti kullanılarak toplanmıştır. Veriler, SPSS 21.0 versiyonunda elektronik ortama aktarılmış ve analizlerde sıklık dağılımları kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adsm, Hizmet Kalite Standardı, Kalite, Memnuniyet

*Diş Hekimi, Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmetler Başkanlığı
oktay.kahveci@saglik.gov.tr

**Prof.Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü,
agirbasismail@yahoo.com

PATIENTS AND HEALTH PROFESSIONALS BY SATISFACTION EVALUATION: ORAL AND DENTAL HEALTH CENTER EXAMPLE

ABSTRACT

The aim of this study was to assess both the expected and the perceived satisfaction at a Oral and Dental Health Service Centre (OHSC). For this purpose, the expectations, view points, social and demographic status, social security status and perceptions of the patients who attended to an (OHSC) were evaluated instrument. The area of evaluation was Bursa Oral and Dental Health Service Centre which is a non-profit, government-oriented oral health service centre. Among the patients examined already at TOHSC and having appointments for the treatment, a total of 100 respondents had participated in the study of and employees (n = 80) consisted. The data of the Department of Health Quality Assurance and Accreditation satisfaction survey using a set off standard oral and dental health center were collected. The data is transferred to the electronic environment and in the analysis of frequency distributions of SPSS version 21.0 was used.

Key Words: Ohsc, Service Quality Standart, Quality, Satisfaction.

1.Giriş

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, hizmet alanların istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır.

Sağlık sektörü, hasta tatmininin sağlanması bakımından problemlilerden birisidir. Teknolojinin hızla değişmesi, artan maliyetler, hastaların artan şikâyetleri ve iyi bakım isteğinin yaygınlaşması sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Sağlık işletmelerinde sürekli gelişime ve hasta memnuniyetine dayanan kalite, aynı zamanda çalışan memnuniyetini de üst seviyeye çıkarmayı amaçlayan yönetim anlayışını doğurmuştur.

Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının belirlenmesi ve uygulanması, sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı nedeniyle oldukça güçtür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde formal olarak kalite uygulamasına diğer sektörlerle göre daha geç başlanmıştır (Ayalan,2011:1). Sağlık kurumlarında hastalar genellikle birincil müşteriler olarak tanımlanmakta ve büyük bir dış müşteri grubunu oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları, yöneticiler, pay sahipleri, danışmanlar vb. sağlık kurumlarının iç müşterilerini oluştururlar.

Sağlık alanında hastaların bilgi düzeyinin ve beklentilerinin artması kalitenin önemini vurgulamaktadır. Sağlık sektöründe hizmeti talep edenlerin belirleyiciliği ön plana çıkmakta ve kalite yönündeki talepleri sektörün yapısal olarak değişmesine neden olmaktadır (Kunst, 2000:1125). Sağlıkta kalite konusu revaçta bir kavram olmakla birlikte, kaliteden ne anlaşıldığı tartışılmaktadır. Bütün bir sağlık sisteminin kalitesini belirleyecek pratik, uygulanabilir bir kalite ölçüm biliminden söz etmek mümkün değildir. Sağlıkta kalite tanımı ve kalitenin ölçümü, sağlık hizmet sunucularına doğrudan zorla dayatılabilecek bir şey değildir. Kalite geliştirilmesinde katılım ve gönüllülük esastır. Kalite, hizmet sunucuların katılımı ve desteği ile geliştirilebilir. Ayrıca, hasta memnuniyeti ve deneyim, kalitenin önemli boyutları olduğuna göre tüketici olan hastaların katılımı da kalitenin geliştirilmesinde dikkate alınmak zorundadır.

1.1 Sağlık Hizmetlerinde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeri

Sağlık Bakanlığına bağlı 2. Basamak ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarında verilen Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin, hem koruyucu hem de tedavi edici sınıflandırmalar içinde değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti veren Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri mevcuttur (Koraslı, 2008:7). Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri; “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğindeki” Madde 3’e göre şöyle tanımlanmaktadır (Koraslı, 2008:7):

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri “Diş hekimliğinin tüm branşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile ayaktan veya gerektiğinde yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra, ileri tetkik ve tedavilerin de uygulandığı, en az 10 ünit kapasiteli, idari ve mali bakımdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile diş poliklinikleri de açılabilen müstakil sağlık kurumlarıdır.” (Koraslı, 2008:8).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin görev tanımı; diş hekimliği ile ilgili teşhis, tedavi ve protez hizmetleri ile koruyucu diş hekimliği hizmetlerinde belirli olan usul ve esaslarını yerine getirmektedir. Belirtilen diş hekimliği hizmetleri; **Klinik hizmetler**; Teşhis, tedavi ve protez hizmetlerini kapsar.

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri; Annenin hamileliği esnasında doğum öncesi gerekli koruyucu tedbirlerin alınması ile doğum sonu, sağlıklı fonksiyonel ağız, diş ve çene yapısına katkıda bulunmak amacıyla fertlere uygulanan oral hijyen dahil olmak üzere, büyüme-gelişme sürecinde gerekli koruyucu tedbirler ile ortodontik hizmetleri vermek, diş ve dişeti sağlığını korumaktır (<http://www.saglik.gov.tr/BelgeGoster.Erisim> Tarihi: 16.4.2014).

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’nden ağız ve diş sağlığı hizmeti alan hastalar ile kurum çalışanlarının hizmet kalitesindeki memnuniyet durumunu incelemek amacıyla yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’nde yapılmıştır. Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı koruyucu ve önleyici diş hekimliğinin yanı sıra her türlü teşhis, tedavi ve protez hizmetlerinin verildiği bir merkezdir.

2.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini; Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi polikliniklerine hizmet almak amacıyla başvuran hastalar ile ağız ve diş sağlığı merkezi çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın hasta örnekleme şansa bağlı örnekleme yolu ile seçilmiş olup, 2014 Nisan dönemi içerisinde araştırmaya katılmaya gönüllü olan 350 hasta üzerinde anket uygulanmıştır. Söz konusu hastanede görev yapan toplam 100 personel içinden ankete katılmayı kabul eden 80 çalışan araştırmamanın çalışan örneklemini oluşturmaktadır. Böylelikle araştırmanın sonucunda 350 hasta ve 80 çalışan olmak üzere toplam 430 kişiye anket uygulanmıştır.

2.4. Araştırmanın Uygulaması

Çalışmanın verileri, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının Standart ağız ve diş sağlığı merkezi memnuniyet anket seti kullanılarak toplandı. Anket formunda ağız ve diş sağlığı merkezine gelen hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin memnuniyetlerini belirlemeye yönelik 11 soru ile demografik bilgilerinin de sorgulandığı toplam 19 soru bulunmaktadır. Çalışan memnuniyetine yönelik ankette ise algılanan hizmet kalitesini değerlendirmek amacıyla 12 adet 3'lü derecelendirme ölçeğinde (evet, biraz/bazen, hayır) şeklinde ifade ile çalışanların demografik bilgilerinin de sorgulandığı toplam 21 sorudan oluşan anket formu düzenlenmiştir.

Araştırma ankete gönüllü olarak katılan 80 çalışan ile 350 hasta üzerinde uygulandı. Veri toplama aracı hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Anket uygulaması için belirlenen hastalara, araştırmacı araştırmanın amacını açıklamış ve anketle ilgili bilgi vermiştir. Veriler, SPSS 21.0 versiyonunda elektronik ortama aktarılmış ve analizlerde sıklık dağılımları kullanılmıştır.

2.5. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma Bursa ADSM'nde hizmet kalitesinin ölçülmesinde bağımsız değişkenler açısından algılanan hizmet kalitesinin değişip değişmediğini değerlendirilmek üzere yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.6. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıklar

Araştırmanın bulguları, Bursa İl Merkezindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne muayene ve tedavi için başvuran hastalar arasından anketi dolduran hastalar ve bu kurumda çalışan sağlık personeli ile sınırlıdır.

3. Bulgular

3.1 Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Ankete katılan hastaların % 53,4' ü kadın, % 46,6' sı erkektir. % 43,42' si 21-30 yaş, % 24,28' i 31-40 yaş arasında olup, %1,7'si okuryazar değildir. % 43,4' ü ilköğretim, % 31,4' ü lise seviyesinde eğitim almıştır. %20,3 üniversite mezunudur. Araştırma grubunun % 44,57' si işçi, % 26,57' si serbest meslek sahibi olup, % 88,28' i evli, % 11,71' i bekâr, % 74,3' ü SGK çalışanı, % 17,1' i SGK emeklisidir.

Tablo 1: Araştırma Grubunun Demografik ve Sosyo Ekonomik Değişkenlere Göre Dağılım Durumu

Araştırma Grubunun Özellikleri		N	%
Cinsiyet	Kadın	187	53,4
	Erkek	163	46,6
Yaş	11-20	41	11,71
	21-30	152	43,42
	31-40	85	24,28
	41-50	27	7,71
	51-60	17	4,85
	60 ve üzeri	14	4,0
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	6	1,7
	Okuryazar	11	3,1
	İlkokul/ortaokul	152	43,4
	Lise ve dengi okul	110	31,4
	Üniversite ve üstü	71	20,3
Meslek	Kamu Görevlisi	28	8,0
	İşçi	156	44,57
	Çiftçi	27	7,71
	Serbest Meslek	93	26,57
	Öğrenci	36	10,28
	Ev Hanımı	10	2,85
Medeni Durum	Evli	309	88,28
	Bekâr	41	11,71
Sosyal Güvence	SGK Çalışan	260	74,3
	Yeşil Kart	-	
	Sosyal Güvencesi Yok		
	SGK Emekli	60	17,1
	Özel Sağlık Sigortası	-	
	Diğer	30	8,6
	Total	350	100,0

Çalışanlara ait tanıtıcı bilgiler Tablo 2’ de yer almaktadır. Ankete katılan çalışanların % 76,3’ü kadın, % 23,7’si erkektir. Araştırma grubunun % 72,5’ i diş hekimi, % 92,5’ i evli, % 7,5’ i bekâr olup, % 65’inin 1-20 yıl, % 28,8’inin 5-10 yıl arası bu kurumda çalışma süreleri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Çalışanların Çeşitli Özelliklere Göre Dağılım Durumu

Özellik	N	%	
Cinsiyetiniz	Kadın	61	76,3
	Erkek	19	23,7
Mesleğiniz	Hemşire	4	5,0
	Diş Hekimi	58	72,5
	Sağlık Teknikeri	8	10,0
	VHKİ	6	7,5
	Sağlık Memuru	4	5,0
Medeni Durum	Evli	74	92,5
	Bekâr	6	7,5
Kurumda Toplam Çalışma Süresi	0-1yıl	1	1,3
	1-5yıl	26	32,5
	5-10yıl	23	28,8
	10-20yıl	26	32,5
	20yıl ve üzeri	4	5,0
	Total	80	100,0



Ankete katılan hastaların % 58,3'ü kayıt kabul sırasında beklediği yerin rahat olduğunu, % 92,9'u muayene eden doktor tarafından bilgilendirildiğini söylerken, % 91,4'ü muayene eden doktorun kibar ve saygılı olduğunu belirtmiştir. Hastaların % 95,7'si diğer personelin kendisine karşı kibar ve saygılı olduğunu, % 92,9' u tüm personelin kişisel mahremiyete özen gösterdiğini, % 97,4'ü bu ADSM' ni başkalarına önerebileceğini ve % 93,1'i bir daha benzer şikâyetleri olursa bu ADSM' ni tercih edecekleri yanıtını vermişlerdir.

ADSM'nin genel olarak temiz olduğunu söyleyenlerin oranı % 71,1 iken, ankete katılanların % 84'ü ADSM'nde verilen hizmetlerin genel olarak iyi olduğunu, % 62,6'sı ise bu ADSM' ne ilk başvuruları olduğunu belirtmişlerdir.

ADSM'ne başvuran hastaların memnuniyet durumları cinsiyetlerine göre incelendiğinde; kadınların % 55,3'ü muayene olacağı doktoru kendisi seçerken, bu oran erkeklerde % 44,7' dir. Kadınların % 57,8' i ADSM' nde verilen hizmetlerin genel olarak iyi olduğunu söylerken, erkeklerin % 42,2' si hizmetlerin iyi olduğunu belirtmiştir. ADSM' ni başkalarına öneririm diyenlerin oranı kadınlarda % 56, erkeklerde % 44'tür.

Ankete katılanlar arasında memnuniyet oranı en yüksek olan yaş grubu 30-50 yaş arasındır. Ankete katılan hastalar arasında evli olanların memnuniyet oranları bekârlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Hastalardan evli olanların % 86,5' i bir daha benzer şikâyetleri olursa bu ADSM' ni tercih edeceğini söylerken, bekârların % 13,5' i benzer şikâyetlerinde aynı ADSM' ni tercih edeceklerini belirtmiştir.

Tablo 3: Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerini Değerlendirme Durumu

İFADE	Yanıtlar	N	Kümülatif	%	Ortalama
Hasta kayıt işlemleri için çok beklemedim	Evet	246	350	70,3	2,5629
	Biraz	55		15,7	
	Hayır	49		14,0	
Muayene olacağım doktoru kendim seçtim	Evet	341	350	97,7	2,9714
	Biraz	6		1,7	
	Hayır	2		,6	
Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı	Evet	204	350	58,3	2,5200
	Biraz	124		35,4	
	Hayır	22		6,3	
Beni muayene eden doktor şikâyetlerimin nedeni konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı	Evet	325	350	92,9	2,9229
	Biraz	23		6,6	
	Hayır	2		,6	
Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı	Evet	320	350	91,4	2,9143
	Biraz	30		8,6	
Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı	Evet	335	350	95,7	2,9543
	Biraz	14		4,0	
	Hayır	1		,3	
Personel kişisel mahremiyetime(muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi	Evet	325	350	92,9	2,9200
	Biraz	22		6,3	
	Hayır	3		0,9	
Bu ADSM' ni başkalarına öneririm	Evet	341	350	97,4	2,9743
	Biraz	9		2,6	
Bir daha benzer şikâyetlerim olursa bu ADSM' ni tercih ederim	Evet	326	350	93,1	2,9257
	Biraz	22		6,3	
	Hayır	2		,6	
ADSM (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi	Evet	249	350	71,1	2,6371
	Biraz	75		21,4	
	Hayır	26		7,4	
ADSM' de verilen hizmet genel olarak iyiydi	Evet	294	350	84,0	2,7943
	Biraz	40		11,4	
	Hayır	16		4,6	
Bu ADSM' ne ilk başvurunuz mu?	Evet	219	350	62,6	1,3743
	Hayır	131		37,4	

Hastaların büyük oranda evet yanıtını verdikleri hasta memnuniyetinin en yüksek çıktığı 3 sorunun sıralaması şöyledir:

- 1- Muayene olacağım doktoru kendim seçtim %97,72
- 2- Bu ADSM' ni başkalarına öneririm %97,43
- 3- Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı % 95,7

Bunun yanı sıra araştırmaya katılan hastaların en fazla hayır yanıtını verdikleri hasta memnuniyetinin en düşük çıktığı sorular şunlardır: Hasta kayıt işlemleri için çok beklemedim hayır %14, ADSM(muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler vs.) genel olarak temizdi hayır % 7,4, Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı hayır % 6,3.

Hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde 31-50 yaş aralığındaki hastaların en yüksek memnuniyet oranlarına sahip olduğu, kadınların erkeklere, evlilerin bekârlara göre memnuniyetlerinin yüksek olduğu, ilköğretim ve lise mezunlarının verilen hizmetlerden daha fazla memnun kaldığı görülmektedir.

Araştırma grubunun öğrenim durumuna göre hasta memnuniyeti en yüksek çıkan grup ilkokul/ortaokul mezunlarıdır. Üniversite mezunlarının %35,7'si diğer personelin kendilerine karşı kibar ve saygılı olduğunu, lise ve dengi mezunlarının %60,6'sının kendilerini muayene eden doktorun şikâyetlerinin nedeni konusunda bilgilendirerek zaman ayırdığını ifade etmişlerdir.

Çalışanların memnuniyet oranlarının en düşük çıktığı 3 soru başlığı şu şekildedir: 1- Hastane yönetimi tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı vb.) mekanizmaları işletilmektedir. Çalışanların % 55' i bu soruya hayır yanıtı vermiştir. 2- Yöneticilere sorunlarımı iletme imkânı bulurum. Hayır % 43,83 3- Çalışma mekanım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir. Hayır % 42,5.

Tablo 4: Çalışanların Ağız ve Diş Sağlığı Merkezini Değerlendirme Durumları

İfade	Yanıtlar	N	Kümülatif Toplam	%	Ortalama
Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum	Evet	55	80	68,8	2,6625
	Biraz/Bazen	23		28,8	
	Hayır	2		2,5	
Çalışma ortamım ve çalışma koşullarım ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur	Evet	17	80	21,3	1,9375
	Biraz	41		51,3	
	Hayır	22		27,5	
Çalışma mekânım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir	Evet	13	80	16,3	1,7375
	Biraz/Bazen	33		41,3	
	Hayır	34		42,5	
Çalıştığım bölümde kendimi güvende hissediyorum	Evet	43	80	53,8	2,2125
	Biraz/Bazen	11		13,8	
	Hayır	26		32,5	
Çalıştığım bölümde çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirler alınmaktadır.	Evet	41	80	51,3	2,3375
	Biraz/Bazen	25		31,3	
	Hayır	14		17,4	
Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmektedir	Evet	18	80	22,5	1,6750
	Biraz/Bazen	18		22,5	
	Hayır	44		55,0	
Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzenleyici ve önleyici faaliyetler yapmaktadır.	Evet	38	80	47,5	2,2250
	Biraz/Bazen	22		27,5	
	Hayır	20		25,0	
Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretmekte ve gerekli önlemleri almaktadır.	Evet	39	80	48,8	2,3000
	Biraz/Bazen	26		32,5	
	Hayır	15		18,8	
Yöneticilere sorunlarımı iletme imkânı bulurum	Evet	42	80	52,5	2,0875
	Biraz/Bazen	3		3,8	
	Hayır	35		43,8	
Yönetim “Hizmet Kalite Standartları(HKS)” konusunda tüm çalışanları bilgilendirir	Evet	45	80	56,3	2,500
	Biraz/Bazen	30		37,5	
	Hayır	5		6,3	
Çalıştığım bölümün işleyişi konusunda önerilerim dikkate alınır	Evet	29	80	36,3	1,1375
	Biraz/Bazen	27		33,8	
	Hayır	24		30,0	
Çalıştığım kurumdan ayrılmayı hiç düşünmem	Evet	44	80	55,0	2,4375
	Biraz/Bazen	27		33,8	
	Hayır	9		11,3	
Son 6ay içinde fiziksel bir saldırıya uğramadım	Evet	66	80	82,5	1,1750
	Hayır	14		17,5	
Son 6ay içinde bir hizmet içi eğitime katıldım	Evet	71	80	88,8	1,1125
	Hayır	9		11,3	
Çalıştığım bölüm ile ilgili olmak üzere, son 6ay içinde hasta ve çalışan güvenliği(hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, enfeksiyon önleme, mahremiyet vb.) konularında eğitim aldım	Evet	68	80	86,3	1,2750
	Hayır	11		13,8	
Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında eğitim aldım	Evet	58	80	72,5	1,1375
	Hayır	22		27,5	

Çalışanların memnuniyet oranlarının en yüksek olduğu 3 konu başlığı ise şöyle sıralanmaktadır:1- Son 6 ay içinde bir hizmet içi eğitime katıldım. %88,8. 2- Çalıştığım bölüm ile ilgili olmak üzere, son 6 ay içinde hasta ve çalışan güvenliği(hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, hastaya doğru tedavi uygulanması, enfeksiyon önleme mahremiyet, vb.) konularında eğitim aldım. % 86,3. 3-Son 6ay içinde fiziksel bir saldırıya uğramadım. % 82,5.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan çalışanların, % 68,8' i aldığı eğitime uygun bir bölümde çalıştığını, % 51,3' ü çalışma ortamıyla ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşlerinin bazen alındığını, % 42,5' i çalışma mekânlarının rahat çalışılabilecek biçimde düzenlenmediğini ifade etmişlerdir. Çalışanların % 53,8' i çalıştığı bölümde kendini güvende hissettiğini belirtirken % 51,3' ü çalıştığı bölümde çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu önlemlerin alındığını, % 55,0'iyönetim tarafından çalışanları ödüllendirme mekanizmalarının işletilmediğini, % 47,5' i yönetimin hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzenleyici ve önleyici faaliyetler yaptığını söylemişlerdir.

Çalışan memnuniyetinin değerlendirilmesinde kadınların erkeklere göre, evli olanların bekârlara göre memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. “Çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirler alınmaktadır” sorusuna erkeklerin verdiği evet yanıtı % 5,3 olmasına rağmen kadınlarda bu oran % 65,6 olmuştur.

4. Sonuç

Bu araştırmada Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastalar ile ADSM çalışanlarının verilen hizmetlerdeki memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yapılan bu çalışma ve buna benzer yapılacak başka çalışmalarla elde edilen tüm analiz sonuçları dikkatle değerlendirilerek hastaların ve ADSM çalışanlarının gelecekteki davranışları adına temel oluşturabilecek faktörler belirlenebilir.

Sağlık hizmetlerinde memnuniyetin belirlenmesinde önde gelen husususun, kullanılan ekipman, araç-gereçler, bilim ve teknolojinin yaygınlaşması ile hizmet hızının değerlendirildiği “teknik kalite” den ziyade, çalışanların tutum, davranış ve görünüşlerinin önem kazandığı “fonksiyonel kalite” olduğunu unutmamak gerekir. Hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini birinci derecede etkileyen faktörün hekim, hemşire ve diğer çalışanların hastalarla iletişim biçimleri olduğu göz ardı edilemeyecek bir gerçektir. Bunun dışında hizmet kalitesinin önemli sürücülerinden olan temizlik, doktorların bilgili olması, hemşirelerin iyi eğitim almış olması, doktorların hastalara iyi bir tedavi göreceği hususunda güven vermesi ve hastanede uygulanan tedavilerin başarıyla sonuçlanması zaten hastaların tüm hastanelerden beledikleri temel özelliklerdir. Temel hastane beklentilerinin yanı sıra hastane çalışanlarının kibar ve ilgili olması, hastalarla gönülden ilgilenmesi ve hastalara güven vermesi hastaların gelecekteki davranışları üzerinde etkili olacak ve benzer bir durumda hastanın yine aynı hastaneyi tercih ve ziyaret etmesini sağlayacaktır. Çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması hasta memnuniyetini artıracak en temel faktördür. Çalışan memnuniyet düzeyinin artırılmasına yönelik kurum çalışmalarının yapılarak, idare ile çalışanlar arasındaki iletişim düzeyinin yükseltilmesi, iç ve dış müşteri (Çalışan-Hasta) arasındaki uyumluluk düzeyini artıracak en önemli faktördür.

Çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması hasta memnuniyetini artıracak en temel faktördür. Çalışan memnuniyet düzeyinin artırılmasına yönelik kurum çalışmalarının

yapılarak, idare ile çalışanlar arasındaki iletişim düzeyinin yükseltilmesi sağlanmalıdır. Günümüz sağlık sektöründe hizmeti talep edenlerin belirleyiciliği daha ön plana çıkmakta ve kalite yönündeki talepleri sektörün yapısal olarak değişmesine neden olmaktadır. Algılanan sağlık hizmetinin kalite boyutlarına yönelik olarak Türkiye genelindeki tüm ADSM’nden hizmet alan hastaların tutum ve davranışları incelenebilir. Böylelikle hasta tatmininin tam olarak ölçülebileceği bir model ve ölçek geliştirilmesi sağlanabilir. Ayrıca hasta memnuniyeti ve deneyim, kalitenin önemli boyutları olduğuna göre tüketici olan hastaların katılımı da kalite geliştirilmesinde dikkate alınmak zorundadır.

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin genel amacı; koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırarak toplumun ağız ve diş sağlığını geliştirmek, ağız ve diş sağlığı ile ilgili çıkabilecek sorunları en yeni teknolojik ve bilimsel yöntemlerle, modern teşhis ve tedavi araçlarını kullanarak çözmek olmalıdır.

Mesleki ve bilimsel faaliyetlerle diş hekimlerinin bilgi ve donanımlarını artırarak toplumun ağız ve diş sağlığını örnek alınabilecek Avrupa ve OECD ülkeleri ile aynı noktaya getirmek amaçlanmalıdır. Temel amaç; hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyede sağlayarak insan haklarına saygılı, güler yüzlü bir yaklaşımla hastalara sağlık hizmeti sunmak olmalıdır.

5. Öneriler

Yapılan araştırma sonuçlarına dayanarak Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’nde hasta memnuniyetini artırmaya yönelik olarak aşağıdaki öneriler sıralanmıştır.

- Kayıt işlemlerinde hastaların bekledikleri zamanı en aza indirebilmek için gerekli olan tedbirleri alarak, başvuran hastaların kayıt işlemlerini hızlandırmak ve en kısa sürede bitirmek için kayıt/kabuldeki personel ve bilgisayar sayısını artırmak,
- Kayıt kabul sırasında beklenen alanları daha konforlu ve hastaların rahat kullanımına uygun hale getirmek amacıyla mobilya, bekleme koltuk sayılarının artırılması,
- Tuvaletler, muayene ve poliklinik odaları, bekleme alanları gibi hastaların ortak kullandığı alanların temizlik ve bakımlarına daha fazla özen gösterilmesi, gerekirse temizlik personelinin artırılması ya da hizmet içi eğitimlerle konunun önemini anlatılması,
- Hasta memnuniyetini birinci derecede etkileyen faktörün; hekim, hemşire ve diğer çalışanların hastalarla olan iletişim biçimleri olduğu göz ardı edilmeden tüm çalışanlarla empati kurarak fonksiyonel kaliteyi ve farkındalığı artırmak.

Kurumlar hastalara kaliteli hizmet sunabilmek için çalışanlarına daha iyi hizmet olanakları sağlamalıdır. Hastalar da iyi motive edilmiş ve ödüllendirilmiş mutlu personelden hizmet almayı tercih edeceklerdir. Dolayısıyla kurumsal düzeyde hasta memnuniyetini hedef belirleyen sağlık kurumlarının bu boyutu ihmal etmemesi gerekmektedir.

Çalışan memnuniyetinin artırılması için aşağıdaki öneriler belirlenmiştir.

- Çalışan memnuniyetinin artırılmasına yönelik kurum içi çalışmalarının yapılarak, idare ile çalışanlar arasındaki iletişimin artırılması. Bu bağlamda çalışan memnuniyetinin artırılması ve çalışanların kurum kültürüne adaptasyonları için ortak kutlamalar, birlikte yürütülen sosyal faaliyetler, çalışanların maddi olmasa bile belirli vesilelerle ödüllendirilmesi

gibi yollar denenebilir. Bunlar en azından ilk adımlar olarak yol gösterici uygulamalar olarak değerlendirilebilir.

- Çalışanların görüş ve önerilerinin daha fazla dikkate alınması amacıyla yönetim tarafından karşılıklı fikirlerin alındığı danışma toplantıları düzenlenerek çalışanların düşüncelerini rahatça dile getirebileceği ortamları hazırlamak faydalı olacaktır.
- Aynı şekilde çalışanların motivasyonunu yükseltmek amacı ile yönetim tarafından teşekkür yazısı, ek ödeme ilave puanı vb. ödüllendirme mekanizmalarının işletilmesi veya etkinliğinin artırılması çalışan memnuniyetini olumlu yönde etkileyecektir.
- Yine çalışma ortamlarında iyileştirmeler yaparak, çalışan güvenliğine yönelik tedbirlerin yeniden gözden geçirilmesi ve yönetimin çalışanlarla ilgili iletişim kanallarını sürekli açık tutması çalışan memnuniyetini artıracak düzenlemeler arasında sayılabilir.
- Kararlar alınırken sadece doktorların değil aynı zamanda hemşirelerin ve diğer çalışanların da düşünülmesi gerekmektedir. Dış hekimlerinin hastaneye gelir getirenler arasında ilk sırada olmalarına rağmen döner sermayeden daha fazla pay alabilmeleri, sağlık personelinin hasta hakları gibi hakkını arayabilmesi için idarenin teşvik edici uygulamalarla personele karşı güler yüzlü yaklaşımla, çalışanların sorunlarını iletebileceği ortamlar yaratması çalışan memnuniyeti açısından önemlidir.
- Sağlık kurumları yöneticilerinin çalışanların huzur ve rahatı için tüm olanakları kullanarak, hasta hakları kadar çalışan haklarına da özen gösterip sivil toplum örgütleriyle çalışanların durumları hakkında sürekli istişare halinde olmaları gerekmektedir.
- Bu amaçla, hastane yöneticilerinin hizmet kalitesi sunum planlarını hazırlarken çalışanların ve hastaların algılama düzeylerini dikkate almaları ve bu algıyı geliştirici çalışmaları yapmaları önerilmektedir.

Kaynaklar

1. AYALAN, Yüce (2001), Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti Tokat Devlet Hastanesinde Bir Araştırma, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat
2. DEVEBAKAN, Nevzat (2005), “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi, İzmir
3. EREN, Nevzat (1989), Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Hatipoğlu Yayınları, Ankara
4. İÇÖZ, Orhan (2005), Hizmet Pazarlaması, Turhan Kitabevi, Ankara
5. KAVUNCUBAŞI, Şahin., YILDIRIM, Selami (2010), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, (2. Baskı), Siyasal Kitabevi., Ankara
6. KORASLI, Deniz (2008), "Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi" Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
7. KUNST, Paul., LEMMINK Jos (2000), “Quality Management and Business Performance in Hospitals: A Search for Success Parameters, Total Quality Management, 11(8)
8. PALMER, Adrian (2001), “Principles Services Marketing”, Third Edition, McGraw-Hill Companies
9. TENGİLİMOĞLU, Dilaver (2011). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Siyasal Kitabevi, Ankara
10. ZEITHAML, Valarie A., BERRY, Leonard, PARASURAMAN, A (1996), “The Behavioral Consequences of Service Quality”, Journal of Marketing, 60: 31 – 46.
11. Sağlık Bakanlığı Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/ykaliteyon.pdf>] Erişim Tarihi: 16.3.2014.
12. [<http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite-asuna.pdf>] Erişim Tarihi: 27.4.2014.
13. [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/27008.html>] Erişim Tarihi: 04.4.2014.



İNSANİ GELİŞME AÇISINDAN TÜRKİYE’NİN İNCELENMESİ VE YAKIN BLOKLAR İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Orhan TUNÇ*

ÖZET

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, tüm Dünya ülkelerini kapsamayı hedefleyen İnsani Gelişme Endeksi’ni, İnsani Gelişme Raporları halinde, üç alt boyutu (sağlık boyutu, eğitim boyutu ve gelir boyutu) ile beraber 1990 yılından beri her yıl düzenli olarak yayınlamaktadır. Bu çalışma, İnsani Gelişme Raporlarından hareketle, Türkiye’nin insani gelişme açısından durumunun ve yıllar içerisinde gösterdiği performansın coğrafi olarak yakınlarında bulunan blok ülkeleri (Kafkas, Balkan ve Ortadoğu) ile endeksin alt boyutlarıyla beraber karşılaştırmasını amaçlamaktadır. Çalışma içinde, Türkiye için geliştirilmiş İnsani Gelişme Endeksi senaryolarına da yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnsani Gelişme Endeksi, Kalkınma, Eğitim, İGE

*Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Doktora Programı, orhan.tunc@isikun.edu.tr

AN ANALYSIS OF TURKEY IN TERMS OF HUMAN DEVELOPMENT INDEX AND A COMPARISON WITH BALKAN, CAUCASUS, AND THE MIDDLE EAST COUNTRIES

ABSTRACT

United Nations Development Programme has been regularly publishing the Human Development Index, which attempts to include all countries, in the form of Human Development Reports since 1990. This study aims to compare the status of Turkey in terms of human development and its performance over the years with those of nearby blocs by using Human Development Reports. Human Development Index scenarios created for Turkey are also introduced in the study.

Key Words: Human Development Index, Education, Health; HDI

1.Giriş Ve Amaç

Ekonomik gelişmişliğin insan mutluluğunu arttırmadaki etkisi uzun yıllar tartışılmıştır. Uzun yıllar boyunca ekonomik olarak gelişmiş olmak beraberinde birçok sosyal sorunu da ortadan kaldıracakları düşünülmüştür. Oysa ekonomik olarak gelişmiş olmak her zaman sosyal sorunları olumlu etkilemediği gözlemlenmiştir. Gelişmişlik sadece ülkenin ekonomik yapısını ve kişi başına düşen gelirin atması değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel olarak gelişmeyi de ifade etmektedir.

Başlıca ekonomik göstergelere bakıp, toplumların refahı hakkında bilgi sahibi olmamız, sosyal ve ekonomik gelişmeyi yönlendirmemiz yeterli değildir. Bunun için toplumsal refahı ve gelişmeyi ölçebilecek yeni göstergelerine ihtiyaç duyulmuştur [1].

1900 yılından günümüze kadar her yıl Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından yayınlanan İnsani Gelişme Raporu (İGR), insani gelişmeyi; hem insanların seçimlerinin genişletilmesi hem de onların ulaştıkları refah düzeyinin gelişmesi olarak tanımlamakta. Rapor, gelirdeki artışları insan gelişimi için gerekli, fakat yeterli görmeyerek; insanı araç olmaktan çok bir amaç ve kazanç elde edenden çok, süreçlere katılımcı olarak görmektedir. Rapor, insanların ihtiyaçları olan mal ve hizmetlerin sağlanmasından çok, insan tercihleri üzerinde yoğunlaşmaktadır [2].

Çalışmada, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından yayınlanan, İnsani Gelişme Raporlarındaki endekslerden yardım alarak, Türkiye'nin insani gelişmişlik düzeyi incelenecek ve yakın blok ülkeler ile karşılaştırması yapılacaktır.

Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde, İnsani gelişmişlik kavramı, tarihsel süreci, boyutları ve İnsani Gelişmişlik Raporunun kullandığı endeksler açıklanmaya çalışılmıştır. Endekslerde süreç içinde oluşan değişimlere değinilmiştir.

İkinci bölümde, Türkiye'nin insani gelişmişlik açısından uluslararası konumu ve yıllar içindeki performansı incelenmiştir. Türkiye için insani gelişmişlik endeksinin alt boyutları

ayrıntılı olarak incelenmeye çalışılmıştır. Yine bu bölümde Türkiye için geliştirilmiş İnsani Gelişme Endeksi senaryolarına da yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise, Türkiye’ye coğrafi olarak yakınlarında bulunan bloklar insani gelişmişlik açısından değerlendirilip, Türkiye ile karşılaştırmaları yapılmıştır.

2.İnsani Gelişme Endeksi

2.1.İnsani Gelişme Endeksi’nin Gelişimi

Uzun bir dönem boyunca kalkınma ekonomik gelişme ile özdeşleştirildi. 1970’lere kadar, kalkınma ulusal gelir artışı ile ölçülmekte ve endüstrileşmeye dayalı ekonomik büyüme olarak tanımlanmaktaydı. Gayri safi ulusal hâsıla, kişi başına düşen ulusal gelir ve diğer ekonomik göstergeler kalkınmayı en iyi yansıtan sayısal veriler olarak kabul edilmekteydi. Bu kapsamda kişi başına düşen ulusal gelir, ekonomik performansı en iyi ölçen gösterge olması, ülkeler arası karşılaştırmaya olanak vermesi ve ülkelerin gelirlerine göre sınıflanabilmesini sağlaması nedeniyle uzun süre tercih edilen ve başvurulan sayısal gösterge oldu [3].

Kalkınmayı ekonomik büyüme ile özdeşleştiren bu yaklaşıma yönelik eleştiriler, ekonomik büyümenin yoksulluğu azaltmadığı ve ortaya çıkan çeşitli toplumsal sorunlara çözüm getirmediği noktalarında yoğunlaşıyordu. 1970’li yıllarda hızlı ekonomik büyüme sergileyen bazı ülkelerin siyasal istikrarsızlık, yükselen işsizlik oranları veya gelir dağılımındaki eşitsizlikler gibi sorunlarla karşı karşıya oldukları görüldü. Bu sorunlara ekonomik büyüme tek başına çözüm getirememekteydi. Bunların yanı sıra, 1980’lerde gelişmekte olan pek çok ülkede Uluslararası Para Fonu (IMF) veya Dünya Bankasının gözetiminde uygulanan yapısal uyum programlarının insani bedellerinin çok ağır olması ekonomik kalkınma modellerinin doğası, niteliği ve sonuçlarına ilişkin kuşkuvarın dile getirilmesine müsait bir ortam hazırladı. Aynı dönemlerde, bazı yüksek ekonomik büyüme gösteren ülkeler yüksek suç oranları ve çevre sorunları nedeniyle ciddi bir sıkıntı yaşarken, orta gelir düzeyindeki bazı ülkelerin insani refah düzeyi açısından iyi bir noktada olmaları dikkati çekmekteydi. Böylece uluslararası topluluk 1980’lerde, tek başına yüksek gelir düzeyinin ya da yüksek büyüme oranlarının yoksulluktan kurtulma veya yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmediğini gördü. İnsan yüzlü bir ekonomik kalkınma modeli mümkün müdür soruları dile getirilmeye başlandı. Toplumların en alt katmanlarının çıkarlarını dikkate alan alternatif politikaların uygulanabilirliği gündeme geldi [4].

Ekonomik kalkınma anlayışlarına tepkilerin yoğun olduğu bir dönemde Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) İnsani Gelişme Raporunu yayınladı. İlki 1990’da Pakistanlı tanınmış iktisatçı ve maliye bakanı Mahbub ul Haq önderliğinde bir ekip tarafından hazırlanan ve 1990’dan beri yayınlanmakta olan bu raporların amacı, ulusal ve küresel kalkınma politikalarının merkezinde insanın yer alması gerektiğini vurgulamak ve uluslararası topluluğun dikkatini bireylerin yaşam kalitesinin önemine çekmekti. Günümüzde İnsani Gelişmişlik Raporları, hükümetler, sivil toplum kuruluşları, akademik çevreler ve medya tarafından, kalkınma politikaları hazırlamak, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini karşılaştırmak, insani gelişmişlik anlayışının önemini vurgulamak gibi değişik amaçlarla yaygın bir biçimde kullanılmaktadır.

İnsani gelişim kavramı temelde Amartya Sen’in yapabilirlik yaklaşımına dayanır. 1998 Nobel ekonomi ödülü sahibi Sen, yapabilirlik yaklaşımı ile yoksulluk ve kalkınma anlayışlarına yeni bir bakış getirmiştir. Amartya Sen, kalkınmayı ‘tüm boyutlarıyla’ bireyi

özgürleştirilmesi gereken bir süreç olarak tanımlar. Sen “kalkınmanın temel hedefinin insan için ‘iyi’ ve onurlu bir yaşamı sağlamak” olduğu tezinden yola çıkarak kalkınma sürecinde bireyin ne olabildiği ve neleri yapabildiği konusunun temel kalkınma ölçütü olması gerektiğini vurgular. Amartya Sen’in görüşleri doğrultusunda, ancak daha çok sosyal adalet kavramının belirleyiciliğinin önemini vurgulayan bir kalkınma ve insan yapabilirliği düşünürü olarak öne çıkmaktadır [5].

Yapabilirlik, bir şeyi yapabilme potansiyeline sahip olmaktır. İşlevler birbirinin içine geçmiş kategorilere ayrılırlar ve yapabilirliklerimiz bu kategoriler için potansiyellerimizi oluşturur. Kısaca yapabilirlik de bir özgürlük biçimidir: Farklı işlev birleşimlerini elde edebilme, ya da daha basit bir ifadeyle değişik yaşam biçimlerini elde edebilme özgürlüğü. Sen sağlıklı olmak, yeterli beslenmek gibi bazı işlevlerin çok temel unsurları oluşturduğunu belirtir. Toplumun bir parçası olmak, saygı görmek gibi diğer işlevler ise daha karmaşık fakat pek çok kişi tarafından önemsenen değerlere yöneliktir ve bireyler birbirlerinden bu işlevlere verdikleri önemin derecesi ile farklılaşmaktadır. Her ne kadar davranışları aynı olsa da, dini nedenlerle oruç tutan bir kişinin yapabilirlik seti, yoksul olduğu için yemek yiyemeyen bir kişinin yapabilirlik setinden çok farklıdır [6].

2.2.İnsani Gelişme Endeksinin Yapısı ve Bileşenleri

İGE üç boyutlu insani gelişmenin birleşik ölçümünü sağlar. Endeks 2009 yılına kadar; yaşam beklentisi, yetişkinler arasında okuryazarlık oranı ve satın alma gücü paritesine göre hesaplanmış kişi başına gelir verilerini kullanırken, kullandığı verilerde çok büyük değişikliklere gitmeden, 2010 yılından itibaren; doğumdan yaşam beklentisi, okullaşma yıl ortalaması, beklenen yıllık okullaşma ve ABD Doları cinsinden Gayri Safi Milli Gelir verileri kullanılmaktadır. Her bir gösterge için minimum ve maksimum değerler ile aşağıdaki formül kullanılarak alt endeksler oluşturulmuştur;

$$\text{Alt Endeks} = (\text{Maksimum Değer} - \text{Gerçek Değer}) / (\text{Maksimum Değer} - \text{Minimum Değer})$$

İGE bir ülkenin insani gelişimini üç farklı boyutundaki ortalama başarısını yansıtır, böylece ülkelerin kalkınmışlık düzeyi değerlendirilirken gelir tek kıstas olmamakta, yaşam kalitesi açısından gelir kadar önemli olan diğer unsurlar da dikkate alınmaktadır.

Ülkeler için elde edilen 0 ile 1 arasındaki İGE değerleri çok yüksek, yüksek, orta veya düşük gelişmiş ülkeler olarak dört grup olarak ayrıştırılmışlardır.

İnsani Gelişme Endeksinin üç alt endeksi vardır; sağlık endeksi, eğitim endeksi ve gelir endeksi. Şimdi sırasıyla bu endeksler incelenecektir.

2.2.1.Sağlık Endeksi

İnsani Gelişme Endeksinin birinci alt endeksi olan Yaşam Beklenti Endeksi, doğumdan beklenen yaşam süresine dayanmaktadır.

2.2.2.Eğitim Endeksi

Eğitim Endeksini iki veri oluşturmaktadır. 1995-2009 yılları arasında yetişkin okur yazarlık oranı ve bütünleşik bir okullaşma oranı kullanılmıştır. 2010 sonrasında ise beklenen okullaşma yılı ve ortalama okullaşma yılı verileri kullanılmıştır.

Ortalama okullaşma yılı, 25 yaş ve üzeri kişilerin hayatı boyunca aldıkları eğitim yıllarının ortalamasını ifade etmektedir. Beklenen okullaşma yılı ise yaşa bağlı okula kayıt

oranlarının mevcut şekilde kalması halinde, okula başlama yaşındaki bir çocuğun beklenen öğrenim hayatının toplam yıl sayısını gösterir.

2.2.3. Gelir Endeksi

Gelir endeksi ilk dönemler satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış ABD Doları cinsinden kişi başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) olarak hesaplanırken, 2010 sonrasında ise ABD Doları cinsinden Gayri Safi Milli Gelir (GSMG) olarak hesaplanmaya başlanmıştır.

Yaşam standartları artık PPP ABD \$ olarak kişi başına gayri safi yurtiçi hâsıla (GSYİH) yerine PPP ABD \$ olarak kişi başına Gayrisafi Milli Gelir (GSMG) şeklinde hesaplanmaktadır. Gayrisafi yurt içi hasıla bir ekonomik çıktı ölçüsü olmakla birlikte bir ülkenin harcanabilir gelirini yansıtmamaktadır. Bazı kârlar yurtdışına çıkıyor olabilir, bazı yerleşik kişiler yurtdışından işçi dövizini alıyor olabilir ve bazı durumlarda da dışarıdan ülkeye gelen yardım akışları önemli miktarlara ulaşmış olabilir. GSMG, GSYİH'yı bu faktörler için uyarlamaktadır ve bu nedenle de bir ülkenin gelir düzeyini ölçmek açısından daha iyi bir ölçüdür.

2.3. Hesaplama Yöntemleri ve Değişimleri

İGE hesaplamasında 1990 yılından 2010 yılına kadar kullanılan veriler aynı olmakla birlikte hesaplama yönteminde bir takım değişikliklere gidilmiştir. İGE hesaplamasındaki formül değişiklikleri nedeniyle, ülke verilerinin yıllar itibarıyla karşılaştırılabilirliği bozulduğundan, bu eksikliği gidermek amacıyla en son belirlenen formül kullanılarak önceki dönem verileri beş yıllık aralıklarla yeniden hesaplanıp yayımlanmaktadır. Bu değişiklikler neticesinde ülkelerin önceki yıllar sıralamasında veya İGE puanlarında değişiklikler görülebilmektedir.

2.3.1. 2010 ve 2011 UNDP Raporu İGE Hesaplama Yöntemi [11], [12]

2010 yılı raporunda İGE hesaplamasında hem kullanılan göstergelerde hem de formüllerde değişikliğe gidilmiştir. 2011 yılında, 2010 yılında kullanılan göstergeler ve formüller aynen korunmuştur.

1995-2009 yılları arasında insani gelişmenin, uzun ve sağlıklı bir yaşam, eğitim ve insanca bir yaşam standardı olarak belirlenen üç boyutunu ölçmek için sırasıyla doğumda beklenen ortalama ömür, yetişkinlerde okur-yazarlık oranı ile brüt okullaşma oranı ve satın alma gücü paritesine göre uyarlanmış gelir düzeyi kullanılırken, 2010 yılı raporunda söz konusu üç boyut (eğitim, sağlık, gelir) aynı kalmakla birlikte, bu boyutlardan gelir ve eğitimi ölçmek için kullanılan ölçütler farklılaşmıştır.

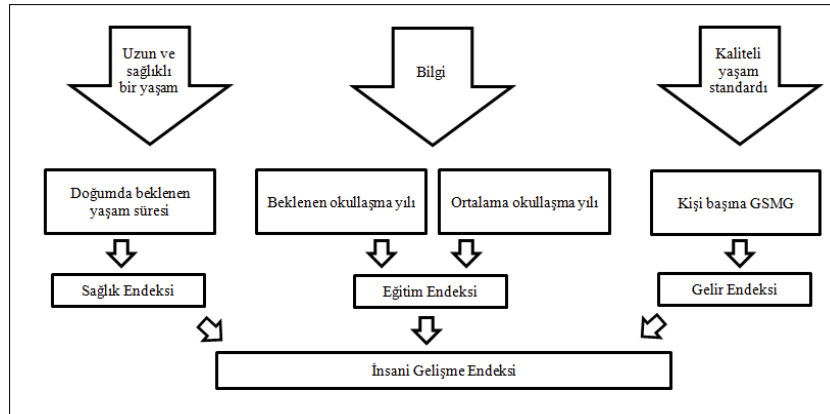
Eğitim endeksi iki veri ile ölçülmektedir; (i) ortalama okullaşma yılı, 25 yaş ve üzeri kişilerin hayatı boyunca aldıkları eğitim yıllarının ortalamasını ifade etmektedir. (ii) beklenen okullaşma yılı ise yaşa bağlı okula kayıt oranlarının mevcut şekilde kalması halinde, okula başlama yaşındaki bir çocuğun beklenen öğrenim hayatının toplam yıl sayısını gösterir.

Bu yeni ölçütlerin kullanılmasının sebebi özellikle İGE sıralamasında üst sıralarda yer alan ülkelerin önceki ölçütler olan okullaşma oranı ve okur-yazarlık oranında oldukça yüksek seviyelere ulaşmaları nedeniyle bu ölçütlerin ayırım yaratma güçlerinin zayıflamış olmasıdır. Yeni göstergelerin ülkeler arasında daha güçlü bir ayırıcı olduğu ifade edilmektedir.

Gelir ise daha önce satın alma gücü paritesine (SGP) göre uyarlanmış kişi başı GSYİH (ABD Doları) olarak hesaplanırken, kişi başına Gayri Safi Milli Gelir (GSMG) (SGP, ABD

Doları) olarak hesaplanmaya başlanmıştır. GSMG, bir ülke vatandaşlarının verilen bir yıl için ürettikleri toplam mal ve hizmetlerin, belli bir para birimi karşılığindeki değerinin toplamıdır. GSYİH yerine GSMG kullanılmasındaki en önemli neden, GSYİH'nın ekonomik bir çıktı olması ve ülkenin harcanabilir gelirini yansıtmamasıdır. Yurtdışına çıkan kârlar ve işçi dövizleri gibi kalemler bazı ülkeler için önemli boyutlarda olabilir. GSMG, GSYİH'yi bu faktörler için uyarlamaktadır.

Şekil 1: 2010-2011 Yıllarında İGE Hesaplama Diyagramı [11]



Tablo 1: İGE Hesaplamasında Kullanılan Ölçütler ve Hesaplama Yöntemi Değişiklikleri [11], [14]

Boyutlar	2009 ve öncesi			2010 ve 2011			
	Göstergeler	Dönüşüm		Göstergeler		Dönüşüm	
		Minimum değer	Maksimum değer			Minimum değer	Maksimum değer
Sağlık	Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	25	85	Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	2010 Yılı	20	83,2
					2011 Yılı	20	83,4
Bilgi	Yetişkin okuryazarlık (%)	0	100	Beklenen okullaşma yılı	2010 Yılı	0	20,6
	Bütünleşik brüt okullaşma oranı (%)	0	100	Ortalama okullaşma yılı	2011 Yılı	0	18
					2010 Yılı	0	13,2
2011 Yılı	0	13,1					
Yaşam Standardı	Kişi başı GSYH (SGP ABD\$)	100	40.000	Kişi başına GSMG (SGP ABD\$)	2010 Yılı	163	108.201
					2011 Yılı	100	107.721
Birleştirilmiş	Aritmetik ortalama			Geometrik ortalama			

2010 yılından itibaren İGE hesaplamasında yapılan değişiklik ile birlikte endeksin değişiminde, endeks hesaplamasında kullanılan değişkenlerde son zamanlarda yaşanan gelişimden çok, değişkenin mevcut büyüklüğü de dikkate alındığından, değişkenlerin bugüne kadarki gelişimi önem taşımaktadır. Özellikle eğitim için kullanılan ortalama okullaşma yılı değişkeni stok bir değişken olduğundan bu değişkenin kısa vadede çok fazla değişmesi beklenemez. Okullaşma oranlarının arttığı ama mevcut okullaşma oranının nispeten düşük olduğu ülkeler için bu değişkenin kullanılması bu ülkelerin İGE değer ve sıralamalarını olumsuz yönde etkilemiştir.

Buna karşın, okur-yazarlık oranının oldukça yüksek olduğu ülkeler ise yeni değişkenin ayırt edici özelliğinin fazla olması nedeniyle daha üst sıralara çıkabilmişlerdir. Önceki yıllarda 15 yaş ve üstü için okur-yazarlık oranı alınırken, 2010 yılı raporunda 25 yaş ve üstü

için ortalama okullaşma yılı alınmaya başlanmıştır. Bu durum da okur-yazarlık ve okullaşma oranı son dönemlerde artış gösteren ülkelerin aleyhine olmuştur.

Brüt bütünlük okullaşma oranı yerine beklenen okullaşma yılının kullanılmaya başlanmasının en önemli nedeni de yukarıda da değinildiği gibi okullaşma oranı göstergesinin ayırt edici özelliğinin azalmasıdır. Bir takım ülkeler okullaşma oranlarında yüzde 100’ü yakaladıklarından veya bu orana çok yaklaştıklarından bir yıldan diğer bir yıla bu gösterge bakımından bir gelişme sağlamamış gibi görünmekteydiler. Beklenen okullaşma yılının kullanılmaya başlanması ile okullaşma oranlarının çok yüksek olduğu ama diğer göstergeleri nedeniyle daha alt sıralarda olan ülkeler (özellikle Orta Doğu Avrupa ülkeleri) üst sıralara çıkmışlardır. Bu ülkelerin sıralamada ilerlemesi ile birlikte düşük okullaşma oranına sahip ülkelerin sıralamaları olumsuz yönde etkilenmiştir [15].

3. Türkiye’nin İnsani Gelişme Endeksi

Bu bölümde, 1990 yılı itibariyle UNDP tarafından yayınlanan İnsani Gelişme raporlarında bulunan İGE değerleri yardımıyla Türkiye’nin insani gelişme performansı değerlendirilmiştir.

3.1. 1990-2011 Türkiye’nin İGE Performansı

Türkiye’nin insani gelişme performansı değerlendirilirken daha önceki bölümlerde bahsettiğimiz İGE hesaplama yöntemlerinde bazı değişimler söz konusu olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Değerlendirme yapılırken, IGR’ları yayımlandığı yıl itibariyle Türkiye’nin İGE değerine ve daha sonra yeni formüle göre hesaplanmış İGE değerlerine bakılacaktır. Aşağıda Tablo 2’de eski ve yeni formül ile hesaplanmış, Türkiye’nin 1990-2011 yılları arasında İGE değerleri ve dünya sıralaması gösterilmiştir.

Tablo 2: Eski ve Yeni Formülle Yıllar İtibariyle Türkiye’nin İGE Değeri [13]

Rapor Yılı	İGE (Yayımlandığı Yıl İtibariyle)				İGE (2010 Sonrası Yeni Formül ile)			
	Ülke Sayısı	Endeks Değeri	Sırası	Seviyesi	Ülke Sayısı	Endeks Değeri	Sırası	Seviyesi
1990	130	0,751	72	Orta	118	0,552	71	Orta
1995	174	0,792	66	Orta	129	0,583	72	Orta
2000	174	0,732	85	Orta	137	0,629	66	Orta
2001	162	0,735	82	Orta	137	0,631	67	Orta
2002	173	0,742	85	Orta	140	0,641	68	Orta
2003	175	0,734	96	Orta	143	0,647	70	Orta
2004	177	0,751	88	Orta	144	0,651	73	Orta
2005	177	0,750	94	Orta	169	0,656	82	Orta
2006	177	0,757	92	Orta	168	0,665	83	Orta
2007	177	0,775	84	Orta	169	0,672	81	Orta
2008	177	0,775	84	Orta	168	0,674	81	Orta
2009	182	0,806	79	Yüksek	169	0,674	84	Orta
2010	169	0,679	83	Yüksek	169	0,679	83	Yüksek
2011	187	0,699	92	Yüksek	187	0,699	92	Yüksek

Tablo 2’de görüldüğü gibi, 2010 sonrası hesaplama yönteminde yapılan değişiklikler sonrası Türkiye’nin İGE değeri azalmıştır. 1990 yılında 0,751 olan Türkiye İGE değeri yeni hesaplama yöntemleri sonrası 0,199 puan gerileyerek 0,552 olmuştur. Aynı şekilde 2000

yılında 0,732 olan Türkiye İGE değeri yeni hesaplama yöntemleri sonrası 0,103 puan gerileyerek 0,629 olmuştur.

Türkiye 2010 yılına kadar orta seviyede gelişmiş bir ülke olarak görünürken, 2010 sonrası yüksek gelişmişlik seviyesinde görünmektedir. 2010 yılında 169 ülke arasında 83. Sırada yer alırken, 2011’de 9 sıra gerileyerek 187 ülke arasında 92.sırada yer almaktadır.

3.2. 1990-2011 Türkiye’nin İGE Bileşenlerindeki Performansı

Aşağıda Tablo 3’de Türkiye’nin 1990-2011 yılları arasında İGE alt bileşenlerindeki performansı ve sıralaması gösterilmiştir.

Tablo 3: Yıllar İtibariyle Türkiye’nin İGE Alt Bileşenleri Performansı [13]

Rapor Yılı	İnsani Gelişme Endeksi (İGE)			Sağlık Endeksi			Eğitim Endeksi						Gelir Endeksi		
	Değer	Ülke Sayısı	Sırası	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi			Ortalama Okullaşma Yılı			Beklenen Okullaşma Yılı			Kişi Başına GSMG (\$)		
				Değer	Ülke Sayısı	Sırası	Değer	Ülke Sayısı	Sırası	Değer	Ülke Sayısı	Sırası	Değer	Ülke Sayısı	Sırası
1990	0,552	118	71	64,63	194	117	4,48	145	94	8,37	155	108	8.632	159	54
1995	0,583	129	72	67,59	194	108	4,80	147	101	9,20	161	110	9.243	172	56
2000	0,629	137	66	69,97	194	99	5,54	161	106	10,76	169	104	10.422	178	55
2001	0,631	137	67	70,34	194	98	5,64	162	106	11,07	169	104	9.581	178	63
2002	0,641	140	68	70,67	194	96	5,74	162	105	11,45	172	100	10.091	180	60
2003	0,647	143	70	70,95	194	97	5,84	162	105	11,55	176	102	10.493	180	60
2004	0,651	144	73	71,19	194	97	5,94	162	105	11,26	176	121	11.370	180	60
2005	0,656	169	82	71,40	194	97	6,04	173	111	11,18	190	112	12.206	183	59
2006	0,665	168	83	71,57	194	95	6,13	173	111	11,58	190	109	12.862	182	58
2007	0,672	169	81	71,74	194	95	6,21	173	111	11,84	190	109	13.315	183	59
2008	0,674	168	81	71,90	194	94	6,30	173	111	11,84	190	109	13.417	183	60
2009	0,674	169	84	72,06	194	97	6,39	173	112	11,84	190	109	12.771	183	65
2010	0,679	169	83	72,23	194	97	6,47	173	115	11,84	190	109	13.359	183	62
2011	0,699	187	92	73,98	194	79	6,47	188	127	11,81	192	116	12.246	187	67

Tablo 3’de 2010 sonrası hesaplama yönteminde yapılan değişiklikler sonucunda 1990-2011 yılları arasında Türkiye için hesaplanmış İGE ve alt bileşen değerleri görünmektedir.

1990 yılında doğumdan beklenen yaşam süresi 64,63 iken 2011 yılında 73,98 yaş artarak 73,98 olmuştur. Doğumdan beklenen yaşam süresinde 1990 yılında 117.sırada bulunurken, 2011 yılına gelindiğinde 79.sıraya yerleşmiştir. 20 yıl gibi bir zaman diliminde 37 ülkeyi geride bırakmıştır. Uzun yıllar boyunca Sağlık Endeksinde aldığımız değer sonrası sıralamadaki yerimiz, İGE değerine göre çok daha düşük olmasına karşın, 2011 yılında İGE’de 92.sırada Sağlık Endeksinde ise 79.sırada görünmekteyiz.

1990 yılında ortalama okullaşma yılı 4,48 iken 2011 yılında 6,47’ye ulaşmıştır. Bunun anlamı, Türkiye’de ortalama bir bireyin 6,47 yıl eğitim almış olmasıdır. 1990 yılında 4,48 değeri ile 145 ülke arasında 94.sıradayken, 2011 yılında 188 ülke içinde 127.sıraya gerilemiştir. 2011 yılı İGE sıralamasında 92.sırada olan Türkiye, aynı yıl Eğitim Endeksi göstergelerinden olan ortalama okullaşmada 127.sırada görünmektedir. Türkiye Dünya ülkeleri arasında çok düşük ortalama okullaşma değerine sahiptir. Ortalama okullaşmada genel olarak İGE sıralamasının altında kalınmıştır.

1990 yılında beklenen okullaşma yılı 8,37 iken, 2011 yılında 11,81’e ulaşmıştır. Türkiye 1990’da 155 ülke arasında 108.sırada iken, 2011 yılında 192 ülke içinde 116.sıraya yerleşmiştir. Beklenen okullaşmada genel olarak İGE sıralamasının altında kalınmıştır.

1990 yılında kişi başına GSMG 8.632 \$’iken, 2011 yılında 12.246 \$’a ulaşılmıştır. Türkiye 1990 yılında GSMG’de 159 ülke arasında 54.sırada görünürken, 2011 yılında 187 ülke arasında 67.sıraya düşmüştür. Türkiye gelir endeksi sıralamasında her zaman İGE

sıralamasının üstünde yer almıştır. Türkiye Gelir Endeksinde sıralamada bulunduğu konumu, kalite açısından hayati önem taşıyan Sağlık ve Eğitim Endekslerine yansıtamadığı görülmektedir.

1990-2011 yılları arasında, Türkiye’de doğumdan beklenen yaşam süresi 9,35 yıl, ortalama okullaşma süresi 2,00 yıl ve beklenen okullaşma süresi ise 3,44 yıl uzamıştır. Türkiye’nin kişi başına düşen GSMG’de 1990-2011 yılları arasında % 42 oranında artmıştır.

3.3. Türkiye’nin İnsani Gelişme Endeksinin Gelişimine Dair Senaryolar

Aşağıda Tablo 4’de Türkiye için geliştirilmiş İGE senaryoları bulunmaktadır. Değişkenlerin belirli oranlarda artmasının İGE’ne etkileri ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Oluşturulan senaryolarda diğer ülkelerin İGE ve alt bileşenlerinde herhangi bir değişikliğin olmadığı kabul edilmiştir.

Tablo 4: Türkiye’nin İGE’nin Gelişimine Dair Senaryolar

Tahmini Artış Oranları	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Ortalama Okullaşma Yılı	Beklenen Okullaşma Yılı	Kişi Başına GSMG (\$)	İGE	İGE Etkisi (%)	Endeks Sırası
	73,98	6,47	11,81	12.246	0,699		92
% 2	75,46	6,47	11,81	12.246	0,705	% 0,9	89
% 4	76,94	6,47	11,81	12.246	0,711	% 1,8	87
% 6	78,42	6,47	11,81	12.246	0,718	% 2,7	84
% 8	79,90	6,47	11,81	12.246	0,724	% 3,5	81
% 10	81,38	6,47	11,81	12.246	0,729	% 4,4	76
% 2	73,98	6,60	11,81	12.246	0,701	% 0,3	91
% 4	73,98	6,73	11,81	12.246	0,704	% 0,7	90
% 6	73,98	6,86	11,81	12.246	0,706	% 1,0	89
% 8	73,98	6,99	11,81	12.246	0,708	% 1,3	88
% 10	73,98	7,12	11,81	12.246	0,710	% 1,6	87
% 2	73,98	6,47	12,05	12.246	0,701	% 0,3	91
% 4	73,98	6,47	12,29	12.246	0,704	% 0,7	90
% 6	73,98	6,47	12,52	12.246	0,706	% 1,0	89
% 8	73,98	6,47	12,76	12.246	0,708	% 1,3	88
% 10	73,98	6,47	13,00	12.246	0,710	% 1,6	87
% 2	73,98	6,47	11,81	12.491	0,700	% 0,1	91
% 4	73,98	6,47	11,81	12.736	0,701	% 0,3	91
% 6	73,98	6,47	11,81	12.981	0,702	% 0,4	91
% 8	73,98	6,47	11,81	13.226	0,703	% 0,5	91
% 10	73,98	6,47	11,81	13.471	0,704	% 0,7	90

Tablo 4 oluşturulurken, Türkiye’nin İGE’nin her alt bileşenlerinin yüzde 2, 4, 6, 8 ve 10 oranında artırılması sonrasında oluşan İGE puanı ve sıralamadaki yeri verilmiştir. Her bir satırda ilgili alt endeksin belirli oranda artışı yapıp, bu artışın İGE puanındaki değişimi, İGE’de ki değişimin yüzdelik değerini ve sıralamadaki değişimi gözlemlenmektedir. Bir değişkende belirli oranlarda artış olduğu kabul edildiğinde, diğer oranlar sabit tutulmuştur. Çalışmada 2011 yılı başlangıç verileri olarak alınmıştır.

Doğumdan beklenen yaşam süresi alt endeksinde % 2’lik bir artışın olduğu kabul edildiğinde, İGE değeri % 0,9 oranında artarak 0,705’e ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 3 sıra artarak 89.sıraya yükselmektedir. Doğumdan beklenen yaşam süresi alt endeksinde % 10’luk bir artışın olması durumunda, İGE değeri % 4,4 oranında artarak 0,729’a ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 16 sıra artarak 76.sıraya yükselmektedir.

Ortalama okullaşma yılı alt endeksinde % 2’lik bir artışın olduğu kabul edildiğinde, İGE değeri % 0,3 oranında artarak 0,701’e ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 1 sıra artarak 91.sıraya yükselmektedir. Ortalama okullaşma yılı alt endeksinde % 10’luk bir artışın olması durumunda, İGE değeri % 1,6 oranında artarak 0,710’a ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 5 sıra artarak 87.sıraya yükselmektedir.

Beklenen okullaşma yılı alt endeksinde % 4’lük bir artışın olduğu kabul edildiğinde, İGE değeri % 0,7 oranında artarak 0,704’e ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 2 sıra artarak 90.sıraya yükselmektedir. Beklenen okullaşma yılı alt endeksinde % 10’luk bir artışın olması durumunda, İGE değeri % 1,6 oranında artarak 0,710’a ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 5 sıra artarak 87.sıraya yükselmektedir.

Kişi başı GSMG (\$) alt endeksinde % 2’lik bir artışın olduğu kabul edildiğinde, İGE değeri % 0,1 oranında artarak 0,700’e ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 1 sıra artarak 91.sıraya yükselmektedir. Kişi başı GSMG (\$) alt endeksinde % 10’luk bir artışın olması durumunda, İGE değeri % 0,7 oranında artarak 0,704’e ulaşmaktadır. Bu endeks puanı ile sıralamadaki yeri 2 sıra artarak 90.sıraya yükselmektedir.

Tüm alt endekslerin ayrı ayrı % 8 oranında artırıldığını düşündüğümüzde, bu artışın endeks sıralamasına etkisi; doğumdan beklenen yaşam süresinin artışında 8 sıra, ortalama okullaşma yılı süresinin artışında 4 sıra, beklenen okullaşma yılı süresinin artışında 4 sıra ve kişi başı GSMG’in artışında ise 1 sıra yükseldiği gözlemlenmektedir. Burada da anlaşılacağı gibi, İGE değerini en çok doğumdan beklenen yaşam süresinin etkilediği görülmektedir. Daha sonra ise ortalama okullaşma yılı ile beklenen okullaşma yılının aynı oranda etkilediği görülmektedir. En düşük katkıyı ise Kişi başı GSMG’de ki değişim vermektedir.

Türkiye’nin İGE alt endeks verilerine bakıldığında, en yüksek endeks değerine sahip olunan gelir endeksi, İGE değerine en az katkıyı yapan endeks olduğu görülmektedir.

4.Türkiye’nin İnsani Gelişme Endeksi Performansının Yakın Bloklar İle Karşılaştırması

4.1.Türkiye’ye Yakın Bloklar

Türkiye dünya üzerinde bulunduğu coğrafi konumu ve sosyokültürel yapısı itibarıyla; bir Ortadoğu ülkesi, bir Balkanlar ülkesi ve bir Kafkaslar ülkesi sayılabilmektedir. Çalışmamızda Türkiye’nin de içinde bulunduğu yakın bloklara bakarken; Ortadoğu’da 17 ülke, Balkanlar’da 14 ülke ve Kafkaslar’da 5 ülke inceleme kapsamına alınmıştır. Aşağıda Tablo 5’de inceleme kapsamında bulunan yakın blok ülkeleri ve nüfusları bulunmaktadır.

Tablo 5: Türkiye'ye Yakın Blok Ülkeler ve Nüfusları [16]

S/N	Ortadoğu		Balkanlar		Kafkaslar	
	Ülke Adı	Nüfusu	Ülke Adı	Nüfusu	Ülke Adı	Nüfusu
1	BAE	5.148.664	Arnavutluk	2.994.667	Azerbaycan	8.372.373
2	Bahreyn	1.214.705	Bosna-Hersek	4.622.163	Ermenistan	2.967.975
3	Filistin		Bulgaristan	7.093.635	Gürcistan	4.585.874
4	Irak	30.399.572	Hrvatistan	4.483.804	Rusya	138.739.892
5	İran	77.891.220	Karadağ	661.807	Türkiye	78.785.548
6	İsrail	7.473.052	Macaristan	9.976.062		
7	Katar	848.016	Makedonya	2.077.328		
8	Kıbrıs	1.120.489	Moldova	4.314.377		
9	Kuveyt	2.595.628	Romanya	21.904.551		
10	Lübnan	4.143.101	Sırbistan	7.310.555		
11	Mısır	82.079.636	Slovenya	2.000.092		
12	Suriye	22.517.750	Ukrayna	45.134.707		
13	Suudi Arabistan	26.131.703	Yunanistan	10.760.136		
14	Umman	3.027.959	Türkiye	78.785.548		
15	Ürdün	6.508.271				
16	Yemen	24.133.492				
17	Türkiye	78.785.548				
Toplam		374.018.806		202.119.432		233.451.662

4.1.1. Balkanlar ile Karşılaştırma

Türkiye'nin yakın bloklardan olan Balkanlar'da 14 ülke inceleme kapsamımızdadır. Türkiye ile Balkanlar karşılaştırması yapılırken öncelikle İGE değerine daha sonra ise İGE alt bileşenlerine bakılacaktır.

4.1.2. Türkiye ile Balkanlar İGE Performansı Karşılaştırmaları

Toplam nüfusları 200 Milyon civarında olan Balkanlarda bulunan ülkeler aşağıda Tablo 6'da 1990-2011 yılları arasında İGE performansları gösterilmiştir.

Tablo 6: 1990-2011 Türkiye ve Balkanlar İGE Karşılaştırmaları [13]

S/N	Balkan Ülkeleri	1990		1995		2000		2005		2010		2011		Yıllık İGE Artış Oranı
		118 Ülke		129 Ülke		137 Ülke		169 Ülke		169 Ülke		187 Ülke		
		Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	
1	Slovenya			0,743	32	0,780	28	0,813	29	0,828	29	0,884	21	% 1,12
2	Yunanistan	0,753	24	0,761	28	0,784	26	0,839	25	0,855	22	0,861	29	% 0,65
3	Macaristan	0,692	34	0,723	36	0,767	31	0,798	35	0,805	36	0,816	38	% 0,82
4	Hrvatistan			0,690	42	0,720	42	0,752	49	0,767	51	0,796	46	% 0,90
5	Romanya	0,688	36	0,674	45	0,690	50	0,733	51	0,767	50	0,781	50	% 0,62
6	Karadağ							0,755	48	0,769	49	0,771	54	% 0,31
7	Bulgaristan	0,678	40	0,678	43	0,693	47	0,724	57	0,743	58	0,771	55	% 0,62
8	Sırbistan							0,719	59	0,735	60	0,766	59	% 0,95
9	Arnavutluk	0,647	45	0,633	61	0,670	54	0,700	63	0,719	64	0,739	70	% 0,65
10	Bosna-Hersek							0,698	64	0,710	68	0,733	74	% 0,72
11	Ukrayna	0,690	35	0,644	55	0,649	61	0,696	66	0,710	69	0,729	76	% 0,26
12	Makedonya			0,634	60	0,660	57	0,678	72	0,701	71	0,728	78	% 0,88
13	Türkiye	0,552	71	0,583	72	0,629	66	0,656	82	0,679	83	0,699	92	% 1,21
14	Moldova	0,616	53	0,547	83	0,552	85	0,606	99	0,623	99	0,649	111	% 0,24
	Ortalama	0,665	42	0,664	51	0,691	50	0,726	57	0,744	58	0,766	61	% 0,69

Tablo 6’da görüldüğü gibi, Türkiye Balkanlar’da bulunan ülkeleri arasında en düşük İGE performansına sahip 2.ülke konumundadır. Türkiye 14 ülke bulunan Balkanlar arasında 13.sırada bulunmaktadır. 2011 yılı İGE sıralamasında 92.sırada görünen Türkiye’yi 111.sırada olan Moldova takip etmektedir. 2011 yılı Balkanlar’ın ortalama İGE değeri 0,766 iken, Türkiye’nin ise 0,699 düzeyinde olup, ortalamanın oldukça altında kalmaktadır. 1990-2011 yılları arasındaki trende bakıldığında Türkiye her dönem en kötü İGE değerine sahip 2 ülkeden biri olmuştur. Türkiye’nin İGE değerlerindeki bu düşük performansına karşın, 1990-2011 yılları arasındaki yıllık İGE artış oranı tüm Balkanlar’ın üzerindedir. Balkanlar’ın yıllık İGE ortalama artış oranı % 0,69 düzeyinde iken, Türkiye’nin yıllık ortalama artış oranı % 1,21 düzeyindedir.

İGR’ları gelişmişlik kategorileri göz önünde bulundurulduğunda; 2011 İGE değerine göre, 14 Balkanlar Ülkelerinin 5’i çok yüksek gelişmişlik kategorisinde görünürken, 8’i yüksek gelişmiş düzeyde, 1 ülke ise orta düzeyde gelişmiş ülke olarak görünmektedir.

4.1.3.Kafkaslar Ülkeleri ile Karşılaştırma

Türkiye’nin yakın bloklardan olan Kafkaslar’da 5 ülke inceleme kapsamımızdadır. Türkiye ile Kafkas ülkeleri karşılaştırması yapılırken öncelikle İGE değerine daha sonra ise İGE alt bileşenlerine bakılacaktır.

4.1.3.1.Türkiye ile Kafkas Ülkeleri İGE Performansı Karşılaştırmaları

Toplam nüfusları 230 Milyon civarında olan Kafkas ülkelerinin aşağıda Tablo 7’de 1990-2011 yılları arasında İGE performansları gösterilmiştir.

Tablo 7: 1990-2011 Türkiye ve Kafkas Ülkeleri İGE Karşılaştırmaları [13]

S/N	Kafkas Ülkeleri	1990		1995		2000		2005		2010		2011		Yıllık İGE Artış Oranı
		118 Ülke		129 Ülke		137 Ülke		169 Ülke		169 Ülke		187 Ülke		
		Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	
1	Rusya	0,692	33	0,644	56	0,662	56	0,693	68	0,719	65	0,755	66	% 0,41
2	Gürcistan							0,679	71	0,698	74	0,733	75	% 1,14
3	Ermenistan			0,571	77	0,620	69	0,669	76	0,695	76	0,716	86	% 1,49
4	Azerbaycan			0,563	81	0,597	77	0,655	83	0,713	67	0,700	91	% 1,43
5	Türkiye	0,552	71	0,583	72	0,629	66	0,656	82	0,679	83	0,699	92	% 1,21
	Ortalama	0,622	52	0,590	72	0,627	67	0,671	76	0,701	73	0,721	82	% 0,72

Tablo 7’de görüldüğü gibi, Türkiye Kafkas ülkeleri arasında en düşük İGE performansına sahip ülke konumundadır. 2011 yılı Kafkas ülkelerin ortalama İGE değeri 0,721 iken, Türkiye’nin ise 0,699 düzeyinde olup, ortalamanın altında kalmaktadır. Türkiye 2000 yılında Ermenistan’ın 3 sıra önünde ve Azerbaycan’ın 11 sıra önünde yer alırken, 2011 yılına gelindiğinde iki ülkenin de gerisinde kalmıştır. Türkiye yıllar itibariyle Ermenistan ve Azerbaycan’ın yıllık İGE artış oranının altında kalmıştır. Kafkas ülkeleri arasında en iyi İGE değerine sahip olan Rusya 1990 yılında 33.sırada iken, 2011 yılında 66.sıraya gerilemiştir, 22 yıllık İGE artış hızı % 0,41 düzeylerinde kalarak, Kafkas ülkeleri ortalamasının oldukça altında kalmıştır.

İGR'ları gelişmişlik kategorileri göz önünde bulundurulduğunda; 2011 İGE değerine göre, 5 Kafkas ülkesi de yüksek gelişmiş ülke kategorisinde görünmektedirler.

4.1.4.Ortadoğu Ülkeleri ile Karşılaştırma

Türkiye'nin yakın bloklardan olan Ortadoğu'da 17 ülke inceleme kapsamımızdadır. Türkiye ile Ortadoğu ülkeleri karşılaştırması yapılırken öncelikle İGE değerine daha sonra ise İGE alt bileşenlerine bakılacaktır.

4.1.4.1.Türkiye ile Ortadoğu Ülkeleri İGE Performansı Karşılaştırmaları

Toplam nüfusları 370 Milyon civarında olan Ortadoğu ülkelerinin aşağıda Tablo 8'de 1990-2011 yılları arasında İGE performansları gösterilmiştir.

Tablo 8: 1990-2011 Türkiye ve Ortadoğu Ülkeleri İGE Karşılaştırmaları [13]

S/N	Ortadoğu Ülkeleri	1990		1995		2000		2005		2010		2011		Yıllık İGE Artış Oranı
		118 Ülke		129 Ülke		137 Ülke		169 Ülke		169 Ülke		187 Ülke		
		Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	Değer	Sıra	
1	İsrail	0,788	13	0,809	17	0,842	15	0,861	15	0,872	15	0,888	17	% 0,58
2	BAE	0,693	32	0,732	35	0,756	37	0,794	38	0,815	32	0,846	30	% 1,00
3	Kıbrıs	0,723	28	0,766	27	0,768	30	0,793	39	0,810	35	0,840	31	% 0,74
4	Katar					0,764	33	0,799	34	0,803	38	0,831	37	% 0,72
5	Bahreyn	0,694	31	0,738	33	0,765	32	0,793	38	0,801	39	0,806	42	% 0,74
6	Suudi Arabistan	0,620	49	0,649	52	0,690	49	0,732	53	0,752	55	0,770	56	% 1,10
7	Kuveyt			0,760	29	0,763	35	0,764	45	0,771	47	0,760	63	% 0,00
8	Lübnan											0,739	71	
9	İran	0,536	74	0,576	76	0,619	70	0,660	80	0,702	70	0,707	88	% 1,46
10	Umman	0,688	36	0,674	45	0,690	50	0,733	51	0,767	50	0,705	89	% 0,11
11	Türkiye	0,552	71	0,583	72	0,629	66	0,656	82	0,679	83	0,699	92	% 1,21
12	Ürdün	0,679	39	0,652	51	0,709	44	0,763	46	0,769	48	0,698	95	% 0,13
13	Mısır	0,484	82	0,523	86	0,566	84	0,587	103	0,620	101	0,644	113	% 1,50
14	Filistin											0,641	114	
15	Suriye	0,519	77	0,546	84			0,576	108	0,589	111	0,632	119	% 0,99
16	Irak											0,573	132	
17	Yemen					0,358	118	0,403	141	0,439	133	0,462	154	% 2,40
	Ortalama	0,634	48	0,667	51	0,686	51	0,708	62	0,728	61	0,720	79	% 0,62

Tablo 8'de görüldüğü, gibi bazı Ortadoğu ülkelerinde geçmiş yıllara ait veriler bulunmamakla birlikte, 2011 İGE değerine göre Türkiye 17 Ortadoğu ülkesi arasında 11.sırada İGE değerine sahip ülke konumundadır. 2011 yılı Ortadoğu ülkelerin ortalama İGE değeri 0,720 iken, Türkiye'nin ise 0,699 düzeyinde olup, ortalamanın altında kalmaktadır.

Ortadoğu ülkeleri gelişmişlik açısından birbirinden çok farklı kategorilerde ülkelerin toplandığı bir bölgedir. İGR'ları gelişmişlik kategorileri göz önünde bulundurulduğunda; 2011 İGE değerine göre, 17 Ortadoğu Ülkesinin 5'i çok yüksek gelişmişlik kategorisinde görünürken, 7'si yüksek gelişmiş düzeyde, 4'ü orta gelişmişlik kategorisinde, 1 ülke ise düşük düzeyde gelişmiş ülke olarak görünmektedir.

5.Sonuç ve Öneriler

İnsani gelişme, hem insanların tercihlerinin genişletilmesi hem de onların ulaştıkları refah düzeyinin gelişmesini ifade etmektedir. Ülkelerin insani gelişimlerini ölçmek için UNDP tarafından geliştirilen İnsani Gelişme Endeksi, her yıl İnsani Gelişim Raporları şeklinde yayınlanarak, birçok ülkenin gündeminde yerini almaktadır. İnsani Gelişme Raporu, ülkeleri çok yüksek, yüksek, orta ve düşük gelişme olmak üzere dört kategoride gruplamaktadır.

Çalışmada, UNDP tarafından 1990 yılından beri her yıl yayınlanan İGR’larında bulunan İGE’ne göre, Türkiye’nin performansı ve yakın blok ülkeler ile karşılaştırmaları yapılmıştır.

Çalışma kapsamında olan 1990-2011 yıllar arasında Türkiye İGE verilerine göre puanını arttırmış olmasına karşın, yakın blok ülkeleri ile karşılaştırdığımızda kapasitesinin çok altında bir görünüm sergilemektedir. 2011 yılında dünyanın 16. büyük ekonomisi olan Türkiye, İGE sıralamasında ve alt bileşenlerinde hemen hemen tüm Balkanlar’ın ardından gelmektedir. Aynı durum Kafkas ülkeleri içinde geçerlidir. Ortadoğu ülkeleri arasında ise genel olarak orta düzeyde gelişmiş bir ülke görünümündedir.

Türkiye yakın bloklardan, Balkanlar ve Kafkaslar ile özellikle eğitim endeksini oluşturan; ortalama okullaşma yılı ve beklenen okullaşma yılı verilerinde ayrılmaktadır. Bu iki alanda da Balkanlar’ın ve Kafkasların en gerisinde kalmaktadır. Balkanlar ve Kafkaslar’ın eğitime verdikleri önem, endeks verilerinden de anlaşılacağı gibi üst seviyededir.

İnsani gelişmişlik bir kıstas olarak alındığında, Türkiye yakın bloklar arasında daha çok bir Ortadoğu ülkesi görünümündedir.

Türkiye’nin İGE alt bileşenlerindeki performansına bakıldığında, sağlık ve eğitim endekslerinde oldukça gerilerde yer aldığı görülmektedir. 2011 yılı İGE sıralamasında 187 ülke arasında 92.sırada görünürken; sağlık endeksinde 79.sırada ve eğitim endeksinde ise 120.sırada görünmektedir. Gelir endeksinde ise, İGE sıralamasının üstünde 67.sırada görünmektedir. İGE alt bileşenlerinde, Türkiye en yüksek endeks değerine ve sıralamasına sahip olduğu gelir endeksi, İGE değerine en az katkıyı yapan endekstir. Türkiye gelir dışı İGE ve gelir sıralama farkı yüksek ülkelerden biridir.

Türkiye incelenen 1990-2011 yılları arasında İGE puanını sürekli yükseltmiştir, fakat buna karşın sıralamadaki yeri düşmüştür. 1990 yılında 0,552 puanıyla 71.sıradayken, 2011 yılında 0,699’luk puanı ile 92.sıraya gerilemiştir. Bu durumun sebepleri şöyle açıklanabilir;

- 1990-2011 yılları arasında İGE puanının hesaplandığı ülke sayısında sürekli bir artış söz konusudur, bu durum doğal olarak Türkiye’nin sıralamasını etkilemiştir.
- Eğitim ve sağlık verileri İGE hesaplamalarında çok önemli bir yer tutmaktadır ve bu bileşenlerde Türkiye kötü bir birikime sahiptir. Eğitim ve sağlık alanlarına yapılan yatırımlar çok önemli olmakla beraber, sonuçları uzun sürede endekslere yansımaktadır.
- İncelediğimiz 1990-2011 yılları arasında orta ve yüksek gelişmiş diğer ülkeler Türkiye’den daha başarılı bir performans göstermişlerdir. İnceleme kapsamımızda olan blok ülkeleri arasında; İran, Azerbaycan ve Ermenistan bu duruma örnek gösterilebilir. Bu ülkeler 1990 yılı İGE sıralamasında Türkiye’nin altında yer alırken, 2011 yılında Türkiye’nin üst sıralarında yer almışlardır.

İGE, insani gelişme konusunda hem uzun dönemli eğilimleri izlemek, hem de ülkeler arasındaki farklılığı ortaya koyabilmek adına çok önemli bir araçtır. Türkiye insani gelişmişlik açısından uzun vadede sınıf atlamak istiyorsa, eğitim ve sağlık alanlarına çok daha fazla önem vermeli ve bu alanlara daha fazla yatırım yapmalıdır.

Kaynaklar

1. Mustafa T., Mehmet K., Türkiye'nin Beşeri Kalkınma Potansiyeli, DPT, 1992, Ankara
2. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 1990, 1990, New York
3. Jahan S.(2007). Evolution of the human development index. in Fukuda-Parr F. & Kumar Shiva(eds) Readings in Human Development , (5th impression), Oxford University Press, Oxford, ss.152-164.
4. Haq, Mahbub ul.(1995). Reflections of human development. Oxford University Press, New York.
5. Aydınligil, Seyhan. 2007. “Türkiye’de Gençlik ve Kalkınma ‘Yapabilirliklerinin’ Genişletilmesi Üzerine”
6. Sen, A.K (1999). Development As freedom. Anchor Books, New York.
7. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 1991, 1991, New York
8. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 1994, 1994, New York
9. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 1995, 1995, New York
10. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 1999, 1999, New York
11. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2010, 2010, New York
12. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2011, 2011, New York
13. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 1990-2011, 2011, New York
14. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 2009, 2009, New York
15. Sırma D., Türkiye'nin İnsani Gelişme Endeksi, Kalkınma Bakanlığı-Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, 2011, Ankara
16. The Central Intelligence Agency (CIA), <https://www.cia.gov/library/publications/>, 2012

BİR KONUŞMA DAVRANIŞI OLARAK HASTA ŞİKÂyetLERİNİN HASTALARIN ÇIKIŞ VE SABIR TERCİHLERİNE ETKİSİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK BİR HASTANE İNCELEMESİ

Ayşegül Samatlı ALİOĞULLARI*

F. Şebnem ÖZDEM**

Yeliz Doğan MERİH***

Ş. Burak BEKAROĞLU****

ÖZET

Albert Hirschman'ın EVLN olarak bilinen sınıflandırmasına göre, hizmet alınan organizasyona yönelik memnuniyetsizlik karşısında müşterilerin çıkış, konuşma, sabır ve ihmal olmak üzere dört temel tür tercihte bulunacakları öngörülmektedir. Bu çalışmada, hasta şikâyetleri, hizmetten duyulan memnuniyetsizliği dile getiren birer konuşma davranışı olarak ele alınmış ve bunu takiben gerçekleşen çıkış veya sabır tercihleri ile arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. İstanbul'da faaliyet gösteren Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Hakları Birimi'ne 2012 yılı içinde yapılan toplam 201 hasta şikâyeti incelenmiş ve şikâyette bulunan hastaların çıkış ve sabır tercihleri üzerinde belirleyici olan unsurlar araştırılmıştır. En çok şikâyet edilen üç konu: Randevu sistemi, uzun süre sıra bekleme ve uygun olmayan personel davranışlarından oluşmaktadır. Çalışmanın bulgularına göre, kadın hastalar, erkek hastalara oranla daha fazla sabır göstermektedirler. Ayrıca, hastaneden alınan hizmetin süresi ve sayısı arttıkça, hastane hizmetleri ile ilgili herhangi bir sorun yaşanması hâlinde, hastaların daha fazla sabır tercihinde buldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: EVLN, çıkış, konuşma, sadakat, hastane

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H., Enfeksiyon Kontrol Komitesi,
aysegul_samatli@hotmail.com

**Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H., Kalite Yönetim Birimi, sebnemozdem@gmail.com

***Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H., Sağlık Bakım Hizmetleri, yelizmrh@gmail.com

****Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
bekaroglu@marmara.edu.tr

A HOSPITAL CASE STUDY MEASURING THE EFFECTS OF PATIENT COMPLAINTS AS A VOICE BEHAVIOR ON EXIT AND LOYALTY AS PATIENT CHOICE

ABSTRACT

According to so-called EVLN typology derived from Albert Hirschman's seminal work, consumers have four basic behavioral choices as exit, voice, patience, and neglect in a situation of dissatisfaction from the products or services of an organization. In this study, patient complaints were taken as a voice behavior indicative to dissatisfaction from the services provided by a hospital and their effects on the subsequent patient reactions as exit and patience were measured. A total number of 201 patient complaints made to Patient Rights Unit at the Zeynep Kamil Women and Children Diseases Teaching and Research Hospital operating in Istanbul in the year 2012 were investigated and their effects on exit and patience as patient choices were measured. Top three patient complaints were as follows: appointment system, long waiting lines, and improper staff behaviors. Results suggest female patients exhibit more patience than male patients. In addition to that, in case of any problems with the hospital services, patients' tend to exhibit more patience as the duration of relationship with the hospital and the number of hospital appointments increase.

Keywords: EVLN, exit, voice, loyalty, hospital

1. Giriş

Albert Hirschman, birer sosyal sistem olarak firmaların, organizasyonların, siyasi parti ve hatta devletlerin, performanslarında bir düşüş yaşamaları hâlinde, bozulan mal veya hizmet kalitesine yönelik tüketicilerin, üyelerin, seçmenlerin ve genel olarak da vatandaşların, memnuniyetsizliklerini ifade edebilecekleri muhtemel tepki türlerini ve bunların ilgili sosyal yapılar üzerindeki olası sonuçlarını irdelemiştir (Hirschman, 1970). Hirschman, bir organizasyonun sunmakta olduğu mal ve hizmetlerin performansındaki bozulma ile başa çıkma yollarını tüketicilerin bakış açısı ile analiz etmiş ve EVL olarak bilinen üç temel tür tüketici seçeneğinin bulunduğunu ortaya koymuştur. Bunlar: Çıkış (exit), konuşma (voice) ve sadakat (loyalty)'dir. Hirschman kuramında, sunulan mal ve hizmetlerin kalitelerindeki bir bozulma karşısında, bunları tüketmeye devam edip-etmeme veya sorunu dile getirmeyi tercih etme seçenekleri yoluyla, gerçekte tüketicilerin söz konusu mal ve hizmetleri üreten organizasyonlar ve yönetimleri üzerinde düzeltici yönde önemli bir kontrollerinin bulunduğuna değinmiştir. Ayrıca, böyle bir durum karşısında kesin sonuca ulaştıracak tüketici tepki mekanizmalarının, çıkış ve konuşma olduğuna da değinmiştir (Hirschman, 1970).

Hirschman'a göre “çıkış” ile ifade edilen, tüketicilerin firmayı veya organizasyonu terk ederek, daha yüksek kalitede mal veya hizmetleri olan bir başka firmaya geçmeleri eylemidir. Bazen de tüketiciler, memnun olmadıklarında ikinci seçenek olan “konuşma” seçeneğini kullanırlar. Konuşma ise, durumu değiştirmek amacıyla mağduriyetlerin ifade edilmesidir. Konuşma, doğrudan sorumlu yönetime bireysel olarak veya toplu bir şekilde dilekçe, protesto, kamuoyu seferberliği gibi, çeşitli eylemlerle yönetimi zorlamak için yapılmaktadır. Üçüncü

seçenek olan “sadakat”, tüketicilerin sunulan mal veya hizmetlerin performansındaki bozulmanın geçici olduğunu dileyerek ve şartlar değiştiğinde durumun da düzeleceğini umut ederek hiç ses çıkartmamaları; mal veya hizmeti satın almaya devam etmeleridir (Hirschman, 1970).

Orijinal “çıkış”, “konuşma” ve “sadakat” veya diğer bir deyişle EVL olarak bilinen model, birçok teorisyen ve uygulamacı tarafından, örgütsel bağlamda çeşitli sorunlu olaylara yönelik bireysel tepkileri açıklamak için geliştirilmiş ve genişletilmiştir. Rusbult ve Zembrodt (1982), romantik ilişkileri incelemiş ve ilişkiden memnuniyet söz konusu olduğunda “sadakat” davranışının ön plâna çıktığını, fakat taraflardan birinde azalan bir memnuniyet söz konusu olduğunda ise, “ihmal” olarak tanımlanabilecek bir dördüncü tepki davranışının geliştiğini tespit etmişlerdir. Ayrıca Rusbult ve arkadaşları (1982), bu dört tepkiyi “Yapıcı/Yıkıcı Boyut” ve “Aktif/Pasif Boyut” olarak iki boyutlu bir model üzerinde analiz etmişlerdir. Buna göre, Çıkış: Aktif/yıkıcı; Konuşma: Aktif/yapıcı; Sadakat: Pasif/yapıcı; ve İhmal: Pasif/yıkıcı davranışlar olarak değerlendirilmiştir (Rusbult ve Zembrodt, 1982).

Buradan hareketle Farrell (1983), organizasyonlarda da bir dördüncü seçenek olarak “ihmal” (neglect) davranışının olabileceğini ifade etmiştir. Nitekim iş memnuniyetsizliği de çalışanlarda gevşek ve umursamaz davranışlara neden olabilmektedir. Farrell, bu durumda “ihmal” yanıtını, çalışanlar arasında işe gecikme, devamsızlık ve yüksek hata oranları gibi, gevşek ve düşüncesiz davranışlar olarak tanımlamıştır (Farrell, 1983). Gerçekte Hirschman (1970) da orijinal EVL modelinde açıkça ihmale değinmese de, “boykot” başlığı altında söz konusu davranışa işaret etmiştir.

Neticede örgüt kuramında işgören ve tüketicilerin bir sorun karşısında gösterdikleri tepkiler, kısaca EVLN tipolojisi olarak adlandırılmaya başlanmıştır. Saunders ve arkadaşları (1992), organizasyonlar açısından çalışan öneri ve şikâyetlerinin önemli birer girdi olduğunu ve çalışanların işle ilgili memnuniyetsizlik, endişe ve önerilerini dile getirebilecekleri kanalların açık olmasının, öncelikle yöneticilerin sorumluluğunda olduğunu ifade etmişlerdir.

Hagedoorn ve arkadaşları (1999) ise, Rusbult ve arkadaşları (1988) ile Withey ve Cooper (1989)’ın çalışmalarında ifade edilen EVLN modelindeki iç tutarlılığın eksikliğine dikkat çekmiş ve EVLN modelindeki bu eksiklikleri telafi etmek için de değiştirilmiş bir EVLN modeli önermişlerdir. Bu modelde, davranışsal tepki ifadesi olan orijinal konuşma, “yapıcı konuşma” ve “yıkıcı konuşma” şeklinde iki farklı tepki ifadesi olarak açıklanmaktadır. Modeldeki “yıkıcı konuşma” tepkisi, “aktif/yıkıcı” boyutta ve “yapıcı konuşma” tepkisi ise “aktif/yapıcı” boyutta yer almaktadır. “Konuşma” ve “sadakat” davranışları, amaçları tatmin edici örgütsel ilişkiler kurmak ve desteklemek olduğu zaman “yapıcı davranışlar” olarak görülmektedir. Öte yandan, “çıkış” ve “ihmal” yanıtlarının amacı, organizasyon ve çalışan arasındaki ilişkiyi azaltmak veya sonlandırmak olduğu için, daha yıkıcı davranışlar olarak kabul edilmektedir. “İhmal” ve “sadakat” nispeten pasif iken, “çıkış” ve genel olarak “konuşma” aktif davranışlar şeklinde kategorize edilmektedir (Hagedoorn ve ark., 1999). Ayrıca, Hagedoorn ve arkadaşları (1999) orijinal EVLN modelindeki “sadakat” eyleminin davranışsal bir tepki olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bir “davranışsal tepki olarak sadakat” ile bir “tutum olarak sadakat” arasındaki ayrımı vurgulamışlar ve geliştirdikleri modelde “sadakat” yerine “sabır” (patience) kelimesini kullanmanın daha doğru olacağını belirterek, EVLN modelini yeniden düzenlemişlerdir. Bu nedenle, bizim çalışmamızda da “sadakat” yerine “sabır” kelimesine yer verilmiştir.

Ayrıca Hagedoorn ve arkadaşları (1999), aralarındaki korelasyon farklılıklarından dolayı, söz konusu tepkilerde bir döngüsellik bulunduğunu tespit etmişlerdir. Buna göre, organizasyonda sorunlu bir olayla karşılaşıldığında iş memnuniyetindeki azalmanın sırasıyla: Yapıcı konuşma, yıkıcı konuşma, çıkış, ihmal ve sabır davranışlarına yol açtığı görülmektedir.

Hirschman'ın çerçevesi, yaygın olarak refah piyasalarının analizinde kullanılır ve bu kullanıcılara çıkış, sabır, konuşma araçları ile veya bunların kombinasyonu olan bazı terimler ile sorulara mantıklı cevaplar aranır (Dowding ve ark., 2000). Solnick ve Hemenway'e (1992) göre çıkış, “isteyerek” veya “istek dışı” olmak üzere, iki farklı şekilde değerlendirilmelidir. Örneğin, iş değiştirme veya taşınma durumunda gerçekleşen çıkış “istek dışı çıkış” olarak düşünülmelidir. Hirschman tarafından dile getirilen çıkış ise, “işten ayrılma isteği olarak” değerlendirilebilecek bir çıkıştır. Bir işte uzun süre kalan veya bir yerde uzun süre ikamet eden kimseler, buldukları yerden kolay ayrılmazlar. Bu da, geçen zaman ile çıkış arasındaki negatif ilişkiyi açıklamaktadır (Solnick ve Hemenway, 1992). Çıkış ile şikâyet arasındaki ilişkide ise, çıkışın şikâyet kararını etkilemesi şeklindedir.

Müşteri sabrı veya diğer bir deyişle sadakati yaratmak, işletmelerin rekabet avantajı elde etmede kullandıkları stratejik araçlardan biridir. Müşteri sabrının sağlanabilmesi için yapılması gerekenler: Konumlandırma, hizmet kalitesi, müşteri ilişkileri yönetimi ve tutarlılık olarak dört başlık altında sıralanabilir (Barutçugil, 2009). Eğer memnun olmayan müşteriler şikâyette bulunmazlarsa, işletmeler sorunlarını çözüp, müşterilerini koruma şanslarını kaybederler (Hirschman, 1970). Bu durumda işletmenin kaybı, yalnızca giden müşteriler ve onların mevcut iş hacminden ibaret olmayıp, fakat aynı zamanda bu müşterilerin gelecekte yaratabilecekleri potansiyel iş hacmini de kapsamaktadır. Hiç kuşkusuz söz konusu kayıplar bunlarla da sınırlı değildir. Müşterilerine kusursuz hizmet sunmayı amaçlayan bir işletmenin itibarı da, memnun kalmayan müşterilerin kendi çevrelerine olumsuz konuşmaları sonucu zedelenebileceğinden, mevcut müşterilerin yanı sıra, olası müşterilerin kaybedilmesi de, ikincil kayıplar olarak düşünülmelidir (Susskind, 2002). Üçüncü olarak, eğer bir müşteri işletmeyi herhangi bir şikâyette bulunmadan terk ediyorsa, o zaman işletme yönetimi mal veya hizmetlerinin kalitesine ilişkin en değerli geri beslemeden mahrum kalacaktır (Fornell ve Wenerfelt, 1988). Öyleyse müşteri şikâyetleri, bir işletmenin faaliyetlerindeki başarısızlık ihtimalini azaltmakta ve olası müşteri kayıplarını önlemektedir (Bodey ve Grace, 2006).

İmalât ve hizmet sektörlerinden toplam 32 kuruluşta yapılan bir çalışma, kuruluşla sık etkileşimde bulunan müşterilerin şikâyette bulunma olasılıklarının da arttığını ortaya koymuştur (Fornell ve Didow, 1980). Sağlık sektöründe yapılan bir diğer çalışmada ise, uzun süre hizmet alanların daha az şikâyette buldukları görülmüştür. (Hemenway and Killen, 1989). 1986 yılında Harvard Topluluğu Sağlık Plânı kapsamında yapılan bir çalışmada, sabır ile çıkış davranışı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Zaim ve Tarım'ın (2010) aktardığına göre, yine sağlık sektöründe gerçekleştirilen bir araştırmada, aldıkları hizmetten memnun kalmayan her yüz hastadan 70'inin, aynı kuruma bir daha gelmeyi düşünmedikleri görülmüştür. Fakat en dikkat çekici nokta, aldıkları hizmetten memnuniyetsiz olan hastaların, söz konusu memnuniyetsizliklerini çevrelerine yayma konusundaki gayretleridir. Böyle yüz hastanın, ortalama olarak 465 potansiyel hastayı kuruma gelmekten vaz geçirdikleri tespit edilmiştir (Zaim ve Tarım, 2010).

Hasta memnuniyeti, satın alma niyeti ve hasta sabrı üzerinde önemli etkileri bulunduğu için birçok araştırmaya konu olmuştur (Oliver, 1981). Sağlık hizmetleri sunan kişi ve kuruluşlar açısından, hasta memnuniyetinin hizmetlerden elde edilen gelirleri, sözel

iletişim başarısını, hasta sabrını ve hastanın doktor tavsiyelerine uyma eğilimini artırması gibi olumlu sonuçları dikkate alındığında, bilhassa kâr amacı güden kuruluşlar açısından son derece önem taşıdığı görülmektedir (Zeithaml, 2000). 1989 yılında yaklaşık iki milyon kişiye sağlık hizmeti sunulan Harvard Topluluğu Sağlık Plânı kapsamında yapılan bir çalışmada, hasta şikâyetlerinin 1/3'ünün tıbbî içerikli ve çoğunlukla da bakımın devamlılığı ile ilgili olduğu, buna karşılık tıbbî olmayan şikâyetlerin ise, daha çok yönetimle ilgili oldukları bulunmuştur (Solnick ve Hemenway, 1992).

Gerçekleştirdiğimiz çalışmada ise, hasta şikâyetleri hizmetten duyulan memnuniyetsizliği dile getiren birer konuşma davranışı olarak ele alınmış ve bunu takiben gerçekleşen çıkış ve sabır tercihleri ile arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

2. Araştırmanın Kapsamı Amacı, Önemi ve Yöntemi

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, İstanbul'da faaliyet gösteren bir kamu hastanesine başvuran hastalardan, hastane hizmetleri ile ilgili şikâyette bulunanların, hastaneye gelmeye devam edip-etmediklerinin ve şikâyet konusunun, hastaların çıkış ve sabır tercihlerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu araştırma ile bilindiği kadarıyla Türkiye'de ilk defa hasta şikâyetleri ve hizmetten duyulan memnuniyetsizlik, Albert Hirschman'ın EVLN olarak bilinen sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir. Bu bağlamda çalışmanın, sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik yapılacak araştırmalarda, Albert Hirschman'ın EVLN sınıflandırmasından yararlanma konusunda bir örnek teşkil edeceği düşünülmektedir.

2.2. Araştırmanın Kapsamı

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Hasta Hakları Birimi'ne 2012 yılında hasta ve hasta yakınları tarafından yapılmış olan şikâyetler, araştırmamızın kapsamını oluşturmaktadır. Bu bağlamda, hastanenin Hasta Hakları Birimi'ne 2012 yılı içerisinde toplam 272 şikâyette bulunulmuş, bunlardan hasta kayıtları ile örtüştürülebilen 201 hasta şikâyeti araştırma örneklemini meydana getirmiştir. Çocuk hastaların aldıkları hizmetlerdeki sorunlar hakkında, hasta yakınları tarafından yapılmış olan şikâyet bildirimleri araştırma kapsamına alınmamıştır. Şikâyette bulunan hastaların çıkış ve sabır davranışlarını gözlemlemek üzere, ilgili hastaların hastaneye olan başvuruları, şikâyet tarihini takip eden bir yıllık süre zarfında, 2013 yılı sonuna kadar takip edilmiştir. Bu bağlamda, şikâyeti takip eden bir yıl içerisinde hastaneye gelmeye devam eden hastaların “sabır” davranışı gösterdikleri, buna karşılık söz konusu sürede bir daha hastaneye gelmeyen hastaların ise, “çıkış” davranışında buldukları kabul edilmiştir.

2.3. Gereç ve Yöntem

Durum değerlendirmesine yönelik tanımlayıcı nitelikte olan araştırmanın verileri geriye yönelik olarak dosya taraması yöntemi ile elde edilmiştir. Hastanenin Hasta Hakları Birimi'nde hasta ve hasta yakınlarının şikâyetlerinin çözüm yöntemlerine göre, yerinde çözülen şikâyetler ile Hasta Hakları Kurulu'nda çözülen şikâyetler olmak üzere iki ayrı yöntemle yapılmış olan kayıtlardan, araştırmanın doğrudan veri kaynakları olarak

yararlanılmıştır. Araştırma verilerini yorumlamada istatistiksel analiz olarak tanımlayıcı istatistiklere ilâveten ki-kare ve student-t testlerinden yararlanılmıştır.

2.4. Değişkenler

Şikâyette bulunan hastaların çıkış ve sabır seçeneklerini tercih edip-etmeme durumlarının ölçüldüğü toplam 11 değişken şu şekilde sıralanmaktadır: Şikâyette bulunan kişi (hastanın kendisi veya hasta yakını), hastanın cinsiyeti, hastanın yaşı, hastanın eğitim durumu, hastanın mesleği, adresi, hastanın hizmet aldığı birime göre sınıflandırması (ayakta hasta veya yatan hasta), hizmet alınan birim, şikâyet kategorisi, şikâyetlerin hasta hakları ile ilgili olup-olmadığı, hastanın yanıtı (çıkış veya sabır).

3. Bulgular

Çalışmanın bulgularına göre, 2012 yılında Hasta Hakları Birimi'ne toplam 272 şikâyette bulunmuş, bunlardan hasta kayıtları ile örtüştürülebilen 201 şikâyet araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu 201 şikâyetin 190'ı (%95) kadın hastalar tarafından yapılırken, yalnızca 11'i (%5) erkek hastalarca yapılmıştır. En çok yapılan üç şikâyet konusu: Randevu sistemindeki aksaklıklar (%47), uzun süre sıra bekleme (%14) ve personelin olumsuz davranışlarından (%7) oluşmaktadır.

Yapılan ki-kare analizlerine göre, kadın hastalar hastane hizmetleri ile ilgili bir sorunla karşılaştıklarında, erkek hastalara göre daha fazla sabır göstermektedirler ($\chi^2 = 4.42$, $\phi = 0.15$, $P < 0.05$). Buna göre, kadın hastaların %97'si sabır davranışı gösterirken, erkek hastaların yalnızca %3'ü sabır davranışı göstermiştir. Şikâyetlerin 193'ü (%96) hastanın kendisi tarafından yapılırken, 8'i (%4) hasta yakınları tarafından yapılmıştır. Fakat şikâyette bulunanın hasta veya hasta yakını olmasının çıkış ve sabır davranışı tercihinde belirleyici olmadığı görülmüştür ($P > 0.05$). Şikâyette bulunan hastaların yaşadıkları semtin hastaneye yakın veya uzak olmasının, çıkış ve sadakat davranışı tercihinde bir etkisi bulunamamıştır ($P > 0.05$). Şikâyette bulunan hastanın yatan veya ayakta hasta olmasının ve hizmet alınan birimin, yine çıkış ve sabır davranışı tercihinde anlamlı olmadığı görülmüştür ($P > 0.05$). Hastaların eğitim düzeyi ve meslekleri de, çıkış ve sabır davranışı üzerinde belirleyici değildir ($P > 0.05$). Yine şikâyet konusunun da, hastaların çıkış ve sabır davranışı tercihlerinde belirleyici olmadığı anlaşılmaktadır ($P > 0.05$).

Tablo-1: Çıkış ve Sabır Davranışını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Sonuç	N	X	SS	t	P
Hasta yaşı	Çıkış	85	32.42	10.29	1.55	0.122
	Sabır	116	30.38	8.34		
Şikâyet öncesi geliş sayısı	Çıkış	85	2.95	4.76	-3.64	0.000
	Sabır	116	6.31	8.23		
Şikâyet sonrası geliş sayısı	Çıkış	85	0.00	0.00	-9.20	0.000
	Sabır	116	6.33	7.41		
Şikâyet öncesi geliş süresi (ay)	Çıkış	85	9.95	18.71	-2.75	0.006
	Sabır	116	18.64	26.02		
Şikâyet sonrası geliş süresi (ay)	Çıkış	85	0.00	0.00	-11.47	0.000
	Sabır	116	5.43	5.09		

Gerçekleştirilen t-testi bulgularına göre, hasta yaşına bağlı olarak çıkış ve sabır davranışları arasında anlamlı bir fark yoktur ($P > 0.05$). Buna karşılık, şikâyet öncesi hastaneye geliş sayısı ile çıkış ve sabır davranışı arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($P < 0.05$). Sabır davranışı tercihinde bulunan hastaların şikâyetten önceki hastaneye ortalama başvuru sayıları, çıkış tercihinde bulunanların 2.13 katıdır ($t = -3.64$, $P < 0.001$). Buna göre, şikâyet öncesi hastaneye geliş sayısı arttıkça, alınan hizmetle ilgili bir sorunla karşılaşıldığında, daha fazla sabır davranışı gösterildiği anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, şikâyet öncesi gelinen süre ile çıkış ve sabır davranışı arasında da anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($P < 0.05$). Sabır davranışı tercihinde bulunan hastaların, hastaneye ilk başvurdukları tarih ile şikâyet tarihi arasında geçen ortalama süre, çıkış tercihinde bulunanların 1.87 katıdır ($t = -2.75$, $P < 0.01$). Buna göre, şikâyet öncesi gelinen süre arttıkça, alınan hizmetle ilgili bir sorunla karşılaşıldığında, sabır davranışını gösterme olasılığı da önemli derecede artmaktadır.

Tablo-2: Yerleşim Yeri ile Şikâyet Öncesi ve Şikâyet Sonrası Geliş Durumu

Değişkenler	Semt	N	X	SS	t	P
Şikâyet öncesi geliş sayısı	Uzak	20	4.25	6.26	-0.42	0.674
	Yakın	181	4.96	7.26		
Şikâyet sonrası geliş sayısı	Uzak	20	4.15	5.81	0.36	0.716
	Yakın	181	3.60	6.51		
Şikâyet öncesi geliş süresi (ay)	Uzak	20	6.93	16.60	-2.17	0.039
	Yakın	181	15.85	24.07		
Şikâyet sonrası geliş süresi (ay)	Uzak	20	3.15	4.08	0.02	0.985
	Yakın	181	3.13	4.78		

Yerleşim yerine göre, şikâyet öncesi ve şikâyet sonrası geliş sayıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($P > 0.05$). Benzer şekilde, şikâyet sonrası geline süre bakımından da, hastanın yakın veya uzak semtten geliyor olmasının bir farklılık yaratmadığı görülmektedir. Buna karşılık, şikâyet öncesi geline süre açısından istatistiksel anlamlılıkta bir fark görülmektedir ($P < 0.05$). Şikâyete konu olacak bir sorun yaşamadan önce, yakın semtlerden hastaneye gelen hastaların, uzak semtlerden gelen hastalara oranla daha uzun süre hastaneden hizmet almış oldukları anlaşılmaktadır ($t = -2.17$, $P < 0.05$).

4. Tartışma ve Sonuç

Hirschman (1970)'a göre, müşteriler aldıkları hizmetten memnuniyetsizlik duydukları takdirde, ya kurumdan ayrılarak çıkış davranışını tercih edecekler veya şikâyet olarak adlandırılan konuşma davranışı sonucunda, kurumun verdiği hizmetten duydukları memnuniyetsizliği belirterek, mevcut durumdaki aksaklıkların düzeltilmesi için kuruma bir fırsat tanımış olacaklardır. Şikâyette bulunmaları dolayısıyla, araştırma kapsamına alınan 201 hastanın, habersiz de olsalar bu kurumu gerçekleştirdikleri görülmektedir. Şikâyette bulunan hastalardan 85'i (%42) çıkışı tercih ederken, 116'sının (%58) sabır davranışını tercih ettikleri görülmüştür.

Andreasen (1985)'a göre, sağlık hizmetleri alanında en çok tıbbî bakımdaki kalitenin düşmesiyle memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda ise, tıbbî işlemlere ilişkin şikâyetler, toplam şikâyetlerin yalnızca %2'sini meydana getirmektedir. Öte yandan, şikâyet konuları ile terk ve sabır davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında, beklenenden farklı olarak, herhangi bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Sabır davranışı gösteren 116 hastanın 57'sinin (%49) ve çıkışı tercih eden 85 hastanın ise 38'inin (%44.7) randevu sisteminden şikâyetçi oldukları göz önüne alındığında, şikâyet konusu bazı hastalar için çıkış sebebi olurken, bazılarının ise sabır davranışı göstererek kurumu tercih etmeye devam ettikleri, fakat

memnuniyetsizlik konusunun düzeltilmesi için de konuşma davranışını gösterdikleri söylenebilir.

Hemenway ve Killen (1989), çıkış ve şikâyet davranışı konusunda kadınlar ile erkekler arasında herhangi bir fark olmadığını ortaya koymuşlardır. Çalışmamızda ise, şikâyet davranışını gerçekleştiren hastaların demografik özelliklerine bakıldığında, şikâyet davranışında bulunanların 11'inin erkek, 190'nın kadın olduğu ve cinsiyet ile şikâyet davranışı arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadın hastaların, erkek hastalara oranla daha fazla sabır davranışı gösterdikleri görülmektedir.

Hemenway ve Killen (1989)'ın sağlık sektöründe yaptığı çalışmaya göre, uzun süre hizmet alanlar daha az şikâyette bulunmaktadır. Ayrıca Fornell ve Didow (1980)'un üretim ve hizmet sektöründen toplam 32 kurumda yaptığı çalışma ise, kuruluşla sık etkileşimi olan müşterilerin şikâyet olasılığının arttığını ortaya koymuştur. Bizim çalışmamızda da sabır tercihinde bulunan hastaların, şikâyetten önceki hastaneye ortalama başvuru sayıları, çıkış tercihinde bulunanların 2.13 katı iken, hastaneye ilk başvurdukları tarihle şikâyet tarihi arasındaki ortalama süre de, çıkış tercihinde bulunanların 1.87 katıdır. Buna göre, hastaneden alınan hizmetin süresi ve sayısı arttıkça, hastane hizmetleri ile ilgili herhangi bir sorun yaşanması hâlinde, hasta daha fazla sabır tercihinde bulunma eğiliminde olmaktadır. Öte yandan, şikâyet konusunun ve şikâyet edilen hizmet biriminin hasta tercihleri üzerinde belirleyici olmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak, şikâyetlerin kurumun hasta memnuniyetsizliğine neden olan konuları belirlemede önemli bir konuşma davranışı olduğu ve şikâyet konularına göre yapılacak düzenlemelerin hasta memnuniyetini artırmada önemli bir veri kaynağı oluşturduğu söylenebilir. Çalışmamız, devlet kurumlarına örnek oluşturmak ve veri sunmak amacıyla yapılmıştır. Verilerin genellenebilmesi için, gelecekteki çalışmaların daha büyük örneklem sayılarıyla yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. ANDRESAN, R. Alan (1985), Consumer Responses to Dissatisfaction in Loose Monopolies, *Journal of Consumer Research*, 12(10), s. 135-141.
2. BARUTÇUGİL, İsmet (2009), *Müşteri İlişkileri ve Satış Yönetimi*, Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri, İstanbul.
3. BODEY, Kelly, Debra Grace (2006), Segmenting Service Complainers and Non-Complainers on the Basis of Consumer Characteristics, *Journal of Services Marketing*, 20(3), s. 178-187.
4. DOWDING, Keith, Peter John, Thanos Mergoupis, Mark Van Vugt (2000), Exit, Voice and Loyalty: Analytic and Empirical Developments, *European Journal of Political Research*, 37(4), s. 469-495.
5. FARRELL, Dan (1983), Exit, Voice, Loyalty, and Neglect as Responses to Job Dissatisfaction: A Multidimensional Scaling Study, *Academy of Management Journal*, 26(4), s. 596-607.
6. FORNELL, Claes, Birger Wernerfelt (1988), A Model for Customer Complaint Management, *Marketing Science*, 7(3), s. 287-298.
7. FORNELL, Claes, Nicholas M. Didow (1980), Economic Constraints on Consumer Complaining Behavior, *Advances in Consumer Research*, 7, s. 318-323.
8. HAGEDOORN, Mariet, Nico W. Van Yperen, Evert Van De Vliert, Bram P. Buunk (1999), Employees' Reactions to Problematic Events: A Circumplex Structure of Five Categories of Responses, and the Role of Job Satisfaction, *Journal of Organizational Behavior*, 20, s. 309-321.
9. HEMENWAY, David, Alice Killen, (1989), Complainers and Non-Complainers, *Journal of Ambulatory Care Management*, 12(3), s. 83-87.
10. HIRSCHMAN, Albert O. (1970), *Exit, Voice, and Loyalty*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
11. OLIVER, Richard L. (1981), Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings, *Journal of Retailing*, 57(3), s. 25-48.
12. RUSBULT, Carley E., Isabella M. Zembrodt (1983), Responses to Dissatisfaction in Romantic Involvements: A Multidimensional Scaling Analysis, *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, s. 274-293.
13. SAUNDERS, David M., Blair H. Sheppard, Virginia Knight, Jonelle Roth (1992), Employee Voice to Supervisors, Employee Responsibilities and Rights *Journal*, 5(3), s. 241-256.
14. SOLNICK, Sara J., David Hemenway (1992), Complaints and Disenrollment at A Health Maintenance Organization, *Journal of Consumer Affairs*, 26(1), s. 90-103.
15. SUSSKIND, Alex M. (2002), I Told You so! Restaurant Customers' Word of Mouth Communication Patterns, *Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 43(2), s. 2-96.
16. ZAİM, Halil, Mehveş Tarım (2010), Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması, *Sosyal Siyaset Konferansları*, 59(2), s. 1-24.
17. ZEITHAML, Valarie A. (2000), Service Quality, Profitability, and the Economic Worth of Customers: What We know and What We Need to Learn, *Journal of the Acad*

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ ANKARA İLİ (AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ) ÖRNEĞİ

Abdullah Alper ERTEM*

Enver AYDOĞAN**

ÖZET

Bu çalışma, Ankara İl sınırları içerisinde ikamet eden, Aile sağlığı merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanan vatandaşların bu hizmetlerden memnuniyet durumlarını incelemek amacıyla planlanmıştır. Ankara il sınırları içerisinde ikamet eden, rastgele seçilen bölgelerde ve araştırmaya katılmayı kabul eden 2013 yılı içerisinde aile sağlığı merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmış kişilere ulaşılmıştır. Çalışma hizmet sunumuyla eş zamanlı olarak uygulanmamış, aile sağlığı merkezine başvuru sonrasında hizmetten yararlananlara ulaşılarak yüz yüze bir anket uygulanmıştır. Araştırmamızda anket yöntemiyle veri toplanılmıştır. Ankette sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, uluslararası geçerliliğe sahip standart ölçeklerden “Europep Hasta Memnuniyeti Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmaya katılan 983 kişinin ortalama puanları değerlendirildiğinde 3,67 (S.S=0,76) ortalama ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun oldukları görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, sağlık hizmetleri, hasta memnuniyeti

* Öğr. Gör. , Gazi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, alper.ertem@gazi.edu.tr

**Prof. Dr. , Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, aydogan@gazi.edu.tr

PATIENT SATISFACTION with PRIMARY HEALTH CARE SERVICES ANKARA PROVINCE (Family Health Centers) SAMPLE

ABSTRACT

This study who reside within the boundaries of Ankara, family health centers, primary health care services benefit from the satisfaction of the citizens of these services are planned to investigate the situation. Residing within the boundaries of the province of Ankara, randomly selected research areas and in the year 2013 who agreed to participate in family health centers have benefited from primary health care to people who have been achieved. Studies have not been applied simultaneously with the provision of services, family health service users reached after admission to the center of a face to face interviews were conducted. In our study, data were collected by means of questionnaires. In the survey, internationally recognized standard scales "EUROPEP Patient Satisfaction Scale" is used. 983 people participated in the research is to evaluate the average score of 3.67 (S.D. = 0.76) with an average overall satisfaction with primary health care services is seen that.

Key Words: *primary health, health care, patient satisfaction*

1.Giriş

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyo-demografik ve tedavi süreçlerine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır. (ÖZER ve ÇAKIL, 2007, s. 140)

Yapılan araştırmaların çoğunlukla yataklı tedavi kurumlarında, özellikle de hastanelerde yapıldığı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında memnuniyet çalışmalarına daha az rastlandığı görülmektedir.

1.1.Hasta Memnuniyeti

“Hasta tatmini; hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur”. (ENGİZ, 2013)

Bireyin/hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılabilir. (YILMAZ, 2001, s. 72)

Müşteri tatminini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumları yöneticisinin öncelikle yapması gereken faaliyet, tatminsizliğin hangi hizmet ve ya hizmet sürecinden kaynaklandığını araştırmaktır. (TENĞİLİMOĞLU, IŞIK, ve AKBOLAT, 2012, s. 495)

Memnuniyeti artırmak için bu faktörlerin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve buna yönelik düzeltme ve düzenlemelerin yapılması birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta

1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak sınıflandırılmaktadır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. (HAYRAN, 1998, s. 15)

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri;

- Yapısal özellikler
 - Alt yapı ve insan gücü dağılımı
 - Finansman
 - Birinci basamak hizmetinin sunan sağlık çalışanı
- Uygulama özellikleri
 - İlk başvuru
 - Kapsayıcılık
 - Süreklilik
 - Eşgüdüm olarak tanımlanmıştır (ÖCEK ve SOYER, 1997, s. 12).

Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (Başbakanlık, 2014).

Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımını American Board of Family Practice şu şekilde özetlemektedir:

- Sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır. Yani giriş kapısıdır.
- Kişiye sağlık ve hastalıkta sürekli hizmet sunar.
- Tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir.
- Tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür.
- Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşır.
- Kişiselleştirilmiş bakım sağlar (Dikici, vd., 2007, s. 413).

Ülkemizde yıllar içerisinde sağlık politikalarında önemli değişimler gözlenmiştir. Koruyucu hizmetlerin ağırlıkta olduğu bir hizmet sunumuyla başlayan süreç, tedavi edici hizmetlere kaymıştır. 224 sayılı yasa ile tekrar koruyucu hizmetler ön plana geçmiş, ancak yasanın tam işletilememesi ülkede yeni bir reformun yapılmasını ortaya koymuştur.

Ülkemizde son yıllarda sağlık hizmetlerinde bir dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Bu sürecin önemli ayaklarından bir tanesi de birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilmesidir.

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte birinci basamak (hizmet sunumuna göre) sağlık hizmetini sunan kuruluşlar yeniden belirlenmiş, bu belirlemede birinci basamak sağlık hizmeti sunan üç temel kurum oluşturulmuştur; Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri olarak belirlenmiştir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Sıtma Savaş, Verem Savaş hizmetlerinin Toplum Sağlığı Merkezi çatısı altında daha etkin olacak şekilde yer alması planlanmıştır.

Aile sağlığı merkezi görev tanımlamasında kısaca tarif edilecek olursa, kişilerin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini de sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerinin birlikteliğidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014)

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Ankara İl sınırları içerisinde ikamet eden, Aile sağlığı merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanan vatandaşların bu hizmetlerden memnuniyet durumlarını incelemek amacıyla planlanmıştır.

2.2.Evren ve Örneklem

Ankara il sınırları içerisinde ikamet eden, rastgele seçilen bölgelerde ve araştırmaya katılmayı kabul eden 2013 yılı içerisinde aile sağlığı merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmış kişilere ulaşılmıştır. Çalışma hizmet sunumuyla eş zamanlı olarak uygulanmamış, aile sağlığı merkezine başvuru sonrasında hizmetten yararlanarlara ulaşılarak yüz yüze bir anket uygulanmıştır.

2.3.Veri Toplama Aracı

Hasta memnuniyetine yönelik çalışmalar memnuniyet anketleriyle yapılmakta, bu kapsamda geliştirilen ölçekler sıklıkla araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır.

Araştırmamızda anket yöntemiyle veri toplanılmıştır. Ankette sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, uluslararası geçerliliğe sahip standart ölçeklerden “Europep Hasta Memnuniyeti Ölçeği” kullanılmıştır. Ülkemizde ise standart Europep anket formuna Europep ölçeğinin her bir boyutuna ilişkin genel memnuniyet düzeylerini ölçmek üzere 3 soru eklenmiş ve sahada 26 soruluk anket formu uygulanmıştır. Eklenen bu üç soru ile sırasıyla hekimlerin davranışına, hizmet organizasyon yapısına (en son hizmet alınan sağlık kuruluşunun değerlendirilmesi) ve genel fiziki koşullara ilişkin memnuniyetin ölçülmesi hedeflenmiştir. (MOLLAHALİLOĞLU, KOSDAK, SANİSOĞLU, BOZ, ve BULUT DEMİROK, 2010, s. 4)

Saha uygulaması 2013 yılı Aralık ayı içerisinde araştırmacı tarafından eğitilmiş anketörler tarafından birinci basamak sağlık hizmetinden aynı yıl içerisinde yararlanmış bireylere uygulanmıştır. 2013 yılı içerisinde hizmetten yararlanmayanlar değerlendirme kapsamına alınmamıştır.

Araştırma kapsamında 1139 anket doldurulmuş, 2013 yılı içerisinde hizmetten yararlanmayan 145 anket ile bilgilerinde eksiklik olan 11 anket değerlendirme dışı

bırakılmıştır. Çalışmada, Cronbach alfa=0,94 değeriyle oldukça yüksek iç tutarlılık (güvenilirlik) katsayısı elde edilmiştir.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiş, verilerin özelliğine göre gereken analizler yapılmıştır. Demografik veriler gösterilirken cinsiyete bağlı frekans dağılımları ve oranları belirtilmiştir.

Memnuniyet oranının hesaplanmasında anket sorularına verilen iyi-çok iyi (4-5) seçenekleri kullanılmıştır. Memnuniyetsizlik oranı ise anket sorularına verilen kötü çok kötü (1-2) seçeneklerini kapsamaktadır. Araştırmaya katılan 983 kişinin ortalama puanları değerlendirildiğinde 3,67(S.S=0,76) ortalama ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun oldukları görülmektedir.

3.Bulgular

Araştırmaya katılan grubun yaş ortalaması 33,39 (S.S 13,55) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan 20-29 yaş aralığındaki bireyler çalışma grubunun % 33,16'sını oluşturmaktadır. 20-29 yaş aralığındaki kadınlar çalışma grubunun % 18,01'ini oluşturmakta, 40 yaş üzeri bireylerin oranı % 28,38'dir.

Çalışma grubunun yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 3 Çalışma Grubunun Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 20	124	12,61	55	5,60	179	18,21
20 - 29	177	18,01	149	15,16	326	33,16
30 - 39	120	12,21	79	8,04	199	20,24
40 - 49	89	9,05	67	6,82	156	15,87
50 -59	42	4,27	40	4,07	82	8,34
60 ve üzeri	22	2,24	19	1,93	41	4,17
TOPLAM	574	58,39	409	41,61	983	100,00

Sincan ilçesinde katılım % 21,57 ile en yüksek oranda araştırmaya katılım sağlanmıştır. Bunu sırayla Etimesgut % 19,99 ve Keçiören % 15,77 ilçeleri izlemektedir. Çalışma grubunun cinsiyete göre ikamet ettiği ilçe dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 4 Çalışma Grubunun İkamet Durumuna Göre Dağılımı

	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Altındağ	64	6,51	37	3,76	101	10,27
Çankaya	19	1,93	26	2,64	45	4,58
Etimesgut	102	10,38	65	6,61	167	16,99
Keçiören	86	8,75	69	7,02	155	15,77
Mamak	19	1,93	14	1,42	33	3,36
Sincan	107	10,89	105	10,68	212	21,57
Yenimahalle	81	8,24	47	4,78	128	13,02
Akyurt	1	0,10	0	0,00	1	0,10
Ayaş	1	0,10	0	0,00	1	0,10
Bala	1	0,10	0	0,00	1	0,10
Beypazarı	1	0,10	1	0,10	2	0,20
Çamlıdere	0	0,00	1	0,10	1	0,10
Çubuk	1	0,10	0	0,00	1	0,10
Elmadağ	3	0,31	1	0,10	4	0,41
Evren	1	0,10	0	0,00	1	0,10
Gölbaşı	55	5,60	24	2,44	79	8,04
Haymana	3	0,31	0	0,00	3	0,31
Kalecik	1	0,10	2	0,20	3	0,31
Kazan	5	0,51	5	0,51	10	1,02
Kızılcahamam	13	1,32	8	0,81	21	2,14
Polatlı	5	0,51	1	0,10	6	0,61
Şereflikoçhisar	5	0,51	3	0,31	8	0,81
TOPLAM	574	58,39	409	41,61	983	100,00

Çalışma grubunda Lise mezunları % 36,32 katılım göstermiştir. Lise mezunu kadınlar ise % 20,65'ini oluşturmaktadır. Çalışma grubunun eğitim durumuna göre dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 5 Çalışma Grubunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Cinsiyet		Erkek		Toplam	
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar değil	23	2,34	4	0,41	27	2,75
İlkokul-Ortaokul (İlköğretim)	184	18,72	108	10,99	292	29,70
Lise	203	20,65	154	15,67	357	36,32
Üniversite ve üstü (2 yıllık yükseköğretim dahil)	164	16,68	143	14,55	307	31,23
Toplam	574	58,39	409	41,61	983	100,00

Çalışma grubunun büyük bir oranı % 97,36 daha önce bu anketi cevaplamamışlardır.

Tablo 6 Çalışma Grubunun Anketi Cevaplama Durumuna Göre Dağılımı

Anketi Cevaplama Durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	13	1,32	13	1,32	26	2,64
Hayır	561	57,07	396	40,28	957	97,36
Toplam	574	58,39	409	41,61	983	100,00

Son bir yıl içerisinde 1 kez müracaat edenlerin oranı % 21,57’dir. Çalışma grubunda % 0,81’i ise 20 ve üzeri hizmetten yararlandığını belirtmiştir. Çalışma grubunun son 12 ayda hizmet alma durumuna göre dağılımı Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 7 Çalışma Grubunun Son 12 Ayda Hizmet Alma Durumuna Göre Dağılımı

Hizmet Alma Son 12 Ay	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
1	100	10,17	112	11,39	212	21,57
2	102	10,38	88	8,95	190	19,33
3	111	11,29	69	7,02	180	18,31
4	72	7,32	54	5,49	126	12,82
5	71	7,22	29	2,95	100	10,17
6 - 9	74	7,53	39	3,97	113	11,50
10 - 14	32	3,26	12	1,22	44	4,48
15 - 19	5	0,51	5	0,51	10	1,02
20+	7	0,71	1	0,10	8	0,81
	574	58,39	409	41,61	983	100,00

Son bir ay içerisinde hizmet alımları incelendiğinde araştırmaya katılan kişilerin % 56,66’sının aile hekimine başvurmadığı görülmektedir.

Tablo 8 Çalışma Grubunun Son 1 Ayda Hizmet Alma Durumuna Göre Dağılımı

Hizmet Alma Son 1 Ay	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
0	317	32,25	240	24,42	557	56,66
1	180	18,31	129	13,12	309	31,43
2	58	5,90	29	2,95	87	8,85
3	8	0,81	8	0,81	16	1,63
4	6	0,61	0	0,00	6	0,61
5 ve üzeri	5	0,51	3	0,31	8	0,81
TOPLAM	574	58,39	409	41,61	983	100,00

Çalışma grubunda Ankara genelinde memnuniyetsizlik-memnuniyet oranları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 9 Ankara Geneli Memnuniyetsizlik – Memnuniyet

NO	Soru	Memnuniyetsizlik	Memnuniyet
1	Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	8,3	65,8
2	Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	9,1	62,5
3	Sorunlarınızı ona (hekime) söylemenizi kolaylaştırması	7,2	65,8
4	Tedavinizle ilgili kararlara sizi de katması	12,7	58,7
5	Sizi dinlemesi	5,3	72,3
6	Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	2,8	74,9
7	Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi (gidermesi)	7,8	55,2
8	Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	10,6	52,3
9	İşini tam yapması	5,7	66,5
10	Sizi muayene etmesi	6,1	68,5
11	Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	15,4	52,6
12	Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	13,7	52,5
13	Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	8,2	59,2
14	Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	22,7	43,5
15	Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	11,0	56,1
16	Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması	24,3	48,4
17	Uzman hekime ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	16,9	45,3
18	Hekim dışındaki diğer personelin size yardımcı olması	14,0	51,6
19	Size uygun zamanlarda randevu verilmesi	17,8	51,3
20	Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz	22,5	44,1
21	Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	36,3	31,5
22	Bekleme odasında harcadığınız zaman	20,8	41,4
23	Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması	15,0	53,3
24	Aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin davranışlarını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?	6,7	59,2
25	Bu kurumda verilen sağlık hizmetlerini genel olarak nasıl buluyorsunuz?	6,6	59,7
26	Aile sağlığı merkezlerinde hizmet verilen yerin fiziki koşullarını (bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?	15,3	53,0

Ankara ilinde ikamet edenlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde en fazla memnuniyetsiz olduğu 3 durum sırasıyla,

1. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz
2. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması ve

3. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması olarak bulunmuştur.

Ankara ilinde ikamet edenlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde en yüksek memnuniyetin olduğu 3 durum ise sırasıyla,

1. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması
2. Sizi dinlemesi
3. Sizi muayene etmesi olarak belirlenmiştir.

Cinsiyet ile memnuniyet durumu arasında ($P=0,95$; $P>0,05$) anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışma grubunda birinci basamak sağlık kuruluşlarına son 12 ayda başvuruları incelendiğinde ortalama 3,78 başvuru gözlenmiştir. En az 1 en fazla 22 başvuru gözlenmiştir.

Son 1 ay içerisinde ortalama başvuru ise 0,61 olarak bulunmuştur. Hiç başvuru yapmayan bulunduğu gibi son bir ay içerisinde 7 kez başvuru yaptığını belirten katılımcılar bulunmaktadır.

2012 Sağlık İstatistikleri Yıllığında İBBS-1'e göre birinci basamak kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1 olarak belirtilmiştir. (BAŞARA, GÜLER, YENTÜR, MAMAK EKİNCİ, ve BUGTA, 2013, s. 94)

Eğitim durumuna göre verilen cevaplar değerlendirildiğinde;

5. “Sizi dinlemesi” ($P=0,01$; $P<0,05$), 12. “test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması” ($P=0,001$; $P<0,05$) ve 15. “tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması” ($P=0,02$; $P<0,05$) sorularına verilen cevaplar incelendiğinde ilköğretim ve üniversite mezunları arasında,

26. soru olan “Aile sağlığı merkezlerinde hizmet verilen yerin fiziki koşullarını(bekleme odası, tuvalet, temizlik, ısıtma, aydınlatma vs.) genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz” ($P=0,008$; $P<0,05$) sorusunda lise ve üniversite mezunları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Memnuniyet açısından kadın ve erkek cinsiyet arasında ($P=0,95$; $P>0,05$) anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Şensoy ve ark. (2014) yapılan çalışmada erkeklerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha memnun oldukları belirlenmiştir. (ŞENSOY, ÖZMEN, DOĞAN, ERCAN, ve KARABEKİR, 2014, s. 34)

Çalışma grubunda birinci basamak sağlık kuruluşlarına son 12 ayda başvuruları incelendiğinde ortalama 3,78 başvuru gözlenmiştir.

2012 Sağlık İstatistikleri Yıllığında İBBS-1'e göre birinci basamak kuruluşlarında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1 olarak belirtilmiştir. (BAŞARA, GÜLER, YENTÜR, MAMAK EKİNCİ, ve BUGTA, 2013, s. 94)

Ankara ilinde en yüksek memnuniyet “Kayıt ve bilgilerin gizli tutulması” bulunmuştur. Hem Aile Hekimliği uygulanan hem de uygulanmayan illerde kayıt ve bilgilerin gizli tutulması (%85,8) ile hekimlerin hastanın şikâyetlerini çabuk geçirmesi (%77,1) konularında memnuniyet düzeylerinin en yüksek olduğu belirlenmiştir (ÇOM, ÜSTÜ, ve ARTANTAŞ, 2012). Bu diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Sağlık sistemlerini aile hekimliğine dayanan ülkelerde telefonla randevu almak olağandır; Van bölgesinde yapılan çalışmada ise sağlık hizmetlerine ulaşmada telefon az kullanılıyordu ve kullananlar memnun değildi (EDİRNE, AVCI, & ATMACA, 2009, s. 144). Ankara ilinde ikamet edenlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde en fazla memnuniyetsiz olduğu durumların başında “Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz” sorusu gelmektedir.

2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmada, Türkiye genelinde sonuçlar soru bazlı incelendiğinde tüm sorular için memnuniyet düzeyinin 2010 yılı çalışmasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. (MOLLAHALİLOĞLU, vd., , 2011, s. XIV)

Bu çalışmaların memnuniyet oranları ile karşılaştırıldığında çalışmada bulunan memnuniyet oranlarında kısmi bir düşüklük gözlenmektedir. Bunun memnuniyet çalışmasının hizmetin akabinde yapılması ile sonra yapılması arasında bir fark oluşturabileceğini düşündürmektedir.

Fizik mekâna ilişkin beklentilerin lisans düzeyinde ayrılması, bu öğrenim düzeyindeki bireylerin beklentilerinin artışıyla açıklanabilir.

Sağlık hizmeti sunumunda hizmetten yararlananların memnuniyeti oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin önemli bir ayağını oluşturan birinci basamak sağlık hizmetlerinde memnuniyetin artırılması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebin ortadan kaldırılması, etkin, verimli ve hakkaniyetli sağlık hizmetinin sunumu, hizmetlere ulaşılabilirlik gibi unsurlar dikkate alındığında oldukça önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışma birinci basamak sağlık hizmetinin sunulduğu Aile sağlığı merkezlerine başvurular incelenmiştir. Bu anlamda tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarının değerlendirilmesi diğer araştırmacılar için önerilebilir.

Çalışma birinci basamak sağlık hizmetinden yararlanma sonrasında uygulandığı için hizmet sunumunda olumsuzluklarla karşılaşabilecekleri kaygısı ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden genelde hizmet alanların memnun oldukları, bu memnuniyetin artırılması için gerekli düzeltme ve düzenlemelerin yapılmasının memnuniyetin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014, 01 29). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Veri Rehberi*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: http://www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/hsbs_rehber_son.pdf adresinden alınmıştır
2. BAŞARA, B. B., GÜLER, C., YENTÜR, G. K., MAMAK EKİNCİ, B., ve BUGTA, E. (2013). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.
3. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. (2014, 01 19). *Aile Hekimliği*. www.mevzuat.gov.tr: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5258vesourceXmlSearch=657veMevzuatIliski=0> adresinden alınmıştır
4. ÇOM, S., ÜSTÜ, Y., ve ARTANTAŞ, A. B. (2012). Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti. *Ankara Medical Journal*, 1-3.
5. DİKİCİ, M. F., KARTAL, M., ALPTEKİN, S., ÇUBUKÇU, M., AYANOĞLU, A. S., ve YARIŞ, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplinin Tarihi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 412-418.
6. EDİRNE, T., AVCI, D. K., ve ATMACA, B. (2009). Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı kesitsel çalışma. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 13(3), 137-147.
7. ENGİZ, O. (2013, Ekim 31). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini*. <http://www.merih.net>: <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm> adresinden alınmıştır
8. HAYRAN, O. (1998). Sağlık Hizmetleri. O. HAYRAN, ve H. SUR içinde, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* (s. 15-31). İstanbul: Yüce Yayın.
9. MOLLAHALİLOĞLU, S., KOSDAK, M., SANİSOĞLU, Y., ATEŞOĞLU, D., ÇİFTÇİ, E., ve TUNCEL, T. (2011). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*. Ankara: Opus Basın Yayın ve Ambalaj Sanayi ve Ticaret Ltd.Şti.
10. MOLLAHALİLOĞLU, S., KOSDAK, M., SANİSOĞLU, Y., BOZ, D., ve BULUT DEMİROK, A. (2010). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*. Ankara: Opus Basın Yayın ve Ambalaj Sanayi ve Ticaret Ltd.Şti.
11. ÖCEK, Z., ve SOYER, A. (1997). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
12. ÖZER, A., ve ÇAKIL, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
13. ŞENSOY, N., ÖZMEN, A., DOĞAN, N., ERCAN, A., ve KARABEKİR, H. S. (2014). Afyonkarahisar İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(1), 29-34.
14. TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., ve AKBOLAT, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti.
15. YILMAZ, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69-74.

ONLİNE LABORATUVAR SİSTEMLERİ ÜZERİNE HASTALARIN DÜŞÜNCELERİ VE ALGI YÖNETİMİ

İbrahim Emre GÖKTÜRK*

Yusuf Yalçın İLERİ**

ÖZET

Sağlık alanında teknolojik gelişime bağlı olarak hastane bilgi sistemlerinin etkin bir şekilde kullanılması ve özellikle son zamanlarda tele-tıp ve tele-sağlık gibi hizmetlerin yaygınlaşması ile birlikte bireylerin sağlık hizmetlerine uzaktan erişimi olanaklı hale gelmiştir.

Yakın gelecekte Sağlık sisteminin belirleyici unsurlarının başında geleceğine inandığımız e- sağlık sistemleri ile bugünden yeni açılımların gerçekleştirilmesi ve e-sağlık uygulamalarının sektörde faaliyete geçirilmesi gerekmektedir. Bu artan hasta beklentilerinin karşılanması, maliyetlerin düşürülmesi ve daha etkin ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulmasını da sağlayacaktır.

Laboratuvar bilgi sistemleri hastanelerde uygulanan e-sağlık sistemlerinin bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu sisteme hastanın dışarıdan ulaşabilmesi için ise online laboratuvar sistemlerinin devreye sokulması gerekmektedir. Aynı zamanda hastane bilgi sistemi içinde bu uygulamanın başarısı ve etkinliğinin de ölçülmesi gerekmektedir.

Mevcut çalışmada online laboratuvar sistemlerin hastane bilgi sistemine adaptasyonu sonrası bu hizmeti alan bireyler tarafından değerlendirilmesi gerçekleştirilmiş sonuç olarak online laboratuvar sistemlerinin bireyler tarafından etkin olarak kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Online Laboratuvar, sağlık sistemi, e-sağlık

*Asist. Prof. Dr., Faculty of Health Sciences of Necmettin Erbakan University, KONYA, TURKEY, iegokturk@gmail.com

** Asist. Prof. Dr., Faculty of Health Sciences of Necmettin Erbakan University, KONYA, TURKEY, yileri@konya.edu.tr

PATIENT THOUGHT AND PERCEPTION MANAGEMENT FOR ONLINE LAB SYSTEM

ABSTRACT

Technological development in health sector, effective use of hospital information systems and especially increasing usage of health services like tele-medicine provide individuals remote access to health services.

As we believe that e-health systems will be determinants of the health system in the near future, implementation of new initiatives and e-health applications must be activated as soon as possible. As a result, rising patient expectations will be met, costs will be lowered and more efficient and better quality health services delivery will be provided.

Laboratory information systems applied in hospitals constitute a part of e-health systems. Online laboratory systems' activation is required for patients to reach the system outside. Also the success and the activity of these applications in the hospital information system should be measured.

In the present study, the evaluation of online laboratory systems adapted into hospital information systems was asked individuals receiving these services. As a result, patients who have used online laboratory systems were very pleased, but significant number of individuals yet never used or unaware of the system.

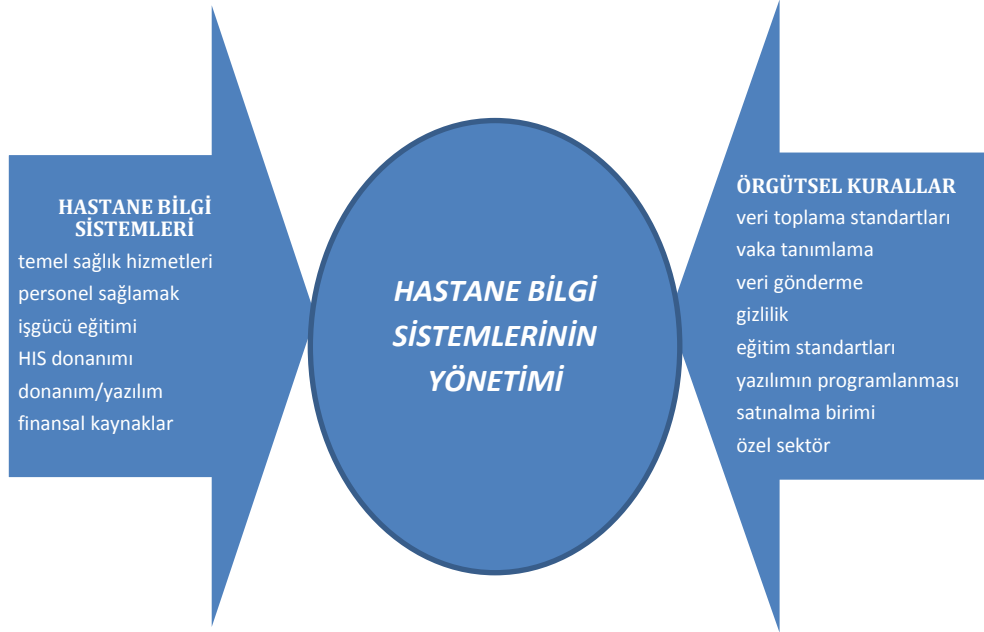
Keywords: Online laboratory, Health system, E-health

1.Giriş

Günümüzde teknolojinin ve internetin işletmelerdeki yaygın kullanımı ve bununla birlikte sağlık sisteminin de bu gelişime ayak uydurmak sureti ile hastane bilgi sistemine ilave yenilikleri hizmete geçirdiği görülmektedir (Wooton, Craig and Patterson, 2006:1). Hastane bilgi sistemleri bu amaçla hastanelerde teknolojik altyapının kullanılması ile oluşturulan bilgi iletişim sistemleridir.

Kamu ve özel hastanelerde etkin bir sağlık hizmet sunmak, verimliliği artırmak, maliyetleri düşürmek ve hizmet kalitesini artırmanın yanı sıra rekabet avantajı sağlamak ve karlılığı artırmak amacı ile kullanılan hastane bilgi sistemleri, özellikle doktorların hastaları hakkında bilgi depolamaları ve arşivlemelerinde meydana gelen aksamaları engellemesi ve hastanenin bir işletme olarak hafızasının oluşturulmasına yönelik geçmiş bilgilerin depolanarak gelecekte etkin bir bilgiye dönüşmesi (Asabe, Oye, Monday 2013 : 65) ve bu sayede tecrübe olarak sunulmasını ve kurumsallaşmasını da sağlamaktadır.

Hastane bilgi yönetim sistemlerinin hastanelerde oluşturulması aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi gerçekleştirilebilir (Lippeveld, Sauerborn, Bodart, 2000:177).



Yukarıdaki şekilde de ifade edildiği gibi; hastane bilgi sistemlerinin yönetimi noktasında örgütsel kurallar olarak nitelendirilen ve birçoğu veri standartları ve verinin tanımlanmasını içeren maddelere özel önem verilmelidir. Örneğin; HIS/RIS/LIS (Hastane/Radyoloji/Laboratuvar Bilgi Sistemleri) gibi sistemleri kullanan hastaneler ancak HL7 ve DICOM gibi standartlara uyarak, veritabanlarında sakladıkları verilerin kullanılabilir ve diğer sağlık kurumlarınca da anlaşılabilir olduğunu garanti edebilirler. Benzer şekilde verilerin alınması ve gönderilmesi aşamasında doğruluğunun ve gizliliğinin korunması da önem arz etmektedir. Kullanılan yazılımın tasarlanması ve programlanması noktasında bizzat sağlık çalışanlarının fikir ve görüşlerinin dikkate alınması, çalışanlara gerekli eğitimlerin verilmesi, gerekli güncellemelerin yapılması ve her güncelleme öncesinde ilgili birim ve kişilerin bilgilendirilmesi ve yazılımın şu an arzu edilen veya gelecekte ihtiyaç duyulabilecek yetkilendirilmeleri yapabilecek kabiliyette olması sağlanarak gizliliğin sağlanması stratejik konulardır. Gizlilik, verilerin hastane dışı ortamdaki gelebilecek tehditlere karşı korunmasının yanı sıra hastane içerisinde de kişilerin yetkileri bazında verilere erişimine izin vermek şeklinde işlemelidir. Örneğin AIDS ve Hepatit C hastalarının kişisel bilgilerine veya laboratuvar sonuçlarına sadece kendi doktorlarına erişim yetkisi verilebilirken, psikiyatri hastalarının bilgilerine ise sadece psikiyatri bölümü doktorlarının erişebilmesi istenebilir. Hastane Bilgi Sistemi bu ve benzeri istekleri kolaylıkla karşılayabilecek güç ve esneklikte olmalıdır.

Hastane bilgi sistemlerinin kurulması sonrası teknolojik gelişimin artırılması ve daha iyi ve kaliteli bir hizmet sunumu için modern hastane işletmelerinde kullanılan en önemli sistem hastane bilgi sisteminin evrimleştirilmesi ile birlikte ortaya çıkan tele tıp uygulamaları olacaktır.

Bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak ağlar aracılığı ile mesafe sorunu ortadan kaldıran sistemler tele tıp olarak nitelendirilmektedir. Tele tıp internetin kullanılarak verilerin görüntülenmesi, kontrol edilmesi ve teşhis edilmesi işlemlerinde genel olarak kullanılan (Jurik, 2008: 97) sağlık sistemine getirdiği yeniliklere bağlı olarak popülerliğini de

gün geçtikçe artırmaya devam eden bir sistemdir. Özellikle tele tıp sayesinde ülkeler hatta kıtalar arası ameliyatlara yapabileceği, hasta muayene edebilme doktor ve diğer uzman sağlık çalışanları arasında bilgi paylaşımı gerçekleştirme imkanı sağlanabilmektedir. Aynı zamanda hastalar açısından bakıldığında evde bakım hizmetlerinin uzaktan yapılabilmesi tahlil ve görüntüleme sonuçlarının hastaneye gitmeden öğrenilebilmesi de bu sayede mümkün olabilmektedir

2. Tele Tıp Uygulama Örneği Olarak Online Laboratuvar Sistemleri

Hastane Bilgi Sistemleri sayesinde; hastane içinde, hizmet ile ilgili veriler bilgisayar ve gerekli yazılım modülleri aracılığı ile ihtiyaç duyan uzmanlara ulaştırılmaktadır. Bu modüller içinde en önemlilerinden biri tanı ve teşhis aşaması için doktorların ihtiyaç duyacağı laboratuvar ve görüntüleme test sonuçlarını da barındıran modüllerdir. Bu sonuçların hızlı bir şekilde doktorlara ulaştırılması sağlık hizmetinin de hızlı bir şekilde verilmesini sağlayacaktır.

Tanı ve teşhis için gerekli sonuçların laboratuvar ve görüntüleme ünitelerinden sonuç haline dönüştükten sonra dijital ortamda bilgisayar aracılığı ile hastanın sağlık bilgileri kayıt altına alınmakta, depolanmakta ve istenildiği zamanda geri çağırılabilir (Asabe, Oye, Monday, 2013 : 68)

Bu sonuçların hizmetin verildiği örgüt içinde anında ulaştırılmasının önemli olması yanında, hastane dışından da bu sonuçlara hastane personel ve hastaların ulaşımına açılması da hizmetin daha hızlı verilmesi için bir esneklik sağlayacaktır. Bu amaçla online laboratuvar sistemleri hastanelerde son yıllarda faaliyet göstermeye başlamıştır.

Hastane Bilgi Sistemlerinin tele tıp yolu ile uzak sistemler üzerinde aktarılabilmesinin en önemli yararı sağlık sisteminde etkinliği artıracak olmasıdır. Bu çalışmaların hastanelerde artırılması aynı zamanda müşteri olarak hastaların sistemi kullanmasına ve faydalanmasına da bağlıdır.

Hastaların memnuniyetinin ölçümü ile hastanenin aktif bir işletme olarak performansının ölçümüne de yarar sağlayacaktır. DSÖ'ne göre hastanelerdeki performans ölçümleri 5 farklı şekilde gerçekleştirilebilir. Bunlar (Shaw, 2003 : 6)

- Yasal denetim
- Üçüncü taraf belgelendirme sistemleri
- İstatistiksel göstergeler
- İç değerlendirmeler
- Tüketicilerin deneyimleri (Anketler)

Yapmış olduğumuz çalışma, bu amaçla yapılmış bir çalışma olup çalışmanın yapıldığı hastane yönetimine sunulmuş ve performans ölçümü ile hizmet etkinliğinin artırılmasına yönelik çalışmalarda kullanılması sağlanmıştır.

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 2009 yılında Konya'da faaliyete geçmiş olup, bu tarihten itibaren de internet üzerinden elektronik randevu hizmeti vermeye başlamıştır. Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde klinik, poliklinik

hizmeti alan hastaların elektronik randevu sistemleri hakkındaki durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Veri Toplama Yolu ve Araçları

Çalışma, yüz yüze görüşme tekniği ile Haziran-Ağustos 2013 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuru yapan toplam 1093 hasta üzerinde uygulanmıştır. Toplam 1093 hasta olma üzere; dahili ve cerrahi kliniklere başvuran 365 hasta, dahili ve cerrahi polikliniklere başvuran 322 hasta, tetkik birimlere başvuran 406 hastadan oluşmaktadır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak poliklinik, klinik ve tetkik birimlerden hizmet alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmacılar tarafından geliştirilen iki adet soru yöneltilerek planlanmıştır. Hastalara yöneltilen soru şu şekildedir.

Soru 1: Hastanemizde uygulanmakta olan "İnternet üzerinden poliklinik randevu alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Soru 2: Hastanemizde uygulanmakta olan "İnternet üzerinden laboratuvar sonuç alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hastaların hizmet aldıkları tetkik birimleri, laboratuvarlar, mikrobiyoloji, patoloji, radyoloji gibi birimlerden; klinikler ve poliklinikler ise KBB, Kadın Doğum, Onkoloji, Radyasyon onkolojisi, Cildiye, Genel Cerrahi, Dahiliye, Anestezi, Çocuk Hastalıkları, İntaniye, Kardiyoloji, Kalp Damar hastalıkları, FTR, Çocuk cerrahisi, Göğüs Hastalıkları, Beyin Cerrahisi, Nöroloji, Ortopedi, üroloji, Psikiyatri gibi birimlerden oluşmaktadır.

Verilerin denetimi yapıldıktan sonra veriler Excel programına girilmiştir. Verilerin yüzde ve frekans dağılımı yapılarak elde edilen bulgular analiz edilmiştir.

3.3. Bulgular

Tablo 1: Elektronik Randevu ve Online Sonuç Alma Sistemi ile ilgili Hastaların Toplam Konumları

	Çok kötü		Kötü		Fikrim Yok		İyi		Çok iyi		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Elektronik randevu sistemi	26	2.4	76	7	520	47.5	217	20	254	23.2	1093	%100
Online randevu sistemi	9	%0.82	21	%1.92	584	%53.4	237	%21.6	242	%22	1093	%100

Tablo 1. incelendiğinde hastane kliniklerine, polikliniklerine ve tetkik birimlerine başvuran toplam 1093 hastanın “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden poliklinik randevu alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 2,4, kötü % 7, fikrim yok % 47,5, iyi % 20, çok iyi % 23,2 dir.

Tablo 1. incelendiğinde hastane kliniklerine, polikliniklerine ve tetkik birimlerine başvuran toplam 1093 hastanın “Hastanemizde uygulanmakta olan "İnternet üzerinden

laboratuvar sonuç alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 0.8, kötü % 1.9, fikrim yok % 53, iyi % 21.6, çok iyi % 22 dir.

Tablo 2: Elektronik Randevu ve Online Sonuç Alma Sistemi ile ilgili Hastaların Kliniklere Göre Konumları

	Elektronik randevu sistemi				Online Laboratuvar Sonuç Alma			
	Klinikler				Klinikler			
	Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler		Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Çok kötü	1	% 0.7	6	%2.6	1	%0.7	5	%2.2
Kötü	6	% 4.2	17	%7.6	0	%4.2	6	%2.6
Fikrim yok	83	% 8.4	98	%43.9	95	%66.9	105	%47
İyi	24	% 17	35	%15.6	24	% 17	40	%18
Çok iyi	28	%19.7	67	% 30	22	%15.4	67	%30
Toplam	142	%100	223	%100	142	%100	223	%100

Tablo 2. incelendiğinde hastane dahili kliniklerinden hizmet alan toplam 142 hastanın “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden poliklinik randevu alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 0.7, Kötü % 4.2, Fikrim yok % 58.4, iyi % 17, Çok iyi %19.7 dir. Hastane cerrahi kliniklerinden hizmet alan toplam 223 hastadan “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden poliklinik randevu alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 2.6, Kötü % 7.6, Fikrim yok % 43.9, iyi % 15.6, Çok iyi %30 dur.

Tablo 2. incelendiğinde hastane dahili kliniklerinden hizmet alan toplam 142 hastanın “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden laboratuvar sonuç alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 0.7, Kötü % 4.2, Fikrim yok %66.9, iyi % 17, Çok iyi %15.4 dir. Hastane cerrahi kliniklerinden hizmet alan toplam 223 hastanın “Hastanemizde uygulanmakta olan "İnternet üzerinden laboratuvar sonuç alma" sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz? sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 2.2, Kötü %2.6, Fikrim yok % 47, iyi % 18, Çok iyi %30 dur.

Tablo 3: Elektronik Randevu ve Online Sonuç Alma Sistemi ile ilgili Hastaların Polikliniklere Göre Konumları

	Elektronik Randevu Sistemi				Online Laboratuvar sonuç alma			
	Poliklinikler				Poliklinikler			
	Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler		Dahili Bilimler		Cerrahi Bilimler	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Çok kötü	3	% 1.5	9	% 7.2	2	% 1	0	% 0
Kötü	20	% 10	6	% 4.8	11	% 5.6	0	% 0
Fikrim yok	89	% 45	45	% 36	89	% 45	56	% 44.8
İyi	51	% 25.8	34	% 27.2	58	% 29.4	35	% 28
Çok iyi	34	% 17.2	31	% 24.8	37	% 18.7	34	% 27.2
Toplam	197	%100	125	%100	197	% 100	125	% 100

Tablo 3 incelendiğinde hastane dahili polikliniklerinden hizmet alan toplam 197 hastanın “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden poliklinik randevu alma” sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 1,5, Kötü %10, Fikrim yok % 45, iyi % 25,8, Çok iyi %17,2 dir. Hastane cerrahi polikliniklerinden hizmet alan toplam 125 hastadan “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden poliklinik randevu alma” sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 7,2, Kötü % 4.8, Fikrim yok % 36, iyi % 27.2, Çok iyi %24.8 dir.

Tablo 4: Elektronik Randevu ve Online Sonuç Alma Sistemi ile ilgili Hastaların Tetkik Birimlere Göre Konumları

	Elektronik Randevu Sistemi		Online Laboratuvar Sonuç Alma	
	Tetkik Birimleri		Tetkik Birimleri	
	N	%	N	%
Çok kötü	7	%1.7	1	% 0.2
Kötü	27	% 6.65	4	% 0.98
Fikrim yok	205	%50.4	239	% 58.8
İyi	73	% 17.9	80	% 19.7
Çok iyi	94	%23	82	% 20.1
Toplam	406	%100	406	%100

Tablo 4 incelendiğinde hastane tetkik birimlerinden hizmet alan toplam 406 hastanın “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden poliklinik randevu alma” sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 1,7, Kötü

% 10, Fikrim yok % 45, iyi % 25,8, Çok iyi %17,2 dir. Hastane cerrahi polikliniklerinden hizmet alan toplam 125 hastadan “Hastanemizde uygulanmakta olan internet üzerinden poliklinik randevu alma” sistemi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri cevap şu şekildedir. Çok kötü % 7,2, Kötü % 4.8, Fikrim yok % 36, iyi % 27.2, Çok iyi %24.8 dir.

Tartışma ve Sonuç

Araştırma bulgularına göre, internet üzerinden poliklinik randevu alma ile ilgili soruya hastaneye başvuran hastaların toplamı en fazla % 47,5 oranında “fikrim yok” cevabı vermişlerdir. İyi ve çok iyi diyenlerin toplamına bakıldığında ise hastaların % 43,2’si “iyi ve çok iyi” olarak değerlendirmişlerdir.

Kliniklere başvuran hastaların internet üzerinden randevu alma ile ilgili soruya vermiş oldukları cevap oranı değerlendirildiğinde yine en fazla dahili bilimlerin % 58,4, cerrahi bilimlerin % 43,9 oranında “fikrim yok” diyerek soruyu cevaplandırmışlardır. Dahili polikliniklere başvuran hastaların % 45, cerrahi polikliniklere başvuran hastalar en fazla % 36’ sı “fikrim yok” demişlerdir. Tetkik birimlerden hizmet alan hastanın % 50,4’ü diğer birimlerde de olduğu gibi en fazla bu konuda fikirlerinin olmadığını söylemişlerdir. “Fikrim yok” yanıtından sonra “iyi ve çok iyi” yanıtlarının toplamı ikinci en fazla yanıt olarak görülür. İnternet üzerinden randevu alma ile ilgili sorulan soruya hastaların çoğunluğunun “Fikrim yok” cevabını vermesi hastaların büyük çoğunluğunun bu konuda fikirlerinin olmadığı yani internet üzerinden randevu almayı bilmedikleri şeklinde değerlendirilebilir. Ya da hastaneye başvuran hastaların etkin bir internet kullanıcısı olmadıkları da düşünülebilir. Dolayısıyla internet üzerinden randevu almanın yararları konusunda hastalara bilgi verilmesi ve bu konuda eğitim almaları sağlanmalıdır.

Kaynakça

1. Asabe, S. A. , Oye N. D. Monday G, (2013); Hospital Patient Database Management System CompuSoft, An International Journal Of Advanced Computer Technology, 2 (3), March- (Volume-II, Issue-III)
2. Jurik, C. W., (2008); Remote Medical Monitoring, University of Virginia, USA, 96-99, Lippeveld T. , Sauerborn R., Bodart C. (2000); Design and implementation of health information systems, WHO Library Cataloguing in Publication Data, World Health Organization, Geneva
3. Shaw C (2003). How can hospital performance be measured and monitored? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report. Accessed from: <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf>, e.t.: 28.05.2014)
4. Wooton, R., Criag, J., Patteson, V., (2006). Introduction to telemedicine. London: The Royal Society and Medicine Press

AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNDEN YARARLANAN HASTALARIN BU HİZMETİ KULLANMALARI VE HASTA TATMİNİNE YÖNELİK ANKARA İLİ PURSAKLAR İLÇESİNDE YAPILAN BİR ARAŞTIRMA

Ülkü TÜRKÜĞÜR*

A.Çetin YİĞİT**

Yiğit Aras YİĞİT***

Murat AÇIKGÖZ****

ÖZET

Aile hekimi; yaş veya cinsiyeti ne olursa olsun, kişiyi bir bütün olarak incelemek için eğitilmiştir. Akut ve kronik hastalıkların tedavi edilmesine ek olarak, hastalıkların gelişmesini önlemek amacıyla düzenli sağlık taramalarını gerçekleştirir ve sağlıkla ilgili konularda danışmanlık hizmetini sağlar.

Aile hekimliği, ilk tıbbi temasının olduğu birimdir. Aile hekimliği uygulaması, hizmet almak isteyenlere kolay bir giriş imkânı sağlar. Bu uygulamada yaş, cinsiyet veya herhangi başka bir özelliğe bakılmaksızın kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenilir. Bu anlamda kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hastalıkla ilgili ayrıntıların bilinmesi yanında hastanın duyu ve düşüncelerinin de bilinmesi gerekir.

Bu araştırmayla, Ankara ili Pursaklar ilçesi Yunus Emre Mahallesi Merkez Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların hizmete yönelik memnuniyetlerinin ve bu hastaların kullanımını değerlendirilerek, hasta memnuniyetinin ve kullanımını etkileyen faktörler incelenmiştir ve bu faktörlerden etkilenip etkilenmediğini ortaya koymak amaçlanmıştır. Ankara ili Pursaklar ilçesi Yunus Emre Mahallesi Merkez Aile Sağlığı Merkezinde, 2013 Ekim – Kasım aylarında, 4129 kişilik evrenden 360 kişiye yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır.

Sonuç olarak; sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yeri olarak % 59,4 ile aile hekimliğinin ilk sırayı aldığı görülmüştür. Son altı ayda aile hekimini ortalama 2 kez kullandıkları gözlemlenmiştir. Ankete katılanların % 55'inin aile hekimliği sisteminden haberdar oldukları ve sürekli yararlandıkları tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra aile hekimliğinden genel memnuniyet durumunda, hizmete yakınlık, fiziksel koşullar, bekleme süresi, yardımcı sağlık personeli ile aile hekiminin davranışlarının etkili olduğu görülmüş ve genel memnuniyet durumunu arttırıcı kriterler olarak göze çarpmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği Uygulaması, Hasta Memnuniyeti, Aile Hekiminin Kullanım Sıklığı.

* Uzm. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöroloji A.D. , denizkiziuklu@hotmail.com

** Yrd. Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cyigit2002@yahoo.com

*** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. Dönem Öğrencisi, aras_ygt@windowslive.com

**** Uzm. Sıla Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. , disci66@gmail.com

1. Giriş

Daha sağlıklı bir toplum için; sağlıkta eşitlik sağlanması, hayata anlam ve sağlık kazandırılması ve hayatın uzatılması amaçlanmaktadır. İnsanların refah ve mutluluğunu artıracak neticeyi elde etmek için sistemin temel girdileri olan fiziki, mali ve beşeri kaynakların akılcı kullanımı esastır. Söz konusu kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmanın yolu, çağdaş bilimin ulaştığı bugünkü seviyede faydalı olabilecek her türlü bilimsel metodu kullanmaktan geçmektedir (Yıldırım, 1994). Bu nedenle, gerek sağlık hizmetleri gerekse bu hizmetlerin sunumundaki kalite, ülkelerin toplumsal ve ekonomik dinamizmi açısından oldukça önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri; sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylere eşit, adil, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır (Özkara, 2002).

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hem birinci basamak hem de ikinci basamak sağlık hizmeti standartlarının iyileştirilmesi ve kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Bu nedenle birinci basamaktan hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyleri, ulaşılmak istenen standartlara ne derece erişilebildiği konusuna ışık tutacaktır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

1.1. Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Sistemleri

1.1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı

Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Kurtulmuş, 1998: 83; Karadağ, 2007: 3).

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 2000:5).

1.1.2. Aile Hekimliği Sistemi

Sağlık sistemlerinin iki temel amacı vardır. Nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve sağlık hizmetine erişimin eşitliğini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde izlenecek yol bir yandan en son tıbbi bilgileri kullanarak toplumun sağlığını geliştirmek, öte yandan sağlık hizmetlerine sunumunda bölgeler arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflemek olarak belirtilmektedir (Başak, 2007: 135).

1.1.2.1. Disiplin Olarak Aile Hekimliği

Bir uzmanlık dalı olan aile hekimliği ile bir hizmet modeli olan aile hekimliğini birbirinden ayırmak gerekir. Uzmanlık olarak aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda yer alan uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade etmektedir. Hizmet modeli olarak aile hekimliği ise bireyin aile ile bir bütün olarak ele alınıp geliştirilen sağlık hizmetleri anlayışını ya da biçimini ifade etmektedir (Öztek, 2006: 2).

1.1.2.2. Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlarına İlişkin Tanımlar

Aile hekimliğinde geçen terimlerin tanımlanması birincil kaynak “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ve aynı yönetmeliğe dayandırılarak hazırlanan “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” ye göre:

Yerel Sağlık İdaresi: Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile eğitim, izleme, değerlendirme, denetim ve koordinasyon faaliyetlerini yürüten, illerde il sağlık müdürlüğünü ve ilçelerde ilçe sağlık grup başkanlığını,

Aile Hekimi: Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,

Geçici Aile Hekimi: Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile hekimini,

Aile Sağlığı Elemanı: Aile hekimini ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurunu (toplum sağlığı),

Geçici Aile Sağlığı Elemanı: Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile sağlığı elemanını,

Aile Sağlığı Merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimini ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk alışı noktasında verilen sağlık hizmetini,

İkinci Basamak Sağlık Hizmeti: Hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetini, Aile hekimliğinde geçen terimlerin tanımlanması birincil kaynak “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ve aynı yönetmeliğe dayandırılarak hazırlanan “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” ye göre:

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti: İkinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayıp, ileri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların sevk edildiği bir üst sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetini,

Gezici Sağlık Hizmeti: Aile hekimini ve/veya aile sağlığı elemanının, il sağlık müdürlüğünce tespit edilen belde, köy ve mezra ve benzeri yerleşim yerlerine, Bakanlıkça belirlenen aralıklarla giderek yerinde vereceği sağlık hizmetini,

Hizmet Bölgesi, Hizmet Grubu ve Hizmet Puanı: 8.6.2004 tarihli ve 25486 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliğinin ilgili maddelerinde açıklanan bölge, grup ve puanları, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM): Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer

kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezini ifade eder.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Konusu

Sağlık hizmetlerinde kullanım ve memnuniyet araştırmaları, daha etkili sağlık hizmetinin sunumu açısından eksik yönlerin görülmesi ve buna yönelik hangi politikaların geliştirileceği anlamında önemlidir. Ankara ili Pursaklar ilçesinde bir aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin hizmete ulaşımı ve memnuniyeti ile memnuniyetini etkileyen faktörler araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

2.2. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Günümüz sağlık idareleri, sadece sağlık hizmeti sunumuna değil, hasta beklenti ve isteklerine de önem vermektedir. Bunun için hasta beklenti ve isteklerine daha duyarlı davranmaktadır. Özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerine yönelik iç ve dış müşterilerine yönelik memnuniyet düzeyleri incelenmektedir. Bu araştırma ile sağlık hizmetini kullananların demografik ve sosyo ekonomik değişkenlere göre memnuniyeti etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

2.3. Araştırmanın Alanı, Yeri ve Yöntemi

Araştırma, Ankara ili Pursaklar ilçesinde bir aile hekiminden sağlık hizmeti alan kişiler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın veri toplama kısmında, 20 sorudan oluşan 360 adet anket, 01 Ekim – 10 Kasım 2012 tarihleri arasında, aile hekimliğinden sağlık hizmeti alan kişilere, yüz yüze (kişisel görüşme) anket yöntemi kullanılmıştır.

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Aile hekimliğinin kapsam alanında bulunan bölgede kayıtlı olmayan yani sağlık hizmetini geçici olarak kullanan misafir kişiler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

2.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni Ankara ili Pursaklar ilçesi Yunus Emre Mahallesiindeki Merkez Aile Sağlığı Merkezine bağlı olarak hizmet alan 4129 kişiden oluşmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinin hizmet vermekle yükümlü olduğu kişi sayısına göre (bilinen evren) istatistiksel hesaplama yapılmış ve evrenden rastgele 353 kişilik örneklemin evreni tanımlayacağı tespit edilmiştir.

2.6. Araştırmada Kullanılan Ölçek Veri Analizi Yöntemi

Araştırmada kullanılan soru formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım; demografik ve sosyoekonomik özellikler (cinsiyet, medeni durumu, yaş, öğrenim durumu, meslek türü, gelir durumu) ile sağlık hizmetini kullanımına ait tanımlayıcı soruları içermektedir. İkinci bölüm ise; 5’li Likert ölçeğine göre alınan hizmetten memnuniyet düzeyini belirleyen sorular yer almıştır. Verilerin istatistiksel analizinde, (Statistical Package for Social Sciences) SPSS 16 paket programı kullanılmıştır. Analiz yapılırken, Sıklık (f) dağılımı ve karşılaştırmalı analiz tabloları oluşturulmuştur. Karşılaştırmalı tablolarda Ki-Kare tekniği kullanılmıştır. Ki-kare testi ile örneklem bağlamında yer alan değişkenler arasında (anlamli) farklılaşma olup olmadığı test edilmiştir. Tutum ölçeklerinin güvenilirlik boyutları için ise, “Cronbach Alpha (α)” tekniğine başvurulmuştur. Bu araştırmanın Alpha katsayısı, 0,778 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla, araştırmada kullanılan ölçek, geçerli ve yüksek

derecede güvenilirdir. Hipotezlerin test edilmesi sürecinde, anlamlılık düzeyi (α) = 0,05 olarak kabul edilmiştir. Alan araştırmasında kullanılan testlerin güvenilirlik düzeyi ise, $1 - \alpha = 0,95$ 'tir. Yani, hipotezler, % 95 güvenilirlik düzeyinde test edilmektedir. Dolayısıyla, uygulanacak testlerden elde edilecek “p” değerinin, α değerinden (0,05) büyük olması durumunda, hipotez (H_0); küçük olma durumunda, alternatif hipotez (H_1) kabul edilmiştir. Tutum ölçeklerinin analizinde Ki – Kare (χ^2) (Anlamlılık) testinden yararlanılmıştır.

3. Bulgular

3.1. Ankete Katılan Kişilerin Demografik ve Sosyoekonomik Verileri

Bu çalışma 01 Ekim – 10 Kasım 2012 tarihleri arasında örnekleme ile tespit edilen aile sağlığı merkezlerine başvuran hasta ve hasta yakınlarından ankete katılmayı kabul eden 360 kişi ile yapılmıştır.

Tablo-1: Örneklem Grubunun Demografik ve Sosyoekonomik Statülerine Göre Dağılımı

Statü		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	196	54,4
	Erkek	164	45,6
	Toplam	360	100,0
Medeni Durum	Evli	228	63,3
	Bekâr	132	36,7
	Toplam	360	100,0
Yaş	20 yaş altı	84	23,3
	21-40	158	43,9
	41yaş ve üstü	118	32,8
	Toplam	360	100,0
Öğrenim Durumu	İlkokul /Okur-yazar	90	25,0
	Ortaokul	62	17,2
	Lise	137	38,1
	Üniversite ve üstü	71	19,7
	Toplam	360	100,0
Mesleği	Memur	34	9,4
	İşçi	32	8,9
	Esnaf/Serbest meslek	23	6,4
	Ev hanımı	113	31,4
	Emekli	40	11,1
	Öğrenci	92	25,6
	İşsiz / Diğer	26	7,2
	Toplam	360	100,0
Aylık Gelir Durumu	1000 TL ve altı	114	31,7
	1001-2000	164	45,6
	2001 TL ve üstü	82	22,8
	Toplam	360	100,0

3.2. Örneklem Grubunun Sağlık Hizmetlerini Kullanımına İlişkin Verileri

Örneklem grubunun aile hekimliğini kullanım durumu Tablo-2’de verilmiştir. Sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yer olarak % 59,4 ile aile hekimliği ilk sırayı aldığı, bunu %25,6 ile devlet hastanesi, % 11,1 ile özel hastane/muayenehane ve % 3,9 ile üniversite hastanesi izlemiştir. Tancu SÖYLEYİCİ’nin 2010 yılında Denizli ilinde yaptığı aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi konusundaki yüksek lisans tezinde; araştırmaya katılan kişilerin sağlık sorunlarında hangi sağlık kurumunu tercih ettikleri konusunda örneklem grubunun % 76,8’inin aile hekimini tercih ettikleri, bunu sırasıyla % 11,7 ile devlet hastanesi, % 7,5 ile çevresindeki tanıdıkları, % 3,4 ile özel hastane/muayenehane ve % 0,5 ile üniversite hastanesi izlemiştir.

Örneklem grubunun % 55’inin aile hekimliği sisteminden haberdar oldukları ve sürekli yararlandıkları, % 38,9’unun haberdar oldukları ancak nadiren yararlandıkları ve % 6,1’inin ise haberdar oldukları ancak yararlanmadıkları görülmüştür. Tancu Söyleyici’nin bu araştırmasında; hastaların aile hekimliğinden haberdar oldukları ve sürekli yararlandıkları sonucu çıkmıştır.

Ayrıca yaptığımız araştırmada örneklem grubunun son altı ayda aile hekimini ortalama 2 kez kullandıkları tespit edilmiştir.

Aile hekimine başvuru sebebi olarak % 70 ile muayene olma amacıyla gittikleri, bunu % 19,7 ile ilaç yazdırma ve % 10,3 ile kontrol izlemiştir. Tancu Söyleyici’nin araştırmasında aile hekimine gitme sebebi olarak % 52,9 ile muayene olmak, % 22 ile ilaç yazdırmak, % 10,1 ile kontrol amaçlı ve geri kalan % 14,9 ‘unun ise diğer amaçlar (rapor, enjeksiyon, sevk, aşı vb.) takip etmiştir.

Tablo-2: Örneklem Grubunun Aile Hekimliğini Kullanım Durumu

Kullanım Durumu	Sayı	Yüzde (%)	
Sağlık Hizmeti İçin İlk Başvuru Yapılan Yer	Aile Hekimi	214	59,4
	Devlet Hastanesi	92	25,6
	Üniversite Hastanesi	14	3,9
	Özel Hastane	40	11,1
	Toplam	360	100,0
Aile Hekimliği Sisteminden Haberdar Olma ve Yararlanma Durumu	Haberdar ve sürekli yararlanıyor	198	55,0
	Haberdar ve nadiren yararlanıyor	140	38,9
	Haberdar ama yararlanmıyor	22	6,1
	Toplam	360	100,0
Son 6 Ayda Aile Hekimini Kullanım Durumu	1-2 Kez	192	53,3
	3-5 Kez	117	32,5
	6 ve üstü Kez	51	14,2
	Toplam	360	100,0
Aile Hekimine Başvuru Sebebi	Muayene olma	252	70,0
	Kontrol	37	10,3
	İlaç yazdırma	71	19,7
	Toplam	360	100,0

3.3. Örneklem Grubunun Sağlık Hizmetlerini Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Veriler

3.3.1. Cinsiyet

Cinsiyete göre son altı ay içinde aile hekimine başvuru sayısı Tablo-3’de yer almaktadır. Cinsiyet açısından son altı ay içinde aile hekimine başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,004$). Erkeklerin son altı ay içinde aile hekimini kullanma ortalaması kadınlara göre daha az bulunmuştur.

Tablo-3: Cinsiyete Göre Son Altı Ay İçinde Aile Hekimine Başvuru Sayısı

		1-2 Kez		3-5 Kez		6 ve Üstü Kez		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	89	45,4	73	37,2	34	17,3	196	100,0
	Erkek	103	62,8	44	26,8	17	10,4	164	100,0
	Toplam	192	53,3	117	32,5	51	14,2	360	100,0
X ² = 11,119 SD=2 p= 0,004 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)									

3.3.2. Medeni Durum

Medeni duruma göre Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım durumu Tablo-4’de yer almaktadır. Medeni durum açısından Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,010$). Evlilerin bekarlara göre Aile Hekimliği sisteminden sürekli yararlandıkları görülmektedir. Başka bir deyişle bekarların sistemden haberdar oldukları, ancak nadiren kullandıklarını söyleyebiliriz.

Tablo-4: Medeni Duruma Göre Aile Hekimliği Sisteminden Haberdar Olma ve Kullanım

		Haberdar ve Sürekli Yararlanıyor		Haberdar ve Nadiren Yararlanıyor		Haberdar Ama Yararlanmıyor		Toplam	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Medeni Durum	Evli	139	61,0	76	33,3	13	5,7	228	100,0
	Bekâr	59	44,7	64	48,5	9	6,8	132	100,0
	Toplam	198	55,0	140	38,9	22	6,1	360	100,0
X ² = 9,128 SD=2 p= 0,010 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)									

3.3.3. Yaş

Yaşa göre Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım durumu Tablo-5’de yer almaktadır. Yaş açısından Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,016$). Farklılığın 20 yaş altı gruptan kaynaklandığı söylenebilir. 20 yaş altı grubun sistemden haberdar oldukları ve nadiren yararlandıkları görülmektedir. Bu doğal bir sonuçtur. Yaş ilerledikçe sağlık hizmeti kullanımı da artmaktadır.

Tablo-5: Yaşa Göre Aile Hekimliği Sisteminden Haberdar Olma ve Kullanım

Statüler		Haberdar ve Sürekli Yararlanıyor		Haberdar ve Nadiren Yararlanıyor		Haberdar Ama Yararlanmıyor		Toplam	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Yaş	20 yaş ve altı	35	41,7	44	52,4	5	6,0	84	100,0
	21-40	88	55,7	57	36,1	13	8,2	158	100,0
	41 yaş ve üstü	75	63,6	39	33,1	4	3,4	118	100,0
	Toplam	198	55,0	140	38,9	22	6,1	360	100,0
	$X^2 = 12,180$ SD=4 p= 0,016 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)								

3.3.4. Öğrenim Durumu

Öğrenim durumuna göre sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan yer Tablo-6’da yer almaktadır. Öğrenim durumu açısından sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001). Farklılığın lise ile üniversite ve üstü gruplarından kaynaklandığı söylenebilir. Bu gruplar diğer gruplara göre özel hastane ve özel muayenehaneleri daha fazla kullandıkları görülmektedir. Eğitim durumunun artması dolaylı olarak aylık gelir düzeyini arttırmaktadır. Gelir düzeyinin ve eğitim düzeyinin artması sağlık sunucusu seçiminde önemli bir rol oynamaktadır.

Tablo-6: Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvuru Yapılan Yer

		Aile Hekimi		Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hst./Mua.		Toplam	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Öğrenim Durumu	İlkokul/Okuryazar	60	66,7	25	27,8	1	1,1	4	4,4	90	100,0
	Ortaokul	39	62,9	17	27,4	2	3,2	4	6,5	62	100,0
	Lise	79	57,7	36	26,3	9	6,6	13	9,5	137	100,0
	Üniversite ve üstü	36	50,7	14	19,7	2	2,8	19	26,8	71	100,0
	Toplam	214	59,4	92	25,6	14	3,9	40	11,1	360	100,0
$X^2 = 28,515$ SD=9 p= 0, 001 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)											

Öğrenim durumu göre Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım durumu Tablo-7’de yer almaktadır. Öğrenim durumu açısından Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,005). Farklılığın lise grubundan kaynaklandığı söylenebilir. Lise grubunun sistemden haberdar oldukları ve diğer gruplara göre bu sistemi nadiren kullandıkları görülmektedir.

Tablo-7: Öğrenim Durumuna Göre Aile Hekimliği Sisteminden Haberdar Olma ve Kullanım Durumu

		Haberdar ve Sürekli Yararlanıyor		Haberdar ve Nadiren Yararlanıyor		Haberdar Ama Yararlanmıyor		Toplam	
		n	%	N	%	n	%	n	%
		Öğrenim Durumu	İlkokul/Okuryazar	62	68,9	22	24,4	6	6,7	90	100,0
Ortaokul	38		61,3	20	32,3	4	6,5	62	100,0
Lise	61		44,5	70	51,1	6	4,4	137	100,0
Üniversite ve üstü	37		52,1	28	39,4	6	8,5	71	100,0
Toplam	198		55,0	140	38,9	22	6,1	360	100,0
$X^2= 18,592$ SD=6 p= 0,005 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)									

3.3.5. Meslek Durumu

Meslek durumuna göre sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan yer Tablo-8’de yer almaktadır. Meslek durumu açısından sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,035). Farklılığın ev hanımı grubundan kaynaklandığı söylenebilir. Ev hanımları diğer gruplara göre ilk başvuru olarak aile hekimini daha fazla kullandıkları görülmektedir.

Tablo-8: Meslek Durumuna Göre Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvuru Yapılan Yer

		Aile Hekimi		Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hst. /Mua.		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		Mesleği	Memur	18	52,9	5	14,7	2	5,9	9	26,5	34	100,0
İşçi	17		53,1	9	28,1	3	9,4	3	9,4	32	100,0
Esnaf/Serbest Meslek	11		47,8	8	34,8	2	8,7	2	8,7	23	100,0
Ev Hanımı	75		66,4	27	23,9	6	5,3	5	4,4	113	100,0
Emekli	24		60,0	13	32,5	0	,0	3	7,5	40	100,0
Öğrenci	51		55,4	25	27,2	1	1,1	15	16,3	92	100,0
İşsiz/ Diğer	18		69,2	5	19,2	0	,0	3	11,5	26	100,0
Toplam	214		59,4	92	25,6	14	3,9	21	5,8	360	100,0
$X^2= 30,236$ SD=18 p= 0,035 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)											

Meslek durumu göre Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım durumu Tablo-9’da yer almaktadır. Mesleki durum açısından Aile Hekimliği sisteminden haberdar olma ve kullanım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001). Farklılığın öğrenci grubundan kaynaklandığı söylenebilir. Öğrenci grubunun sistemden haberdar oldukları ve diğer gruplara göre bu sistemi nadiren kullandıkları görülmektedir. Bu sonuç daha önce değinilen yaşa bağlı sistemi kullanım durumu ile paralellik göstermektedir. Başka bir deyişle öğrenci grubunun yaş ortalamasının düşük olması nedeni ile bu sistemi daha nadir kullandıklarını söyleyebiliriz.

Tablo-9: Meslek Durumuna Göre Aile Hekimliği Sisteminden Haberdar Olma ve Kullanım

		Haberdar ve Sürekli Yararlanıyor		Haberdar ve Nadiren Yararlanıyor		Haberdar Ama Yararlanmıyor		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
		Mesleği	Memur	18	52,9	14	41,2	2	5,9	34	100,0
İşçi	15		46,9	13	40,6	4	12,5	32	100,0
Esnaf/ Serbest Meslek	9		39,1	10	43,5	4	17,4	23	100,0
Ev Hanımı	79		69,9	31	27,4	3	2,7	113	100,0
Emekli	27		67,5	12	30,0	1	2,5	40	100,0
Öğrenci	37		40,2	50	54,3	5	5,4	92	100,0
İşsiz/ Diğer	13		50,0	10	38,5	3	11,5	26	100,0
Toplam	198		55,0	140	38,9	22	6,1	360	100,0
X ² = 32,731 SD=12 p= 0,001 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)									

3.3.6. Aylık Gelir Durumu

Aylık gelir durumuna göre sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan yer Tablo-10'da yer almaktadır. Aylık gelir durumu açısından sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yapılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,006). Farklılığın 2001 TL ve üstü aylık geliri olan gruptan kaynaklandığı söylenebilir. Bu grup diğer gruplara göre ilk başvuru olarak özel hastane veya özel muayenehaneleri daha fazla kullandıkları görülmektedir. Beklenen bir bulgu olduğunu söyleyebiliriz. Bu sonuç daha önce yapılmış sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği araştırmaları ile paralellik göstermektedir. Gelir düzeyi arttıkça özel sağlık hizmetini kullanımda artmaktadır.

Tablo-10: Aylık Gelir Durumuna Göre Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvuru Yapılan Yer

		Aile Hekimi		Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Özel Hastane /Mua.		Toplam	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
		Aylık Gelir Durumu	1000 TL ve altı	67	58,8	35	30,7	3	2,6	9	7,9	114	100,0
1001-2000	103		62,8	42	25,6	7	4,3	12	7,3	164	100,0
2001 TL ve Üstü	44		53,7	15	18,3	4	4,9	19	23,2	82	100,0
Toplam	214		59,4	92	25,6	14	3,9	40	11,1	360	100,0
X ² = 18,306 SD=6 p=0,006 < 0,05 (Fark istatistiksel olarak anlamlı)											

3.4. Örneklem Grubunun Aile Hekiminden Memnuniyetine İlişkin Verileri

3.4.1. Örneklem Grubunun Memnuniyetini Belirleyen Kriterlerin Oranları

Tablo-11 incelendiğinde aile hekimliğinden memnuniyette ilk sırayı % 84,2 ile aile hekimliğine ulaşabilme kolaylığı alırken bunu sırası ile % 80,3 ile hekimin nezaketi ve davranışı, % 79,7 ile aile hekimliğinde kayıt personelinin davranışı izlemektedir. En düşük

memnuniyet kriteri ise % 69,7 ile hekimin ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgi vermesi yer almıştır. Aile hekiminden genel memnuniyet oranı % 73,6 olarak gerçekleşmiştir. Türk Sağlık Sistemi içinde aile hekimliği memnuniyet oranı ise % 80,8 olarak bulunmuştur.

Tancu SÖYLEYİCİ'nin yüksek lisans tezinde genel memnuniyet oranı ise % 79,7 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığının araştırmasında ise bu oran % 81,2 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan bu üç araştırmanın sonucuna göre; aile hekimliği uygulamasından genel olarak % 80 düzeyinde memnuniyet olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo-11: Örneklem Grubunun Memnuniyetini Belirleyen Kriterlerin Oranları

Kriterler	Kötü		Orta		İyi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aile hekimine ulaşabilme kolaylığı	7	1,9	50	13,9	303	84,2	360	100,0
Aile hekimliğinin fiziki koşulları	13	3,6	75	20,8	272	75,6	360	100,0
Aile hekimliğinde kayıt personelin davranışları	21	5,8	52	14,4	287	79,7	360	100,0
Kayıt işlemlerinin süresi	14	3,9	60	16,7	286	79,4	360	100,0
Muayene olabilmek için beklenen süre	23	6,4	79	21,9	258	71,7	360	100,0
Hekiminin nezaketi ve davranışı	19	5,3	52	14,4	289	80,3	360	100,0
Hekiminin hastalıkla ilgili şikâyetleri dinlemesi ve sorulara cevap vermesi	23	6,4	55	15,3	282	78,3	360	100,0
Hekimin ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgi vermesi	42	11,7	67	18,6	251	69,7	360	100,0
Aile hekimliğinden alınan hizmetin kalitesi	17	4,7	78	21,7	265	73,6	360	100,0
Türk Sağlık Sistemi içinde aile hekimliği uygulaması	14	3,9	55	15,3	291	80,8	360	100,0

4. Sonuç ve Öneriler

4.1. Araştırmaya İlişkin Sonuçlar

Yapılan Araştırmadan elde edilen bulgular kapsamında oluşan sonuçları şöyle sıralayabiliriz.

* Örneklem grubunun sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yeri olarak % 59,4 ile Aile Hekimliğinin ilk sırayı aldığı görülmüştür.

* Örneklem grubun % 55'inin Aile Hekimliği sisteminden haberdar oldukları ve sürekli yararlandıkları tespit edilmiştir.

* Örneklem grubunun son altı ayda Aile Hekimini ortalama 2 kez kullandıkları gözlemlenmiştir.

* Başvuru sebebi olarak % 70 ile muayene olmak amacıyla gittikleri tespit edilmiştir.

Örneklem grubunun sağlık hizmetlerini kullanımını etkileyen faktörler incelendiğinde;

* Erkeklerin son altı ay içinde Aile Hekimini kullanma ortalaması kadınlara göre daha az olduğu,

* Evlilerin bekarlara göre Aile Hekimliği sisteminden sürekli yararlandıkları,

* Evlilerin son altı ay içinde Aile Hekimini kullanma ortalamasının bekârlara göre daha az olduğu tespit edilmiş,

* Evlilerin bekarlara göre ilaç yazdırmak amacıyla Aile Hekimliğini daha yoğun kullandıkları,

* 20 yaş altı grubun sistemden haberdar oldukları ve nadiren yararlandıkları gözlemlenmiş,

* 20 yaş altı grubun Aile Hekimliğini kullanım ortalamasının diğer gruplara göre daha az olduğu görülmüş,

* 40 yaş üstü grubun diğer gruplara göre Aile Hekimliğini ilaç yazdırmak için daha fazla kullandıkları görülmüştür.

* Lise ile üniversite ve üstü gruplarının diğer gruplara göre özel hastane ve özel muayenahaneleri daha fazla kullandıkları,

* Lise grubunun sistemden haberdar oldukları ve diğer gruplara göre bu sistemi nadiren kullandıkları,

* İlkokul/okuryazar grubun Aile Hekimliğini kullanım ortalamasının diğer gruplara göre daha fazla olduğu,

* Ev hanımlarının diğer gruplara göre ilk başvuru olarak Aile Hekimini daha fazla kullandıkları,

* Öğrenci grubunun sistemden haberdar oldukları ve diğer gruplara göre bu sistemi nadiren kullandıkları,

* Ev hanımı ve emekli gruplarının Aile Hekimliğini kullanım ortalamasının diğer gruplara göre daha fazla olduğu,

* Ev hanımı ve emekli grubunun diğer gruplara göre Aile Hekimliğini ilaç yazdırmak için daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir.

* 2001 TL ve üstü aylık geliri olan grubun diğer gruplara göre ilk başvuru olarak özel hastane veya özel muayenahaneleri daha fazla kullandıkları ve Aile Hekimliğini kullanım ortalamasının diğer gruplara göre daha az olduğu,

Örneklem grubunun memnuniyetini belirleyen kriterlere göre; İlk sırayı % 84,2 ile Aile hekimliğine ulaşabilme kolaylığının aldığı, bunu sırası ile % 80,3 ile hekimin nezaketi ve davranışı, % 79,7 ile Aile hekimliğinde kayıt personelinin davranışının izlediği, en düşük memnuniyet kriterinin ise % 69,7 ile hekimin ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgi vermesinin yer aldığı, Aile hekiminden genel memnuniyet oranının ise % 73,6 olarak gerçekleştiği görülmüştür.

Türk Sağlık Sistemi içinde aile hekimliğinden memnuniyet oranı ise % 80,8 olarak bulunmuştur.

4.2. Öneriler

✓ Genel sağlık düzeyini etkileyen hastalık ve faktörlerin azaltılması yönünde mevcut kaynakların akıllı ve etkili kullanımı için sağlık reformları uygulamaya konulmaktadır. Aile hekimliği uygulaması ile ülkemizde başlatılan sağlık reformu ile kişisel odaklı, etkili ve kaliteli sağlık hizmet sunumu amaçlanmaktadır. Yapılan reformların istikrarlı olması ve sürekliliği sağlanmalıdır. Ayrıca bilişim çağından en asgari şekilde yararlanılmalı ve teknolojik alt yapı buna göre oluşturulmalıdır.

✓ Sunulan sağlık hizmetinin değerlendirilmesi için teknik kalite tek başına yeterli olmayıp algılanan kalitenin de (hasta beklenti ve istekleri) ölçülmesi büyük önem taşımaktadır. Algılanan kalitenin ölçümü ile aile hekimlerinde hangi boyutta kalite algısının düşük yada yüksek olduğu, hangi alanlarda gelişmeye ihtiyaç olduğu saptanabilir.

✓ Hasta-hekim ilişkisinde iletişim ve bilgilendirme, güven ve duyarlılık önem taşımaktadır. Aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının hastaya karşı olan davranışı, ilgi ve alakası memnuniyet düzeyine ilişkin önemli etkenlerdir. Bu amaçla güler yüzlü ve hoşgörülü olma, ilgi ve yakınlık gösterilmesi konusunda sağlık hizmet sunucularına başta hasta psikolojisi olmak üzere, iletişim, hasta ilişkileri ve diyaloglar konularında rutin olarak eğitimler düzenlenmelidir.

✓ Aile Hekimliğinde bekleme salonlarının modern ve ferah olması için gerekli donanım sağlanmalıdır. Uzun süre bekleyecek hastalar için okuyabilecekleri dergi ve çeşitli gazeteler bulundurulabilir. Hatta bekleme salonlarında hastaları dinlendirecek rahatlatıcı müzik yayını yapılabilir. Bu şekilde hastalık nedeniyle morali bozuk olan hastaların iç açıcı ve ferah bir ortam içinde rahatlaması sağlanabilir.

✓ Aile Hekimliğinden genel memnuniyet durumunda; hizmete yakınlık, fiziksel koşullar, bekleme süresi, yardımcı sağlık personeli ile aile hekiminin davranışlarının etkili olduğu ve genel memnuniyet durumunu artırıcı kriterler olarak görülmektedir. Aile Hekimlerinde bu kriterlerde yapılacak yeni düzenleme veya düzeltici faaliyetler ile genel hasta memnuniyetini arttırabileceklerdir.

Kaynaklar

1. AKDUR, R. (2000), *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Üçüncü Baskı, Ankara.
2. KURTULMUŞ, S. (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayını, İstanbul.
3. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Ankara.
4. BAŞAK, O. (2007), Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak, Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 3, S.135-139, Temmuz-Eylül 2007.
5. ÖZTEK, Z. (2006), Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği, Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt: 25, Sayı: 2, S.1-6, Mayıs 2006.
6. YILDIRIM, S. (1994), Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT, Temmuz 1994.
7. KARADAĞ, Z. (2007), “Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri / Hasta Memnuniyetine Etkisi” Y. Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastanesi İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
8. ÖZKARA, Y. (2002), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama”, Y. Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
9. SÖYLEYİCİ, T. (2010), “Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması”, Y. Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli.

ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN, HASTA TATMİNİ, TAVSİYE DAVRANIŞI VE TERCİH ÜZERİNE ETKİSİ

Kader AYDIN*
Yıldırım B. GÜLHAN**
Hediye KARATAŞLI***

ÖZET

Sağlık sektöründe son yıllarda yapılan önemli gelişmeler, kalite anlayışının gelişmesine ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalite ölçütü olarak algılanan hizmet kalitesinin hasta tatmini/ memnuniyeti gibi kavramların ön plana çıkmasını sağlamıştır. Hastane ve sağlık kuruluşları varlıklarını sürdürürebilmek, artan rekabet koşullarında ayakta durabilmeleri için mevcut durumlarını değerlendirmeleri ve hizmette farklılaşmaya gitmeleri gerekmektedir. Bu çalışmada; Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde (UÜ-SUAM) cerrahi kliniklerde hizmet alan yetişkin 315 hastanın algıladıkları hizmet kalitesinin hasta tatmini, tavsiye davranışı ve tercih üzerine ilişkilerini ortaya koymaktadır. Veriler 16-27 Nisan 2012 tarihleri arasında cerrahi kliniklerden hizmet alan, 2 gün ve üzerinde yatan cerrahi operasyon geçirmiş hastalar üzerinde basit tesadüfi yöntem uygulanarak toplanmıştır. Çalışmada toplanan verilere faktör analizi ve regresyon analizi uygulanmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda algılanan hizmet kalitesi, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasında önemli ilişkiler saptanmıştır. Sonuç olarak; UÜ-SUAM' inde hastane hizmetleri hakkında ki düşünce (5 üzerinden) 4,32 bulunmuştur. Bu da katılımcıların hastane verilen hizmetten %86,4'lük bir düzeyde tatmin olduklarını göstermektedir. Hizmet özellikleri ile ilgili ifadelerin aritmetik ortalamalarına bakıldığında en düşük ortalama (3,33) muayene olmak için beklenen süre ile (3,54) uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Algılanan Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini, Tavsiye Davranışı

*Hemşire, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, kdr.ayd1983@hotmail.com

**Yrd. Doç. Dr., Okan Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yildirim.gulhan@okan.edu.tr

*** Sorumlu Hemşire, Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İnegöl Devlet Hastanesi, hediyeKaratasli@hotmail.com

PERCEIVED SERVICE QUALITY'S EFFECT ON PATIENT SATISFACTION, ADVICE ATTITUDE AND PREFERENCE

Important developments of recent years in health sector provide the progress in quality understanding and there by concepts like service quality, patient satisfaction /pleasure perceived quality standard in health service emerge. It is necessary that hospitals and health institutes evaluate the available conditions and undergo a chance so that day survive and stand despite of the growing competition conditions. In this study; it is revealed that there is a relationship between preferences and perceived service quality's effect on patient satisfaction, advice attitudes of 315 adult patients vein serviced at surgical clinics of Uludag University Health Practice and Research Center(UU-HPRC). Data are collected by carrying out a simple incidental method an patients that undergo a surgical operation and stay at surgical clinics for 2 and more days, from 16 April to 27 April 2012 factor analysis and regression analysis are applied to data collected in the study. Important relationship between perceived service quality, patient satisfaction and behavioral intents is determined as a result of regression analysis. Consequently, it is found that these is 4,32 (over 5) positive opinion about hospital services at UU-HPRC. This show that participants have the satisfaction of hospitals service. Its level is 86,4 on a percentage basis it is determined that there are the minimum average (3,33) waiting time for being examined and (3,54) the suitability of the prices to the budget when we look at the arithmetic average of the statements about service features.

Key Words: *Perceived Service Quality, Patient Satisfaction, Advice Attitude*

1.Giriş

Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960' ların sonlarında başlamıştır. Bu yılda ortaya çıkan aktif gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Toplumdaki eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanımlarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemekte, buna hastaların kararı da büyük ölçüde etki etmektedir (Çoban ve Kaşıkçı, 2008: 163–171).

Hizmet soyut, dayanıksız ve değişken olmasından dolayı kalitenin ölçülmesi ürün kalitesi ölçümünden daha zordur. Bu zorluklara karşı hizmet işletmesi müşteriler tarafından nasıl değerlendirilebileceğini bilmek ve müşteri beklentilerini iyi anlamak amacıyla hizmet kalitesini ölçmek zorundadırlar. Hizmetten kalite beklentisi tüketiciden tüketiciye değişkenlik gösterdiği için detaylı bir şekilde müşteri beklentilerini saptayabilmek gerek zaman gerek maddi yönden işletmeyi sıkıntıya sokabilir (Yılmaz, Filiz ve Yaprak, 2007: 299–319).

Günümüzde hasta tatmininin ölçümü, sadece hastalara sunulan hizmetin memnuniyetini ölçmek için değil ayrıca sağlık kuruluşlarının kendi performanslarını değerlendirmeleri için önemlidir. Sağlık kuruluşlarında hasta tatminini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasıyla birlikte sunulan sağlık hizmetlerinin mevcut durumunda iyileştirilmelerin yapılmasına olanak sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı; Sağlık

hizmetlerinde kalite ölçütü olarak, algılanan hizmet kalitesinin hasta tatmini, tavsiye davranışı ve tercih etme durumu üzerine etkilerini ortaya çıkarmak, gerekirse çıkan sonuca göre düzenlemeler yapmak ve önerilerde bulunmaktır.

2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; kişilerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamak ve insanların yaşam sürelerini uzatmaktır. Bu nedenle sağlık hizmetleri, insanların yaşamlarını iyileştirici refah ve mutluluklarını artırıcı her türlü çalışmayı kapsar (Öztek ve Kubilay, 2008). Sağlık hizmetlerinde kalite sağlamanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle hekim-hasta ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içerdiği görülmektedir (Devebakan: 2005).

2.1. Algılanan Hizmet Kalitesi

Algılanan hizmet kalitesi, hizmet kalitesinin müşteriler tarafından yapılan genel değerlendirmesidir. Algılanan hizmet kalitesinin önemi, müşterilerin davranışsal amaçları ve müşteri memnuniyetiyle olan ilişkisiyle ön plana çıkarmaktadır (Ulusoy, 2002). Hizmet kalitesi olgusuna geniş bir bakış açısı getirip kavramsal hizmet kalitesi modeli geliştiren yazarlara göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmet sunumu sırasında hizmetin performansa yönelik oluşan algılarının bir sonucudur (Rahman, Erdem ve Devebakan, 2007).

2.2. Hasta Tatmini

Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan müşteri (hasta) tatmini, genel olarak “müşterilerin beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üzerine hizmet verilmesi” olarak tanımlanır (Kavuncubaşı, 2000: 399). Hasta tatmini “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğunu ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak belirtilmiştir (Kılınç, 2009: 239- 244). Artık sağlık kuruluşları, hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır. Çünkü bir sağlık kuruluşunun başarısı hastanın tatmin olarak tedaviye devam etmesi ve sonuçlandırılmasıdır. Tatmin olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilmekte veya başka sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Bu durumda sağlık işletmesi açısından başarısız hizmet üretimi söz konusudur. Bu nedenle sağlık hizmeti işletmelerinin başarısı, tatmin olmuş hastanın katılımı ile tedaviyi uygulamak ve sonuçlandırmaktır (Güllülü, Erciş, Ünal ve Yaprak, 2008: 143).

2.3. Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Önemi

İnsan, yaşamı boyunca ihtiyacını duyduğu birtakım gereksinimleri karşılamak zorundadır. Her insanın gereksinimleri farklı olmakla beraber aynı ihtiyaca yönelik sunulan hizmet ya da ürün de farklılık göstermektedir. Dolayısıyla tüketici, ihtiyacına cevap verebilen ürünler veya hizmetler arasında seçim yapmak durumunda kalır. Bu seçimi yapmasını sağlayansa sunulan hizmet veya üründen olan beklentilerin karşılanmasıdır. Tüketicinin bu ihtiyaçlarına cevap verebilmesi önemli ölçüde kalite göstergesi olmaktadır. Ürünlerin ve hizmetlerin çeşitlenmesi rekabetin artmasını sağlar. İşletmeler de rekabet koşullarında varlıklarını sürdürebilmek için kalitesini ölçülebiliyor hale getirmek zorunda kalır (Yılmaz, Filiz ve Yaprak, 2007: 299).

Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçümü olarak nitelendirilen hasta tatmininin ölçülmesinin önemi şu şekilde sıralanabilir;

- Hasta tatmininin ölçülmesi ile sağlık kuruluşun sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süresi ve çıktısı hakkında önemli bilgiler verirken kuruma bir ayna görevi yaparak mevcut durumun değerlendirilmesini sağlar.
- Sağlık kuruluşun zayıf ve güçlü yönlerinin ortaya çıkmasına olanak sağlar.
- Hizmetten tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin görüş ve önerilerini dikkate alır. Böylece hastanın hastalığa ve hastaneye adaptasyonunun kolaylaşmasına ve dolayısıyla iyileşme süresinin kısaltılmasına olanak sağlar.
- Sağlık hizmetlerinden tatmin olarak ayrılan hastalar gerektiğinde tekrar aynı sağlık kuruluşu tercih edeceklerdir. Bu da sağlık sektöründe giderek artan rekabette kuruma avantaj sağlayacaktır.
- Yapılan araştırmalarda aldığı sağlık hizmetlerinden tatmin olmayan hastalar, hastanede yaşadıkları deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok başkalarıyla paylaştıkları ortaya çıkmıştır. Bu durum kurumun rekabet ortamında imajını kötü yönde etkilemesine neden olmaktadır (Devebakan ve Yağcı, 2005: 543–553).

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, cerrahi kliniklerden hizmet alan hastaların aldıkları hizmet kalitesinin hasta tatmini, tavsiye davranışı ve tercih etme durumu arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (UÜ-SUAM)'inde, cerrahi kliniklerden hizmet alan yetişkin hastalar oluşturmaktadır. Transplantasyon ünitesi, diyaliz ünitesi, yoğun bakımlar gibi özellikli bölümler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Çalışmada verilerin toplandığı hastaneden, çalışmanın yürütülmesine ilişkin yazılı izin alınmıştır. Ayrıca örnekleme oluşturan hastalardan, çalışmanın amaçları açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

Çalışma genel cerrahi kliniği (GCK), kadın hastalıkları ve doğum kliniği (KHD), kulak burun boğaz kliniği (KBB), göz kliniği, ortopedi ve travmatoloji kliniği, üroloji kliniği, nöroşirürji kliniği(NŞ), plastik ve rekonstrüktif cerrahisi kliniği (PRC), kalp damar cerrahisi kliniği (KDC) ve göğüs cerrahisi kliniği olmak üzere 10 cerrahi klinikte yapılmıştır. 2012 yılı Ocak, Şubat ve Mart aylarında cerrahi kliniklerinde yatak sayısı, yatan hasta sayısı ve yatak işgal oranı faktörleri dikkate alınarak her bir kliniğin Mart ayı ameliyat sayısının %15'i alınarak örneklem oluşturulmuştur. Örneklemdeki hasta sayısı orantılı tabakalı yöntemi ile rasgele olarak seçilmiştir. Tablo 1'de seçilen örneklemin kliniklere göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 1: Örneklemin Cerrahi Kliniklere Göre Dağılımı

<i>Klinikler</i>	<i>Örneklemin Kliniklere Göre Dağılımı</i>
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi Kliniği (PRC)	51
Göz Kliniği	45
Genel Cerrahi Kliniği	44
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (KHD)	32
Üroloji Kliniği	33
Kulak Burun Boğaz Kliniği(KBB)	22
Nöroşirurji Kliniği (Beyin Cerrahisi-NŞ)	26
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği (KDC)	22
Göğüs Cerrahisi Kliniği	10
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	30

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Anket yöntemi ile gerçekleştirilen bu çalışmada yüz yüze anket tekniği uygulanmıştır. UÜ-SUAM’inde cerrahi kliniklerde hizmet alan yetişkin hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hastalara verilen sağlık hizmetlerini en iyi şekilde değerlendirebilmesi için 2 gün ve üzerinde yatan cerrahi operasyon geçirmiş hastalar üzerinde yapılmış olup bu da çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Veriler 16–27 Nisan 2012 tarihi arasında cerrahi kliniklerinde hizmet alan 2 gün ve üzerinde yatan cerrahi operasyon geçirmiş hastalar üzerinde basit tesadüfî yöntem uygulanarak toplanmıştır.

Hastaların, hastane hizmetlerini en iyi şekilde değerlendirebilmeleri için çeşitli kaynaklardan yararlanılarak 41 ifadeli bir ölçek hazırlanmıştır (Varinli ve Çakır 2004; Dursun ve Çerci 2004). Hastaların bu ifadeleri 5-çok iyi, 4-iyi, 3-orta, 2-kötü ve 1-çok kötü olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Genel olarak hastanede verilen sağlık hizmeti hakkındaki düşünceleri ve uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu ile ilgili ifadeleri de benzer şekilde değerlendirmeleri sağlanmıştır.

Hasta tatmininin en iyi göstergesi olan hastaneyi tekrar tercih etme ve tavsiye etme davranışı ile ilgili sorulara, hastaların 5-kesinlikle tercih/tavsiye ederim, 4- tercih/tavsiye ederim, 3-kararsızım, 2-tercih/tavsiye etmem ve 1-kesinlikle tercih/tavsiye etmem şeklinde cevap vermeleri istenmiştir.

3.4. İstatiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 15.0 versiyon programı kullanılmıştır.

UÜ-SUAM’ nde cerrahi birimlerinden hizmet alan hastaların tatmin düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçekte 41 madde yer almaktadır. Madde korelasyon katsayı matrisi incelendiğinde tüm korelasyon katsayıların 0,90 değerinin altında olduğu saptanmıştır. 41 maddelik ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin testi değerine göre (0,939) örneklem büyüklüğünün faktör analizi için mükemmel derecede uygun olduğu bulunmuştur. Bartlett testine göre ilgili verilerin çok değişkenli normallik varsayımını sağladığı görülmektedir ($p < 0.005$).

4. Bulgular

4.1.Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Hastaların demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir. Tablodaki verileri özetleyecek olursak, deneklerin %51,7 erkeklerden ve %48,3 kadınlardan oluşmaktadır. Bunların %13,3’ünü bekârlar, %79,7’si evliler ve %7’sini ise dullar oluşturmaktadır. %5,7’sini okur-yazar olmayan, % 7,9 okur-yazar olan, %47,9’unu ilköğretim, %25,4 lise, %5,4 ön lisans, %6,3 lisans ve %1,3 ise diğer(yüksek lisans, doktora

vb.) mezunudur. Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir.

Örnek grubunun %36,8’ini 18–39 yaşları arasındaki hastalar oluştururken %63,1’ni 40 ve üzeri yaşları arasındaki hastalar oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi örnekleme oluşturan hastaların büyük çoğunluğunu orta yaş ve yaşlı grubu oluşturmaktadır.

Tablodaki verilere göre ankete katılan hastaların sağlık güvencesine bakıldığında %96,5’inin SGK (Sağlık Güvenlik Kurumu)’lu, %1,3’ün ücretli ve % 2,2’sinin ise özel sağlık sigortalı olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların % 8,3’nün gelir düzeyi düşük, %80,9’unun orta ve %10,8’inin ise yüksek gelir grubunda olduğu söylenebilir.

Ayrıca deneklerin %4,1’ini öğrenciler, %9,5’ini serbest meslek, %5,7 memur, %21,3 işçi, %30,2’sini ev hanımı, %23,2’sini emekli, %6’sını ise diğer meslek grupları oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi deneklerin büyük bir kısmını ev hanımları oluşturmaktadır (Tablo-2).

Tablo 2: Cevaplayıcıların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri İle İlgili Bilgiler

<i>Cinsiyet</i>	<i>Frekans</i>	<i>Yüzde</i>	<i>Meslek</i>	<i>Frekans</i>	<i>Yüzde</i>
Erkek	163	51,7	Öğrenci	13	4,1
Kadın	152	48,3	Serbest Meslek	30	9,5
Toplam	315	100	Memur	18	5,7
			İşçi	67	21,3
Medeni Durum			Ev Hanımı	95	30,2
Bekâr	42	13,3	Emekli	73	23,2
Evli	251	79,7	Diğer	19	6
Dul	22	7	Toplam	315	100
Toplam	315	100			
Eğitim Durumu			Sağlık Güvencesi		
Okur-yazar olmayan	18	5,7	SGK	304	96,5
Okur-yazar olan	25	7,9	Ücretli	4	1,3
İlköğretim	151	47,9	Özel Sağlık Sigortası	7	2,2
Lise	80	25,4	Toplam	315	100
Ön lisans	17	5,4			
Lisans	20	6,3			
Diğer	4	1,3	Gelir Düzeyi		
Toplam	315	100	500 TL'den az	26	8,3
			500 – 1000 TL	196	62,2
Yaş			1000–1500 TL	59	18,7
18–25 yaş	26	8,25	1500–2000 TL	29	9,2
26–39 yaş	90	28,57	2000 TL'den fazla	5	1,6
40–54 yaş	77	24,44	Toplam	315	100
65 ve üzeri	57	18,09			
Toplam	315	100			

Araştırmaya katılan deneklerin 245 tanesi Bursa il sınırları içinde hizmet almak için hastaneyi tercih ederken 70 tanesi ise Bursa il sınırları dışından hizmet almak için hastaneyi tercih ettikleri belirlenmiştir. Tablo 3’de Bursa il sınırları dışında gelen hastaların geldikleri illere göre dağılımı verilmiştir. Görüldüğü gibi hastaneyi en fazla tercih eden il, ulaşımın kolay sağlanması ve Marmara bölgesinin en büyük hastanelerinden biri olması nedeniyle Balıkesir birinci sırada yer almaktadır. Ayrıca Bursa il sınırları dışından gelen hastaların

cinsiyete göre dağılımına bakıldığında %53,3 kadın hastalar oluştururken %45,7'sini erkekler oluşturmaktadır. Hastaların %11,4 bekâr, %82,9'u evli ve %5,7'si duldur. Tablo 4'de Bursa il dışından gelen hastaların hastaneyi tercih etme nedenleri verilmiştir. Buna göre; hastalar %77,1'i birden fazla nedenlerden dolayı hastaneyi tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 3: Bursa İl Sınırları Dışından Gelen Hastaların İllere Göre Dağılımı

<i>İl</i>	<i>Hasta Sayısı</i>	<i>İl</i>	<i>Hasta Sayısı</i>
Balıkesir	32	Trabzon	1
İstanbul	5	Bilecik	1
Artvin	1	Van	2
Çanakkale	8	Konya	1
Muş	2	Yozgat	1
Yalova	4	İzmir	1
Kütahya	5	Aydın	1
Düzce	1	Hatay	1
İzmit	1	Toplam	70
Eskişehir	2		

Tablo 4: Bursa İl Sınırları Dışından Gelen Hastaların Hastaneyi Tercih Nedenler

	<i>FREKANS</i>	<i>YÜZDE</i>
Sosyal güvenlik kurumu ile anlaşması olması	2	%2,9
Önceki hastaların tavsiyesi	1	%1,4
Hastanedeki doktorların bilinirliği	4	%5,7
Hastanenin bilinirliği ve köklü oluşu	4	%5,7
Doktorların tavsiyesi	1	%1,4
Hastanenin teknolojik altyapısının yeterliliği	2	%2,9
Hastaneye duyulan güven	1	%1,4
Hastanenin Yakınlığı	1	%1,4
Çoklu seçim	54	77,1%
Toplam	70	%100

4.2. Hastanede Sunulan Hizmetler ile İlgili Algılamaların Değerlendirilmesi

Hastaların hizmet özellikleri ile ilgili algılamalarının ortalama ve standart sapmaları Tablo 5' de özetlenmiştir. Tabloda hastaların hizmet özellikleri ile ilgili algılamaları konumundaki değerlendirmeleri (5 – Çok İyi, 4 – İyi, 3 – Orta, 2 – Kötü, 1 – Çok Kötü) verilmiştir.

Genel olarak bakıldığında hizmet özellikleri ile ilgili değerlendirmelerin iyi ve iyiye çok yakın (4 ve üzeri) olduğu görülmektedir. Hizmet özellikleri ile ilgili ifadelerin aritmetik ortalamaları incelendiğinde en düşük ortalamalar 3,33 ile muayene olmak için beklenen süre ile 3,54 ile uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu bulunmuştur.

Tablo 5: Hastanede Sunulan Hizmetlerle İlgili Algılamaların Ortalaması, Standart Sapması.

	Klinik Hizmetleri İle İlgili Değerlendirmeler	Ortalama	SS
S1	Doktorların Saygı ve Nezaket Anlayışı	4,45	0,709
S2	Doktorların Kontrolleri	4,36	0,766
S3	Doktorlarla Görüşme Kolaylığı	4,01	0,992
S4	Doktorların Uygulama Tedavi, Tetkikler, İlaçlar ve Hastalık Hakkında Bilgilendirmeler	4,15	0,917
S5	Doktora Güven Duyma	4,43	0,742
S6	Doktorların Verdikleri Bakımdan Tümü ile Memnuniyet	4,34	0,754
S7	Hemşirelerin Saygı, Nezaket Anlayışları	4,49	0,684
S8	Hemşirelerin İlaç Dağıtım Düzenleri ve Kontrolleri Bakımlar	4,57	0,632
S9	Hemşireye Ulaşma Kolaylığı	4,56	0,628
S10	Hemşirelerin Verdikleri Bilgiler	4,42	0,706
S11	Hemşireye Güven Duyma	4,5	0,688
S12	Hemşirelerin verdikleri Bakımdan Tümü İle Memnuniyet	4,5	0,665
S13	Muayene, Tetkik ve Tedavide Hastaların Memnuniyetine Saygı Gösterilmesi	4,39	0,8
S14	Kayıt İşlemlerinin Kolay ve Hızlı Gerçekleşmesi	3,57	1,161
S15	Muayene Olmak İçin Beklenen Süre	3,33	1,231
S16	Tetkik Sonuçlarının Doktora Gösterebilme Kolaylığı	3,8	1,055
S17	Laboratuar ve Diğer Tıbbi Hizmetlerden Kolayca Yararlanma	4,12	0,984
S18	Hasta Odalarının Temizliği ve Fiziki Koşulları	4,23	0,913
S19	Hasta Yataklarının Rahatlığı	4,02	1,043
S20	Çarşaf Temizliği	4,16	0,914
S21	Hastane Yemeklerinin Dağıtılması ve Hijyeni	4,05	0,894
S22	Hastaya Uygun Diyet Yemeklerinin Belirlenmesi	4,12	0,877
S23	Hastane Yemeklerinin Özellikleri(doyuruculuğu, çeşitliliği, sıcaklığı)	3,8	1,126
S24	Klinik Personelinin Davranışları(saygısı ve ilgisi)	4,37	0,772
S25	Ameliyathane Personelinin Davranışları(saygısı ve ilgisi)	4,47	0,614
S26	Laboratuar Personelinin Davranışları(saygısı ve ilgisi)	4,36	0,654
S27	Radyoloji-Röntgen Personelinin Davranışları(saygısı ve ilgisi)	4,34	0,678
S28	Bilgi İşlem Memurunun Personelinin Davranışları(saygısı ve ilgisi)	4,28	0,735
S29	Temizlik Personelinin Davranışları(saygısı ve ilgisi)	4,36	0,74
S30	Yardımcı Hizmetlerden Memnuniyet	4,36	0,762
S31	Çalışan Personelin İyi, Temiz Giyimi ve Düzgün Görünüşlü Olması	4,47	0,65
S32	Hastane Personelinin Genel Olarak Birbirleri İle Uyum İçinde Çalışması	4,34	0,729
S33	Hastane Ortamının Gürültüsüz Olması	3,89	1,112
S34	Hastanenin Genel Temizliği	4,21	0,74
S35	Hastanenin Haberleşme İmkânları	4,25	0,812
S36	Hastanenin İşaret Levhaları	4,24	0,884
S37	Hastanenin Ziyaret Saatleri Süresi	4,14	0,926
S38	Hastanenin Kantin Hizmetleri	4,19	0,851
S39	Hastanenin Ulaşımı	4,33	0,825
S40	Genel Olarak Hastanede Verilen Hizmetleri Hakkında Düşünce	4,32	0,701
S41	Uygulanan Fiyatların Bütçeye Uygunluğu	3,54	1,203

Faktör analizi sonucunda özdeğeri 1’den büyük toplam 7 boyutun saptandığı ve toplam varyansın açıklanma oranının %56,126 olduğu görülmektedir. Ancak 4 faktörden sonraki toplam varyansa katkı miktarı arasında farklılığın az olması nedeniyle ilgili faktör deseninde faktör sayısı 4 olarak kabul edilmiştir ve Soree-Plot (Yamaç Birikim Grafiği) göre de doğrulanmıştır. 4 boyutlu 41 madde için faktör analizi yapıldığında 8 maddenin (s14,s15,s16,s24,s30,s31,s32,s34) farklı faktörlerde benzer yükler aldığı görülmüştür. Güvenirlik analizinde ifadelerden birkaçı silinirse ölçeğin güvenirliliği değişip değişmeyeceği konusunda da bakılmış (İtem analizi), ve bu ifadelerden 8 tanesi silinerek, ölçeğin güvenirliliği ile faktörlerin kendi içindeki tutarlılığı sağlanmıştır. Bu analizin sonucunda cronbach’s alpha (Güvenirlik Katsayısı) = 0,953 bulunmuştur. Ayrıca her bir boyutun güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. İlgili 8 madde çıkarıldıktan sonra faktör analizi sonucuna göre; Her bir maddenin toplam varyansa olan katkısı doğrultusunda 33 maddenin analizinde yer alması karar verilmiştir. 4 boyutun (faktör) toplam varyansa katkısı %59,312’dir.

Yapılan faktör analizi sonucunda ortaya çıkan dört boyut verilmiştir. Buna göre; bu boyutlardan birincisi “ doktorlar ile ilgili faktörler” olarak adlandırılabilir. Bu faktör; doktorların saygı ve nezaket anlayışları, doktor kontrolleri, doktorlarla görüşme kolaylığı, doktorların uygulanan tedavi, tetkikleri, ilaçlar ve hastalık hakkında bilgilendirmeleri, doktora güven duyma ve verdikleri bakımından tümüyle memnuniyet olmak üzere 6 ifadeden oluşmaktadır. Toplam varyansa katkısı %13,679 bulunmuştur.

İkinci faktör “hemşireler ile ilgili faktörler” olarak adlandırılabilir. Bu faktör 7 ifadeden oluşmaktadır. Bunlar; hemşirelerin saygı ve nezaket anlayışları, hemşireler ilaç dağıtım düzenleri ve kontrolleri bakımları, hemşireye ulaşma kolaylığı, hemşirelerin verdikleri bilgiler, hemşireye güven duyma, hemşirelerin verdikleri bakımdan tümüyle memnuniyet ve muayene, tetkik ve tedavide hastaların mahremiyetine gösterilen saygı olup bu boyutun toplam varyansa katkısı %15,619’dur.

Üçüncü faktör “birim (klinik) hizmetleri ile ilgili faktörler” olarak adlandırılabilir. Bu faktörler 7 ifadeden oluşmaktadır ve toplam varyansa katkısı %10,912 olarak bulunmuştur. Bu faktörü oluşturan ifadeler şunlardır; hasta odaların temizliği ve fiziki koşulları, hasta yataklarının rahatlığı, çarşaf temizliği, hastane yemeklerinin dağıtılması ve hijyeni, hastaya uygun diyet yemeklerinin belirlenmesi, hastane yemeklerinin özellikleri (doyuruculuğu, çeşitliliği, sıcaklığı) ve hastane ortamının gürültüsüz olmasıdır.

Dördüncü faktör “hastane hizmetleri ile ilgili faktörler” olarak adlandırılabilir. Bu faktörün toplam varyansa katkısı %19,102 olarak bulunmuştur. Laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanma (röntgen, tomografi v.b), ameliyathane personelinin davranışları (saygısı, ilgisi), laboratuvar personelinin davranışları, bilgi işlem memurunun davranışları, temizlik personelinin davranışları, hastanenin haberleşme imkanları, hastanenin işaret levhaları, hastanenin işaret saatleri ve süresi, hastanenin kantin hizmetleri, hastanenin ulaşımı, genel olarak hastane verilen hizmetler hakkında düşünce ve uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu bu faktörü oluşturan ifadelerdir.

4.3.Örneklemin Hastane Tercih Nedenleri

Hastalara UÜ-SUAM’ni tercih etme nedenleri sorulduğunda; %6’sı doktor tavsiyesi, %5,1’i hastanedeki doktorların bilinirliliği ve teknolojik altyapısının yeterliliği nedeniyle tercih ettiklerini belirtmişlerdir. %3’ü çevre tavsiyesi, önceki hastaların tavsiyesi ve fiyatların bütçeye uygunluğu en az tercih nedenleri içinde bulunmuştur. Ayrıca hastaların %71,7’si birden fazla seçeneği tercih nedenleri olarak göstermiştir. Tablo 6’de hastaların hastaneyi tercih nedenleri frekans ve yüzdeleri olarak göstermektedir. Tercih etme nedenlerinin her biri

için yaş dağılımları ayrı ayrı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ($p>0.005$). Benzer durum cinsiyete göre de incelendiğinde de geçerlidir ($p>0.005$).

Tablo 6: Hastaların Hastaneyi Tercih Nedenleri

	<i>n</i>	<i>Yüzde(%)</i>
Sosyal güvenlik kurumu anlaşmasını olması	14	4,4
Çevrenin tavsiyesi	1	0,3
Önceki hastaların tavsiyesi	1	0,3
Hastanedeki doktorların bilinirliği	16	5,1
Hastanenin bilinirliği ve köklü oluşu	12	3,8
Doktorların tavsiyesi	19	6,0
Hastanenin teknolojik altyapısının yeterliliği	16	5,1
Hastanenin yakınlığı	9	2,9
Fiyatların uygunluğu	1	0,3
Diğer (Çoklu Tercih)	226	71,7
Toplam	315	100

4.4. Örneklemin Hastaneyi Tavsiye ve Tekrar Tercih Etme Durumu

Tablo 7’de örneklemin hastaneyi eş, dost ve akrabaya tavsiye etme durumu verilmiştir. Buna göre; hastaneyi %67,6’sı tavsiye edeceğini belirtirken % 3,5’i hastanedeki sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olmadığı ve hastaneyi tavsiye etmeyeceğini belirtmişlerdir. Görülüyor ki sunulan sağlık hizmetinden %3,5 olumsuz olarak değerlendirirken %5,1 kararsız, %91,4 olumlu olarak değerlendirmiştir. Tablo 8’de hastaneyi tekrar tercih etme durumları incelenmiştir. Hastaların %2,9’u sunulan sağlık hizmetini olumsuz olarak değerlendirmiş ve tekrar tercih etmeyeceklerini belirtirken %5,7’si kararsız , %91,1’i sunulan sağlık hizmetinden olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Sunulan sağlık hizmetinden tatmin olan hastalar hastaneyi tavsiye etme ve tekrar tercih etme durumlarını pozitif olarak etkilemektedir. Ayrıca hastaneyi tavsiye etme ve tekrar tercih etme durumları arasında doğrudan bir ilişki vardır.

Tablo 7: Örneklemin Hastaneyi Tavsiye Etme Durumu

	FREKANS	YÜZDE
Kesinlikle tavsiye etmem	5	1,6%
Tavsiye etmem	6	1,9%
Kararsızım	16	5,1%
Tavsiye ederim	213	67,6%
Kesinlikle tavsiye ederim	75	23,8%
Toplam	315	100,0%

Tablo 8: Örneklem Hastaneyi Tekrar Tercih etme durumu

	<i>FREKANS</i>	<i>YÜZDE</i>
Kesinlikle tercih etmem	5	1,6%
Tercih etmem	4	1,3%
Kararsızım	18	5,7%
Tavsiye ederim	206	65,4%
Kesinlikle tavsiye ederim	82	26,0%
<i>Toplam</i>	315	100,0%

4.5. Örneklem Değişkenleri Arasındaki İlişkileri

Tablo 9’da hasta tatmini, tavsiye etme ve tekrar tercih etme bağımlı değişkenleri ile doktorlar, hemşire, hastane hizmetleri ve birim hizmetleri gibi hizmet kalitesi bileşenleri arasındaki korelasyon değerleri yer almaktadır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Hasta tatminini doktor ve hemşire memnuniyeti ile hastane ve klinik hizmetleri hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Ayrıca tüm hizmetlerden oluşan memnuniyet, hastalar üzerinde hastaneyi tavsiye etme ve tekrar tercih etme durumlarını da doğrudan etkilediği görülmektedir.

Tablo 9: Değişkenler Arasındaki İlişkiler (Korelasyon katsayıları)

	<i>Doktor</i>	<i>Hemşire</i>	<i>Hastane Hizmetleri</i>	<i>Birim Hizmetleri</i>
Hasta Tatmini	0,814**	0,842**	0,851**	0,806**
Tavsiye Etme	0,297**	0,199**	0,176**	0,296**
Tekrar Tercih Etme	0,312**	0,194**	0,167**	0,278**

**Tüm değerlerin anlam düzeyi, $p < 0,005$ ’den. (Tüm değerlerin p değeri sıfırdır.)

Tablo 10’de yatış süresi ile hasta tatmini arasındaki durumu incelenmiş ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yatış süresi arttıkça hasta tatmin düzeyi artmaktadır ($r=0,213$, $p < 0,005$). Görülüyor ki yatış süresi arttıkça bireylerin hastanede sunulan sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları için değerlendirme yapmaları kolaylaşmaktadır. Ayrıca hasta tatmininin, yaş ve kaçınıcı yatış arasındaki durumu incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,005$). Hastaneye kaçınıcı yatış ve yatış süreleri bakımından cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p=0.202$; $p=0.765$).

Tablo 10: Hasta Tatmin Düzeyinin Değişkenler Arasındaki İlişkileri (Korelasyon katsayıları)

	<i>HASTA TATMINİ</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
YAŞ	0,094	0,97
KAÇINCI YATIŞ	0,54	0,34
YATIŞ SÜRESİ	0,213**	0,00

Hasta ve yakınlarının şikâyet ve önerilerinin hastane tarafından değerlendirilmesi ve çözümlerin getirilmesi hastaların kendilerini değerli hissetmelerini sağlayacaktır. Bu da hastaların tatminini ve dolayısıyla davranışsal niyetleri etkileyecektir. Hasta ve yakınlarının şikâyet ve önerileri dikkate alınıp alınmadıkları sorgulandığında %92,1 ile 290 kişi (137'si kadın, 153'ü erkek) olumlu cevap verirken %7,9'u ile 25 kişi (15'i kadın, 10'u erkek) olmak üzere olumsuz cevap vermişlerdir.

Ölçekten elde edilen hasta tatminlik düzeyi, cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.105$). Ayrıca hasta tatminlik düzeyi medeni durum ($p=0.080$), eğitim düzeyi ($p=0.262$) ve sağlık güvencesine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanamamıştır. Ancak gelir düzeyi ile hasta tatminlik düzeyi karşılaştırıldığında... < 500TL ve 500-1000TL ile < 500TL ve ... > 1500TL grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.013$; $p=0.006$). Geliri yüksek olan hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meslek gruplarına göre tatminlik düzeyi karşılaştırıldığında da bazı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.005$). Bu farklılıklar sırasıyla öğrenci- serbest, öğrenci-işçi, öğrenci – emekli, serbest-diğer, memur-diğer, işçi- ev hanımı, işçi-diğer, ev hanımı-diğer, emekli diğer grupları arasında görülmüştür.

4. Tartışma ve Sonuç

UÜ-SUAM’inde genel olarak hastane hizmetleri hakkında ki düşünce (5 üzerinden) 4,32 bulunmuştur. Bu da katılımcıların hastane verilen hizmetten %86,4'lük bir düzeyde memnun yani tatmin olduklarını göstermektedir. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastane'sinde yapılan bir çalışmada yatan hastaların memnuniyet düzeyi %64,5 bulunmuştur (Ertem, Oto, Karayel, 2000: 325–31). Dicle Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bir memnuniyet araştırmasında, genel memnuniyet düzeyi (%68,2) bulunmuştur. Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada ise, bu oran %91,8 olarak saptanmıştır (Aytar, Yeşildal, 2004: 10-14). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin yataklı servislerinde Yıldırım ve ark. nın yaptığı bir çalışmada ise genel memnuniyet düzeyi bu çalışmaya benzer olarak %85,5 bulunmuştur (Yıldırım, Maral, Aycan, Bumin, 1999: 71). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisindeki hastalarda yapılan bir çalışmada, genel memnuniyet düzeyi %90,2 olarak bulunmuştur (Uzun, Güney, Oral, Özsoy, Mungan, 2006: 167-171). Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalarda, memnuniyet düzeyi için bir kritik sınır değer (kesme noktası) belirlenmemiştir, ancak literatürde % 70 ve üzerindeki memnuniyet oranının hizmetlerden memnuniyeti yansıttığı, bunun da hizmetlerin nitelik ve nicelik olarak yeterli kalitede olduğunu gösterdiği genel ifadelerde yer bulmuştur (Şahin, Bakıcı, Bilban, Dinçer, Yurtçu, Günel, 2005: 137-142).

Bazı çalışmalarda hemşire hizmetlerinden memnuniyetin genel memnuniyet açısından daha önemli bir yer tuttuğu belirtilmiştir (Hsieh, Kagle, 1991: 281–290). Ayrıca Oswald vd. 1998’de yaptıkları hasta tatmini ölçümünü yaptıkları bir çalışmada, doktorların ve doktorların iletişiminin uygunluğunun algılanan kalite ve hasta tatminini önemli ölçüde etkilediği görülmüştür.

UÜ-SUAM’inde hizmet alan hastalar genel olarak hastanede verilen hizmetlerden tatmindirler. Genel olarak hizmet özellikleri ile ilgili değerlendirmelerin iyi ve iyiye çok yakın (4 ve üzeri) olduğu görülmektedir. Hizmet özellikleri ile ilgi ifadelerin aritmetik ortalamaları incelendiğinde en düşük ortalamaların 3,33 ile muayene olmak için beklenen süre ile 3,54 ile uygulanan fiyatların bütçeye uygunluğu bulunmuştur. Muayene olmak için beklenen sürenin uzun olması hasta tatminini olumsuz yönde etkileyebilir. Bunun nedeni ise sevk işlemlerinin ortadan kalkması ile birlikte üniversite hastanelerinde çalışan personel özellikle doktorların daha akademik, bilgili ve güvenilir olduğu gibi bir düşüncenin olması olabilir. Ayrıca bazı birimlerde doktor ve poliklinik sayısının yetersiz olması nedeniyle az zamanda çok hasta bakmak zorunda kalan doktorlara kapasitesinden fazla muayene verilmesi nedenler arasında gösterilebilir.

31.12.2011 tarih ve 28106 sayılı resmi gazetede Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nde otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması başlamıştır. Buna göre; sözleşmeli sağlık kurumları tek yataklı, banyolu, televizyonu ve telefonu bulunan odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-8 listesinde 510.010 kod ile yer alan “standart yer tarifesi” işlem bedelinin üç katını geçmemek üzere kişilerden ek ücret alabilir. UÜ-SUAM’de otelcilik hizmeti olarak ek yatak ücretleri alınmaktadır. Yapılan bu çalışmada hastaların buldukları odaların özellikleri sorgulanmamıştır. Bu nedenle tek kişilik, banyosu, televizyon ve telefonu olan odalarda kalan hastalardan daha fazla para talep edilirken çift kişilik odalarda yatan hastalarda bu ücret daha az talep edilmektedir. Görülüyor ki bazı hastaların çift kişilik odalara ödediği ilave ücreti yeterli bulurken tek kişilik odalarda kalan hastalar ise ödediği ücreti fazla bulabilir. Çalışmaya katılan hastaların % 80,9’u gibi büyük bir çoğunluğunun gelir düzeyinin orta düzeyde olmasını nedeniyle bu durum hasta tatminini olumsuz yönde etkilemiştir.

Kaynaklar

1. ŞAHBUDAK, Ö. (1992), “Hastanelerde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
2. ÇOBAN, G. İ. , KAŞIKÇI, M. (2008), “Hastaların hemşirelik Bakımı Algılayışları” İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 63(16), 163–171.
3. LİM, P. C. AND TANG, K. H. (2000), “The Development of a Model for Total Quality Healthcare”, Managing Service Quality, Vol. 10, No.2, 103–111.
4. YILMAZ V. , Z. FİLİZ, -B. YAPRAK (2007),“Serqual Yöntemi ile Yükseköğretimde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi”, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 7(1), 299–319.
5. DEVEBAKAN, N. (2005), “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi, İzmir.
6. BANAR, K. ve EKERGİL V. (2010), “ Muhasebe Meslek Gruplarının Hizmet Kalitesi: Sunulan Hizmetlerinin Kalitesi ile Müşteri Memnuniyeti İlişkisi” Eskişehir uygulaması, Anadolu Üniversitesi. Cilt/Vol:10- Sayı/ no:1, 39.
7. YILMAZ, V., FİLİZ, Z. ve YAPRAK, B. (2007), “Servqual Yöntemiyle Yükseköğretimde Hizmet Kalitesini Ölçülmesi,” Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, C.VII, 299.
8. GÜLLÜLÜ, U., ERCİŞ, A., ÜNAL, S., YAPRAKLI, Ş. (2008), Sağlık Hizmetlerinde Müşteri memnuniyeti, Detay Yayıncılık, Ankara, 143.
9. DEVEBAKAN N. , YAĞCI K. (2005), “Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında Serqual Yöntemi”, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 543–553.
10. ULUSOY, E. (2002), “Pazarlama Yönetimi Açısından Departmanlı Mağazalarda Algılanan Hizmet Kalitesinin Tüketicilerin Davranış Eğilimleri ve Demografik Özellikleriyle İlişkisi”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Bilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
11. RAHMAN S. , ERDEM R. , DEVEBAKAN N. (2007), “Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ’daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma” , Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 9, Sayı:3.
12. KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000), “ Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitapevi, Ankara, 399.
13. KILINÇ, C.Ç. (2009), “Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların Tatmin Oma Düzeyleri” TAF Preventive Medicine Bulletin, 8 (3), 239- 244.
14. LEWIS JR. (1994), Patient views on quality care in general practice: literature review. Social Science & Medicine, 39(5), 655-670.
15. KARTALOĞLU Ç, HARMANCI H., AYTEKİN T, AKDAŞ A. (2002), Dr. Siyami Ersek Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahi Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Tatmin Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. IV.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, Eskişehir, 225-237.
16. SARP N, TÜKEL B. (1999), İbn-i Sina Hastanesi’nde hasta memnuniyeti araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 52(3), 147–151.

BİR KAMU HASTANESİNDEKİ HASTA BEKLENTİLERİ

F. Şebnem ÖZDEM *

Ayşegül Samatlı ALİOĞULLARI **

Yeliz Doğan MERİH***

ÖZET

Bu çalışmada, bir kamu hastanesinde, hasta, hasta yakını ve çalışanların hastane ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini araştırmak amaçlanmıştır. Araştırmanın verileri 2013 yılında hasta, hasta yakını ve çalışanların görüş ve öneri bildirim kayıtlarının geriye yönelik taranması ile elde edilmiştir. Evren ve örneklem seçilmemiştir. Verilerin analiz ve değerlendirmesi Microsoft Excel 2010 programı ile yüzdeler olarak hesaplanmış ve tablolaştırılmıştır. Araştırmada 805 dosya kaydı taranmıştır. Bir yılda toplam 805 görüş ve öneri olduğu bunların %46,8'inin memnuniyet ifadesi olduğu, %53,2 (428)'sinin beklenti ifadesi olduğu belirlenmiştir. Hasta beklentilerinin literatürde yer alan genel hasta beklentileri ile uyumlu olduğu ve hastaların tıbbi hizmetlerle ilgili beklenti ifadelerinin olmadığı, beklentilerin genellikle hastane otelciliği hizmetleri kapsamına giren konular hakkında olduğu belirlenmiştir. Benzer bir çalışmanın Türkiye'yi evren olarak kapsayacak şekilde ve hasta beklentilerinin ulusal boyutta belirlenmesine yönelik bir başka çalışmanın yapılmasının ülkedeki sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesine katkıda bulunulacak öneriler geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, beklenti, görüş, öneri

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H., Kalite Yönetim Birimi, sebnemozdem@gmail.com

**Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H., Enfeksiyon Kontrol Komitesi,
aysegul_samatli@hotmail.com

***Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları E.A.H., Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, yelizmrh@gmail.com

EXPECTATIONS OF PATIENTS IN A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT

In this study, expectations of patients, their relatives and hospital employees from the hospital and health services in a public hospital is investigated. The data of the study were obtained by retrospective screening of the reviews and recommendations of the patients, their relatives and employees recorded in 2013. Population and sampling is not done. Evaluation and analysis of data were calculated as a percentage and tabulated by using Microsoft Excel 2010. In the study, 805 files have been scanned. From the total 805 opinions and suggestions, 46.8% were opinions and 53.2% (428) were expectations. Expectations of the patients are found to be consistent with the general patient expectations in the literature and expectations regarding medical care of patients were absent. The expectations generally covered the issues about the hospital hotelier services. A similar study which covers Turkey as the population and targets determining the expectations of the patients would help developing suggestions to contribute to the service quality of health care organizations in the country.

Keywords: Patient, expectations, opinions, suggestions.

1.Giriş

Dünya çapında, hasta memnuniyeti ölçümü sağlık çalışanlarının yasal ve etik görevi haline gelmiştir. Hasta memnuniyeti sağlık bakımın kalitesi ile birleştirilmiştir. Ayrıca günümüzde hasta memnuniyeti hizmet kalitesinin göstergeleri arasındadır (Wojnicka ve ark., 2013).

Hastaların hastane hizmetleri ve hizmet ekibinden beklentileri ile gereksinimlerinde önceliklerin belirlenmesi ile hastaların hizmet sunumuna ilişkin görüş ve geri bildirimleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin tesisi ve iyileştirilmesi için son derece önem taşımaktadır (Ersoy ve ark., 2005). Aynı zamanda hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların etkin kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır (Yılmaz, 2001). Ayrıca yoğun rekabet ortamında büyüme gereksinimini karşılamak için hasta memnuniyeti, kalite kontrol unsurları-bileşenleri, hizmetin kalitesi, medikal tedavinin faydalı olması önemli birer unsur oluşturmaktadır. (Fr İedenberg, 2005). Birçok sağlık hizmeti sunucuları araştırmalarıyla, rekabet ortamında uzun vadede kalıcı olmanın ve başarılı olmanın kritik belirleyicisinin müşteri memnuniyeti olduğunu farketmeye başlamışlardır (Andaleb, 1998). Bu nedenle sağlık hizmeti sunan işletmelerin, hastanelerin rekabet üstünlüğü kazanabilmeleri ve sürdürebilmeleri için hasta memnuniyet parametrelerinin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Patwardhan ve ark, 2008).

Hasta memnuniyeti çeşitli unsurlardan etkilenen karmaşık bir kavramdır ve kaliteli hasta bakımının da en önemli göstergelerindedir. Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentileri karşılmasına ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır. Hizmet kalitesini belirleyen unsurlar; hizmetin sunulduğu ortam, görünüm, hizmetin zamanlaması, hizmeti sunanların konularında uzman olması, hizmetin süreklilik arz etmesi, güvenilir, doğru ve esnek olmasıdır (Tarım, 2000).

Sağlık hizmeti kalitesinin belirlenmesinde ve algılanmasında; hastaların bekleme süreleri, çalışanların nezaketi ve tutarlılığı, hizmete ulaşılabilirlik, sunulan hizmetin bir kerede ve doğru olarak yapılması, beklenmedik bir durumda çalışanların gerekli çözümleri bulması ve yanıt vermesi ile hizmetin zamanında ve eksiksiz olarak yerine getirilmesi gibi öğelerde önemli rol oynamaktadır (Tarım, 2000).

Hasta memnuniyetini iki faktör belirlemektedir. Birinci faktör; hasta beklentileridir. Hastaların sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. İkinci faktör; hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, hastaların özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000).

Hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında dolaylı ve dolaysız olmak üzere iki temel yöntem kullanılmaktadır. Dolaysız yöntemler, tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemleri içermektedir. Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak gerek hasta şikâyet ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler, gerekse hasta başına düşen hemşire sayısı gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerden elde edilen yöntemleri ifade etmektedir (Kızılcın, 2005).

Lim ve Tang (2000), tarafından yapılan bir model geliştirme çalışmasında en önemli kalite boyutları güvence, empati ve yanıt verme olarak bulunmuştur.

Her müşterinin özel sağlık bakım sağlayıcılarından bekledikleri ve sağlanan hizmetin ne olduğuna dair bir algıları vardır. Bu algıyı anlamak için müşterilerin gerçek beklentileri ile algıladıkları arasındaki aralığa bakmak çok önemlidir. Mükemmel bir şirkette, müşterilerin ihtiyaçlarını belirlemek, yemek tercihlerini tespit etmek kritik başarı faktörüdür. Müşteri memnuniyeti kar için stratejik bir değişkendir. Literatürde yapılan çalışmalarda kaliteli bir kurumun müşteri isteklerinin doyurulmasına verdiği öneme değinilmiştir (Suki, 2009).

Lim ve Tang (2000)'e göre müşterilerin beklentilerini anlamak, müşteri memnuniyetini kolaylaştırır. Çünkü müşteriler genellikle ya gerçekten ne istediklerini bilmiyorlardır ya da ne istediklerini doğrudan söyleyemiyorlardır. Vinagre ve Neves (2007) tarafından yapılan çalışmada beklentilerin duygu üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğu; yüksek memnuniyetli kişiler daha fazla olumlu duygular yaşama eğiliminde iken daha az memnuniyete sahip kişilerin olumsuz duygular yaşama eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Vinagre ve Neves, 2007).

Yapılan araştırmalara göre hasta tatminini etkileyen faktörler şunlardır: Personel-hasta etkileşimi (hekim-hasta ilişkisi, hemşire-hasta ilişkisi, diğer sağlık personeli-hasta ilişkisi), hizmet ortamı (fiziksel ve çevresel beslenme hizmetleri, konfor), bürokrasi, ücret, bilgilendirme ve güvendir (Kavuncubaşı, 2000).

Hasta memnuniyeti ile ilgili literatürde yer alan bir diğer çalışmada ise yerleşim bölgelerine göre hasta memnuniyetinin farklılaşabildiği bulunmuştur (Wojnicka ve ark, 2013; Arslan ve ark., 2012).

Arslan ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, lise ve üniversite mezunu olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumları daha düşük bulunurken (sırasıyla 61,24±16,30 ve 62,73±9,17), okuryazar olmayanların memnuniyet durumları daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelik hizmetlerinde lise ve üniversite mezunlarının memnuniyet düzeylerinin okuryazar olmayanlar ile ilköğretim eğitim düzeyinde olanların memnuniyet düzeylerine göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Arslan ve ark., 2011). Konca ve arkadaşları (2006) 'nın hastaneden hizmet alanların beklentilerine yönelik yaptıkları bir araştırmada elde ettikleri bulgular aşağıdaki tabloda sıralanmıştır. (Konca ve ark., 2006)

Tablo 1: Hasta Beklentilerini Belirlemek Amacıyla Yapılan Bir Araştırmanın Bulguları

Beklentiler	Doktordan beklentide önem derecesi	Hemşireden beklentide önem derecesi	Diğer hastane çalışanlarından beklentide önem derecesi	Destek hizmetlerinden beklentilerinde önem derecesi
İlgili olması	Çok önemli	Çok önemli		
Şefkatli-anlayışlı olması		Çok önemli		
Saygılı olması			Çok önemli	
Bilgilendirmesi	Çok önemli			
İletişiminin iyi olması				
Güler yüzlü olması	Çok önemli	Çok önemli		
Güven vermesi				
Yardımcı olması			Çok önemli	
Görevini düzenli yapması			Çok önemli	
Görevini zamanında yapması			Çok önemli	
İhtiyaç duyulduğunda kolay ulaşılması				
Hastanenin genel olarak temiz olması				Çok önemli
Tuvaletlerin temiz olması				Çok önemli
Hasta odalarının temiz olması				
Yatakların çarşafların temiz olması				Çok önemli
Yemeklerin sunum şekli				
Yemeklerin kaliteli olması				Çok önemli
Yemek miktarının yeterli olması				Çok önemli
Yemek sıcaklığının uygun olması				Çok önemli
Yemeğin zamanında verilmesi				

2. Araştırmanın Kapsamı Amacı, Önemi ve Yöntemi

Çalışmada, İstanbul'da faaliyet gösteren bir kamu hastanesine başvuran hasta, hasta yakını ve hastanede çalışanların, hastane hizmetleri ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerin hasta beklentileri kapsamında belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın verileri 2013 yılında hasta,

hasta yakını ve çalışanların görüş ve öneri bildirim kayıtlarının geriye yönelik taranması ile elde edilmiştir. Evren ve örneklem seçilmemiştir. Verilerin analiz ve değerlendirmesi Microsoft Excel 2010 programı ile yüzdelik olarak hesaplanmış ve tablolaştırılmıştır.

3. Bulgular

2013 yılında toplam 805 görüş ve öneri bildirim kaydı 805 dosya kaydı taranmıştır. Bir yılda toplam 805 görüş ve öneri olduğu belirlenmiştir. Görüş ve öneri kayıtlarının içinde personele yönelik teşekkür ifadelerinin ve hizmete duyulan memnuniyeti ifadelerinin kayıtları memnuniyet kapsamında, bunların dışındaki, görüş, öneri ve şikayetler beklenti kapsamında ele alınmıştır. Araştırmada, incelenen kayıtların %46,8'inin memnuniyet ifadesi olduğu, %53,2'sinin beklenti ifadesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Bir Yıllık Beklenti Bildirimi Sayısı

AYLAR	Toplam Bildirim	Memnuniyet Bildirimleri	Memnuniyetsizlik Bildirimleri (Şikayet ve Beklenti Bildirimleri)
OCAK	51	13	38
ŞUBAT	49	3	46
MART	80	30	55
NİSAN	79	39	41
MAYIS	117	73	44
HAZİRAN	36	16	20
TEMMUZ	44	23	21
AĞUSTOS	48	28	19
EYLÜL	53	17	20
EKİM	86	38	48
KASIM	47	17	30
ARALIK	115	68	46
Toplam Bildirim Sayısı ve Oranı(%)	805	% 45,34	% 53,17%
Değerlendirilen Bildirim Sayısı ve Oranı(%)	793	%46	%54

Hastanede, bir yılda, görüş ve öneri bildirimlerinin 2'sinin hastane çalışanları tarafından, 803'ü hasta ve hasta yakınları tarafından yapılmıştır. 805 bildirim kayıtlarından 12 tanesi yazılan ifadenin okunaklı olmaması ve bildirimde bulunanlara ulaşılamaması gibi nedenlerden dolayı değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirilen toplam 793 bildirim kaydının %46'sının memnuniyet ifadesi, %54'ünün beklenti (memnuniyetsizlik) ifadesinden oluşmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2'de bir yılda yapılan tüm bildirimlerin sayıları gösterilmiştir. Tablo 2'ye göre en çok bildirim yapıldığı ayların Mayıs ve Aralık ayları olduğu, en çok beklenti bildirimlerinin Mart ayında yapılmış olduğu belirlenmiştir.

Hasta beklentileri literatürde yer alan personel-hasta etkileşimi (hekim-hasta, hemşire-hasta, diğer personel hasta iletişimi), hizmet ortamı, bürokrasi, ücret, bilgilendirme ve güven faktörleri kapsamında belirlenmeye çalışılmış ve aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Araştırmada, yıllık bildirim kayıtlarının içinde ücret ve bürokrasi faktörlerine giren beklenti kaydının olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3: “Personel-Hasta Etkileşimi” Kapsamındaki Beklentiler

Sıra No	Beklentiler (öneri, görüş, şikayet)	Sayı	Oran
1	Sağlık personeli hasta iletişimi	22	%5
2	Sağlık personeli dışı diğer personele ulaşılabilirlik	2	%0,5
3	Hekime ulaşılabilirlik	1	%2,33
Toplam		25	%6

Tablo 3’den de anlaşıldığı gibi 428 beklenti bildirimlerinin 22’si sağlık personelinin hasta ile iletişimi hakkında şikayet bildirimleridir.

Tablo 4: “Hizmet Ortamı” Kapsamındaki Beklentiler

Sıra No	Beklenti (öneri, görüş, şikayet)	Sayı	Oran
1	Tuvalet temizliği	39	%9,11
2	Genel temizlik ve hijyen	54	%12,61
3	Yemek	32	%7,5
4	Fiziksel yapı ve konfor	45	%10,6
5	Müşahede de uzun süre yatış	10	%2,33
6	Sonuç göstermede uzun süre bekleme ve/veya gösterememe	13	%3,03
7	İklimlendirme düzenlemeleri	7	%2
8	Mahremiyet	13	%3,03
9	Hastane yatak sayısının yetersizliği	3	%0,7
10	Hastane yataklarının konforu	4	%0,93
11	Ortam ısısı	5	%1,17
12	Yüksek gürültü	7	%1,63
13	Tıbbi donanım kalitesi/kalitesizliği ve/veya eksikliği	8	%1,87
14	Hizmet sunumunda tıbbi olmayan donanım	8	%1,87
15	Hastane bahçesinde sigara içilmemesine yönelik düzenlemeler	3	%0,7
16	Tek kişilik oda düzenlemesi	5	%1,17
17	Hasta odalarında TV olmaması	4	%0,93
18	Hasta odalarında refakatçiye yönelik düzenleme	5	%1,17
19	Bahçe düzenlemesi	1	%0,23
20	Anne oteli düzenlemesi	7	%1,63
21	Yoğun Bakımda kamera düzenlemesi	3	%0,7
22	Ziyaretçi saatinin esnek olmaması	6	%1,4
23	Poliklinik branş sayısının artırılması	3	%0,7
Toplam		285	%66

Hizmet ortamı faktörü kapsamında ele alınan beklentiler içindeki en yüksek orana sahip beklenti konusunun hastanenin temizliği ve hijyeni (93; %22) konusunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5: “Bilgilendirme” Kapsamındaki Beklentiler

Sıra No	Beklenti (öneri, görüş, şikayet)	Sayı	Oran
1	Hastayı ve hasta yakınına hastalık ve durumu hakkında bilgilendirme	22	%5,14
Toplam		22	%5,14

Hastaların hastalıkları, hasta yakınlarının hastanede yatarak tedavi gören hastaları hakkında bilgilendirilmeleri hakkındaki memnuniyetsizlik ifadeleri “bilgilendirme faktörü” kapsamında ele alınan beklentiler olarak değerlendirilmiş ve Tablo 5’de gösterilmiştir. Bilgilendirme hakkındaki memnuniyetsizlik ifadelerinin oranının % 5,14 (22) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6: “Güven” Kapsamındaki Beklentiler

Sıra No	Beklenti (öneri, görüş, şikayet)	Sayı	Oran
1	Hastane prizlerine güvensizlik	2	%0,47
2	Güvenlik hizmetleri etkinliği	3	%0,70
Toplam		5	%1,17

Toplam beklenti sayısı içinde güven faktörü kapsamında değerlendirilen beklentilerin oranı % 1,17’dir (Tablo 6).

Tablo 7: Diğer Kapsamına Alınmış Beklentiler

Sıra No	Beklenti (görüş, öneri, şikayet,)	Sayı	Oran
1	Hekim azlığı nedeniyle uzun süre muayene sırası bekleme	84	%20
2	Hekim dışı sağlık personeli azlığı nedeniyle uzun süre sıra bekleme	3	%0,7
3	Serviste hemşire sayısı yetersizliği	2	%0,5
4	Poliklinik muayenesinin saatinde başlamaması	2	%0,5
Toplam		91	%21

Literatürde yer alan ve yukarıda ifade edilen memnuniyet faktörleri dışında kalan beklentiler ve oranları Tablo 7’de gösterilmiştir. Buradaki en yüksek orana sahip (%20) beklenti konusu uzun süre muayene sırası bekleme olduğu tespit edilmiştir (hastanede çalışan hekim sayısının az olması nedeniyle uzun süre sıra beklenildiğinin ifadesidir).

Tartışma Ve Sonuç

Günümüze kadar yapılan çalışmalarda hasta tatminini etkileyen faktörler, kişiye bağlı faktörler, kurumsal faktörler, yönetsel faktörler olarak belirtilmiştir. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörün ise hasta beklentisi olduğu açıklanmıştır. Araştırma yapılan hastaneden hizmet alan hastalar ile hasta yakınlarının beklenti konularını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada 428 memnuniyetsizlik ifadesi (% 54) olduğu belirlenmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarına ait görüş ve öneri bildirim kayıtlarında yer alan memnuniyetsizlik ifadeleri (görüş, öneri, şikayet) hasta beklentileri kapsamında ele alınmıştır. Beklentilerin % 6'sının personel hasta etkileşimi kapsamındaki "iletişim" konusunda olduğu bulunmuştur. Personel-hasta etkileşiminde en yüksek oranlı iletişim memnuniyetsizliği %22 oranıyla sağlık personeli-hasta etkileşimi 'nde olduğu bulunmuştur. Beklentilerin % 66'sinin (285) hizmet ortamı hakkında olduğu, %5,14'sinin (22) bilgilendirme hakkında, %1,17'sinin (5) güven hakkında olduğu belirlenmiştir. "Diğer" kapsamında incelenen beklentilerin oranının %21 (91) olduğu ve bununla % 20'sinin (84) hekim yetersizliği nedeniyle uzun süre sıra bekleme konusunda olduğu belirlenmiştir. Hizmet ortamı kapsamına giren beklenti oranının tüm beklentiler içinde en yüksek oranlı olması, araştırma yapılan hastanenin fiziki yapısının eski olması ve günün koşullarına uygun olmadığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü üstlenmiş olması sebebiyle özellikle devlet hastanelerinin modern yönetim ve organizasyon anlayışına göre yönetilmeleri ve sunulan hizmetlerin daha da ileriye götürülebilmesi için, hasta istek ve beklentilerinin ortaya çıkarılması ve sorunların çözümlenmesi büyük önem taşımaktadır (Özgen, ve Öztürk, 1992).

Kaynaklar

- 1.Andaleeb, Syed Saad, (1998), Determinants of Customer Satisfaction with Hospitals: A Managerial Model, International Journal of Health Care Quality Assurance, 11(6), s.181-187.
- 2.Arslan, Sevban, Evşen Nazik, Derya Tanrıverdi, Sher Gürdil (2012), Hastaların Sağlık Hizmetlerinden ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin Belirlenmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin 11(6), s.717-724.
- 3.ERSOY Füsün, Tamer Edirne, Cenap Yıldırım, (2005), Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti, s:1.
- 4.Hayran, O, Haydar , *Sağlık İşletmelerinde Yönetim*. İstanbul: Sayed Yayınları, 2005.
- 5.FRIEDENBERG, Richard M. (1997), The Next Medical Revolution should be Quality, Radiology, 204(1), s.31-34
- 6.KAVUNCUBAŞI Şahin (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, s. 292-295
- 7.KIZILCAN Fatih, (2005), Bayındır Hastanesi Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, s: 4.
- 8.KONCA, Esin, G., Mustafa N. İlhan, Mehmet Ali Bumin (2006), Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları Ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri Ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi, Gazi Tıp Dergisi, 17(3), s.160-70.
- 9.LİM, Puay Ciheng, , Nelson Tang K. H. (2000). The Development of A Model for Total Quality Healthcare, Managing Service Quality 10(2), s. 103-111.
- 10.ÖZGEN Hüseyin, Azim Öztürk, (1992), Türkiye'deki DevletHastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, Sosyal Siyaset Dergisi, Cilt:1, No:8, s: 27-37.
- 11.PATWARDHAN Anjali, Dhruv Patwardhan, (2008), Business Process Re-Engineering- Saviour or Just Another Fad? One UK Health Care Perspective, International Journal of Health Care Quality Assurance, 21(3), s: 289-296.
- 12.SUKI, Norazah Mohd, Jennifer Chiam C. L., Norbayah Mohd S. (2009) A Comparison Of Human Elements And Nonhuman Elements in Private Health Care Settings: Customers' Perceptions And Expectations, Journal of Hospital Marketing & Public Relations, 19(2), s.113-128.
- 13.TARIM Mehveş, (2000), Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını No:38, Ankara, s:1025.
- 14.VINAGRE, Maria H., Neves, Jose. (2007), The Influence of Service Quality and Patients'Emotions on Satisfaction. International Journal of Health Care Quality Assurance, 21(1), s. 87-103.
- 15.WOJNICKA, Aleksandra G., Danuta Dy, Edyta Cudak, Dorota Ozga (2013), Measuring Patient Satisfaction with the Polish Version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, Scand J Caring Sci, 27, s.311-318
- 16.YILMAZ Meryem, (2001), Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), s: 69.

HEMŞİRELERİN STRESLE BAŞA ÇIKMA VE STRES KONTROL YÖNTEMLERİ KONUSUNDA BİR DEĞERLENDİRME: ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE BİR ALAN ÇALIŞMASI

Bilgen BAĞCI AYDIN*

Ömer R. ÖNDER**

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin uyguladıkları Stresle Başa Çıkma ve Stres Kontrol Etme Yöntemlerinin belirlenmesidir. Bu çalışmanın türü, kesitsel ve tanımlayıcıdır. Veriler anketle toplanmıştır. Araştırmanın evrenini, Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan 463 hemşire oluşturmuş, evrenin % 48,8'ine ulaşılmıştır.

Hemşirelerin “Sosyal”, “İşle İlgili”, “Fiziki Çevre” ve “Kendini Yorumlama Biçiminden Kaynaklanan” stres vericilere ilişkin orta düzeyde strese sahip oldukları söylenebilir.

Hemşireler stresle baş etmek için genellikle “Aktif Başa Çıkma”, “Planlama” ve “Sosyal Destek Arama”, “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma” “Davranışsal Olarak İlgii Kesme” ve “Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama” “Yadsıma”, “Durumu Kabullenme”, “Dine Yönelme” ve “Alkol/İlaç Kullanma” yöntemlerini kullanmaktadır.

Hemşire ve yöneticiler için stres kaynakları ve başa çıkma yöntemleri konusunda eğitim programları düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Stresle Başa Çıkma, Stresi Kontrol etme Yöntemleri

*Uzm. Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği blgnbgc@hotmail.com

**Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü
onder@health.ankara.edu.tr

AN EVALUATION OF NURSES' COPING WITH STRESS AND STRESS-CONTROL METHODS: A FIELD STUDY IN ANKARA EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

ABSTRACT

The aim of this study is to determine nurses' coping with stress and Stress-Control Methods who work at Ministry of Health Ankara Education and Research Hospital. This is a cross sectional and descriptive study. The data has been collected using a questionnaire. The population of the study consists of 463 nurses who work at Ankara Education and Research Hospital, 48,8% of the population has been reached.

It can be stated that, nurses have middle level stress because of social stress, work-related stress, physical environment stress, and stress caused by self-interpretation.

Nurses generally use methods of “Active Coping with Stress”, “Planning” “Searching for Social Support”, “Focusing on and Expressing to Feelings”, “Stopping the Attention Behaviorally” and “Positively Reinterpretation”, “Repudiation”, “Accepting the Situation”, “Religious Orientation” and “Using Alcohol/Drugs” to cope with stress.

It can be suggested that education programs should be prepared for the nurses and managers on sources of stress, stress-control methods.

Key Words: Nurse, Cope with Stress, Stress-Control Methods

1.Giriş

Bir sağlık sorunu ya da hastalığın, sık ve yaygın görülmesi, ölümlere, komplikasyon ve engelliliğe yol açması, iş gücü ve ekonomik kayba neden olması, o hastalığın önemli ve öncelikli olduğunu gösterir. Stres, günümüzde en önemli sağlık sorunu olarak insanlığı tehdit etmektedir. Yapılan bir değerlendirmeye göre, 19.yüzyılda insanlığın savaşmak zorunda kaldığı en önemli sağlık sorunlarına daha çok bakteriyel bulaşıcı hastalıklar yol açmıştır. Yirminci yüzyılda ise virüslerin yol açtığı hastalıklar kendini göstermiştir. Virüslere antibiyotiklerin etkili olamaması, kolay mutasyona uğraması ve antijenik yapı değiştirmesi, yeni virütik hastalıkların ortaya çıkması ve epidemilere yol açması, insanlığı endişelendirmiştir. Yirmi birinci yüzyılda ise, stresin yol açacağı hastalıklar insanlık için önemli ve öncelikli sağlık sorunlarını oluşturacağı ileri sürülmektedir. Stresin birçok ölümcül ya da kronik psikosomatik hastalıklara yol açması, bunların önemli bir kısmının ölümlere neden olması, bir kısmının da kronik özellikleri nedeniyle bireyleri yaşam boyu ilaca bağımlı hale getirmesi, işgücü ve ekonomik kayba yol açması, bu görüşü desteklemektedir (Önder, 2004: 632). Türkiye’de ölümlere yol açan hastalıklar içerisinde kalp-damar hastalıkları birinci sırada, kanser ikinci sırada yer almaktadır. Bu ve daha birçok hastalığın oluşmasında stres önemli etmen olarak görülmektedir.

Walter Cannon, 1926 yılında vücudun acil ya da tehlikeli bir duruma karşı verdiği tepkiyi açıklamak için “savaş ya da kaç” kavramını tanımlamıştır. Cannon stresi, organizmanın yaşamını ve çevreye uyumunu (dengesini) tehdit eden bir uyarıcıya karşı gösterdiği varoluş nedeni olan “savaşma ya da kaçma” tepkisi biçiminde tanımlamıştır. Bir

tehlike ile karşılaşan canlı, başa çıkamayacağına inandığında kaçarak tehlikeden uzaklaşmaya çalışır, başa çıkacağına inandığında ise, tehlike ile savaşır ve yeni duruma uyum sağlar (Black ve Jacobs-Matassarini, 1993: 45). Selye(1956) ise, Cannon'un bu görüşünü laboratuvar çalışmalarıyla da kanıtlamıştır. Mandler stresi, “zararlı etkenlerin yarattığı tehlike işareti” olarak tanımlamış ve bu tehlikenin ortaya çıkmasında organizmanın rolü üzerinde durmuştur. Menaghan ve Mullan ise, stresi “organizmanın zararlı ortamlara tepkisi” biçiminde tanımlamıştır. Hause, stresi “zararlı ortamla karşılaşan organizmanın, bu ortamla baş edebilecek güçten yoksun olduğunda ortaya çıkan kötü ve zor bir durum” olarak; Hann da, “insanın içinde yaşadığı ortamı kötü olarak değerlendirmesi sonucu içine düştüğü durum” olarak (Köknel, 1998: 39) tanımlamıştır. Folkman ve Lazarus'a göre stres “kişi-çevre etkileşiminde, kişinin uyumunu tehlikeye sokan ve mevcut kaynakları zorlayan ya da aşan çevre talepleridir” (Şengül, 1999:6; Tuğrul, 2000:13). Avusturyalı bilim adamı Hans Selye de stresin fizyolojisi üzerindeki çalışmalarıyla literatüre önemli katkılarda bulunmuştur. Bu çalışmaların temelinde Cannon ve diğer araştırmacıların bulguları olmasına karşın Selye, stres araştırmalarının isim babası sayılmaktadır. Stres alanında araştırma, çalışma ve yayın yapan Dr. Hans Selye stresi, “organizmaya zarar veren uyaran” olarak tanımlamış, daha sonra yaptığı çalışmalar sonucunda “organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepki” görüşüne varmıştır (Köknel, 1998: 25; Aşan ve Aydın, 2006: 238).

Sonuçta stres; örgüt çalışanlarında fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişmelere neden olan çevresel ya da içsel durumlara karşı bir uyum süreci olarak tanımlanmaktadır. Yoğun stresin fiziksel sonuçları kısa ve uzun erimli olmak üzere ikiye ayrılabilir. Tansiyon, kan şekeri ve kolesterolün yükselmesi, baş ağrısı, baş dönmesi, boyun, omuz ve sırt ağrıları, terleme, aşırı yorgunluk, ağız kuruluğu, iştahsızlık, bulantı, karın ağrısı, kabızlık ya da ishal, nefes darlığı, kısa dönemli sonuçlara örnek verilebilir. Psikosomatik hastalıklar da denilen uzun dönemli sonuçlar ise, esansiyel hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, kanser, ülser, migren, alerji, astım ve romatoid artrit gibi hastalıklardır. Psikolojik sorunlar arasında, konsantrasyon bozukluğu, dikkat eksikliği, kararsızlık, unutkanlık, eleştiriye katlanamama, çevresinde birçok kişiyle küsme ya da aşırı öz eleştiri ve kendini suçlama, sinirlilik, öfke patlaması, çevresindekilere düşmanlık hissi, kıskançlık, mutsuzluk ve yalnızlık, yer almaktadır. Sigara, alkol ve madde bağımlılığı, düzensiz beslenme ve aşırı yeme sonucu, kilo alma ve obezite, işe geç gelme ya da sık sık devamsızlık, gerginlik, geçimsizlik, işbirliğinden kaçınma, sürekli ve yersiz endişe, yetersizlik duygusu, yersiz telaş, intihar girişimi, saldırganlık ve suça eğilim, davranışsal değişimlerden bazılarıdır. Ayrıca distress ya da yoğun stres iş yerinde çalışanlarda; moral bozukluğuna, performansda düşme, insan gücü devrinde artma, emeklilik düşüncesi, kazalar, yabancılaşma ve işten soğuma, iş doyumsuzluğu, motivasyonda düşme ve çevresindekilerle aşırı çatışma gibi sorunlara yol açmaktadır (Güney, 2007: 593-622 ;Barlı, 2010).

Karşılaşılan olumsuz olaylar sonucu kişi, duyduğu sıkıntı ve zorlanmayı, başka bir deyişle distressi hafifletmek ve sorunun üstesinden gelmek ve eski uyum düzeyine ulaşmak için, çeşitli yollara yönelir. İşte bu noktada stres ve başa çıkma kavramlarından, stres yönetiminden söz edilmektedir (Basut ve Erden, 2005: 48; Basut, 2006: 31). Stresle başa çıkma ya da bir diğer deyişle stres yönetimi, ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürdürmek için gereklidir. Stres yönetiminin amacı, stresi tümüyle ortadan kaldırmak değil, verimli ve enerjik olmak için olumlu bir güç oluşturmaktır (Gümüştekin ve Öztemiz, 2004: 61-62). Başa çıkma yolları ile ilgili bir model geliştiren Lazarus ve Folkman başa çıkmayı; “stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin

bütünü” şeklinde tanımlamışlardır. Bu modele göre başa çıkma; kişinin iç ve dış taleplere karşı gösterdiği başarılı ya da başarısız tüm çabaları kapsar. Başa çıkma modeline göre; başa çıkma davranışlarının, rahatsızlık yaratan kaynağı ortadan kaldırmak ya da azaltmak, stres yaratan durumla ilgili değerlendirmeleri değiştirmek ve rahatsızlığa yol açan duyguları düzenlemek gibi amaçları vardır. Başa çıkma yanıtının seçiminde, stresör ve özelliklerinin algılanması da önemlidir. Kişi bir olayla başa çıkabilmek için ne kadar fazla yöntem kullanabiliyorsa, içinde bulunduğu stresten o kadar az etkilenecektir (Tuğrul, 2000: 14; Basut ve Erden, 2005: 48). İş ortamında kişinin karşı karşıya kaldığı stres yaratıcılarını kendisinin yok etmesi her zaman olanaklı değildir. Bu durumda bireysel başa çıkma yöntemlerine başvurması, stresin olumsuz etkilerini kontrol altına almasına yol açar. İşletmeyi örgütleyen ve yönetenler de stres yaratan faktörlerden bir kısmını yok edebilirlerse, kişiyi daha huzurlu bir ortamda çalışır hale getirebilirler (Tengilimoğlu ve ark., 2009: 411; Güler ve Çınar, 2010).

Hastaneler, stres kaynaklarının yoğunluğu açısından farklı öneme sahip işletmelerdir. Hemşireler de hastaneler için yadsınmaz sağlık insan gücüdür. Hemşirelerin stres düzeyinin orta ya da ortanın üstünde olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle hemşirelerin stresle baş etme yöntemlerini, başka bir deyişle stres yönetimini öğrendikçe iyi bilmeleri, sağlık durumlarını olumlu yönde etkiler. Bu çalışma, hemşirelerin stresle baş etme durumlarının ortaya konması açısından önemlidir.

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan hemşirelerin gerekli durumlarda uyguladıkları stresle baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma evrenini Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Adı belirtilen hastanede 463 hemşire görev yapmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden, o dönemde izinli ya da raporlu olmayan 237 hemşireye ulaşılabilmemiş ancak, 11 anket geçerli kabul edilemediğinden araştırmanın örneklemini 226 hemşire oluşturmuş, evrenin %48,8’ine ulaşılabilmıştır. Çalışmanın bulgu ve sonuçları araştırmaya katılan hemşirelerin yanıtları ile sınırlı olup, diğer hastanelerdeki hemşirelere genellenemez (Sencer ve Irmak, 1984; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2010).

2.3.Veri Toplama Aracı

Kesitsel ve tanımlayıcı türünde olan bu araştırmanın verileri anket/ölçekle toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak; literatür taraması doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, ve 1989 yılında Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Stresle Başa Çıkma Ölçeği” kullanılmıştır. Stresle Başa Çıkma Ölçeği, zor ve stresli durumlarla karşılaşıldığı zaman, kişilerin verdikleri yanıtları ve başa çıkma yollarını inceleyen, her biri dörder maddeden oluşan ve ayrı ayrı puanlanan 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Türk toplumuna uyarlanarak, Stresle Başa Çıkma Ölçeği (SBCÖ) geçerlilik ve

güvenilirlik çalışmasını 1995 yılında yapan Şeyda Gök, 2 alt ölçeği çıkararak 13 alt ölçek olarak kullanılmasına karar vermiştir. SBÇÖ değerlendirmesine ait 60 sorunun, Cronbach's alpha katsayısı 0.84 olup, anket geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Araştırmada kullanılacak olan 13 alt ölçek şunlardan oluşmaktadır. “Aktif Başa Çıkma”, stres yaratan olayın üstesinden gelmek ya da onun yarattığı etkileri hafifletmek için aktif adım atma sürecidir. Doğrudan harekete geçmek, gösterilen çabayı artırmak ve başa çıkma girişimini kademeli olarak gerçekleştirmeye çalışmak, bu süreçte yer almaktadır. 5, 25, 47, 58 sayılı ifadeler, aktif başa çıkma yönteminin belirlenmesine yöneliktir. “Planlama”, stres yaratan olayla nasıl başa çıkılacağına düşünülmesidir. Harekete geçmek için planlar yapmayı, hangi adımların atılacağını ve sorunun nasıl ele alınacağını düşünmeyi içerir, 19, 32, 39 ve 56 sayılı ifadeler planlama yöntemi ile ilgilidir. Stresle baş etme yöntemlerinden biri olan “Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üstüne Odaklanma”, diğer aktiviteleri bir kenara bırakarak ve diğer olayları zihinden uzak tutarak, tamamen stres yaratan olayın üzerine yoğunlaşmakta, 5, 33, 42, 55 sayılı ifadelerle belirlenmektedir. “Enstrümantal Sosyal Destek Arama”, öğüt, bilgi, yardım almayı içerir, 4, 14, 30, 45 sayılı ifadeler bu yöntemin belirlenmesine yöneliktir. “Duygusal Sosyal Destek Arama”, moral destek, sempati ve anlayış içinde olmaktır. 11, 23, 34, 52 sayılı ifadelerle belirlenebilmektedir. “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma”, stres yaratan olay karşısında duyguların farkında olma ve bu duyguları ortaya koyma eğilimidir ve 3, 17, 28, 46 sayılı ifadelerle saptanabilmektedir. “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme”, kişinin, çaba göstermeyi azaltması ya da bırakmasıdır. 9, 24, 37, 51 sayılı ifadelerle belirlenebilmektedir. “Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama”, stres yaratan olayı daha olumlu açıdan görmektir. 1, 29, 38, 59 sayılı ifadeler bu yöntemle yöneliktir. “Yadsıma”, stres yaratan olayın varlığına inanmayı reddetmek, sanki bu olay gerçek değilmiş gibi davranmaktır. 6, 27, 40, 57 sayılı ifadelerle ilgilidir. “Kabullenme”, stres yaratan olayın gerçekliğini kabul etmektir. 13, 21, 44, 54 sayılı ifadelerle ilgilidir. “Dine Yönelme”, stres yaratan olayın karşısında dini aktiviteleri artırmaktır. 7, 18, 48, 60 sayılı ifadeler bu yöntemle ilgilidir. “Alkol / İlaç Kullanma”, stres yaratan olaydan uzaklaşmak için alkol ya da ilaç kullanımına yönelmektir, 12, 26, 35, 53 sayılı ifadelerle ortaya konabilmektedir. “Mizahi Yaklaşım”, stres yaratan olaya şaka ve esprilerle yaklaşmaktır, 8, 20, 36, 50 sayılı ifadelerle belirlenebilmektedir. Her bir ifade “Hiçbir Zaman-1”, “Arada Sırada Yaparım-2”, “Orta Dercede Yaparım-3”, “Sıklıkla-4” üzerinden puanlanmıştır. Her bir stresle baş etme yönteminden en az alınan puan 4, en yüksek alınan puan 16'dır. Toplam puan ise, en az alınan puan 60, en yüksek alınan puan 240'dır. Bir stresle baş etme yöntemine ilişkin puan ortalamasının artması, o yöntemin daha çok uygulandığını göstermektedir (Tel ve ark., 2003; Hiçdurmaz, 2005; Sağlam, 2005; Güler ve Çınar, 2010; Özbey, 2011).

3. Bulgular ve Tartışma

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri tablo 1'de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %86,3'ü kadın, %35,8'i 26-33 yaş grubunda ve %61,1'inin evli olduğu belirlenmiştir. Evli ya da boşanmış olan hemşirelerin %60,2'sinin en az bir çocuğa sahip olduğu, %42,0'sinin en az 4 yıllık yüksek öğrenim mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken		Sayı	%
Cinsiyet(n=226)	Kadın	195	86,3
	Erkek	31	13,7
Yaş(n=226)	18-25	32	14,2
	26-33	81	35,8
	34-41	64	28,3
	42-49	35	15,5
	50 ve üzeri	14	6,2
Medeni Durum(n=226)	Evli	138	61,1
	Hiç Evlenmemiş	74	32,7
	Boşanmış, eşin ölümü, eşinden ayrı yaşıyor	14	6,2
Çocuk Varlığı(n=226)	Evet	136	60,2
	Hayır	90	39,8
Öğrenim Durumu(n=226)	Sağlık meslek lisesi	53	23,5
	İki yıllık yüksek öğrenim	78	34,5
	En az 4 yıllık yüksek öğrenim	95	42,0

Araştırma grubunun çalışma durumuna ilişkin özellikleri tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 24,3’ü 5 yıldan az bu mesleği yapmaktadır. Hemşirelerin %44,7’si kendi isteği ile mesleği seçtiklerini, %42,9’unun ise kısmen memnun olduğunu, %31,0’nun kliniklerde çalıştığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %56,6’sının çalıştığı bölümden memnun olduğu, %58,4’ünün 40 saatten fazla çalıştığı ve %40,7’sinin gündüz çalıştığı, %43,8’inin çalışma saatlerinden memnun olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %58,4’ünün çalışma yaşamında eşinden/aile üyelerinden destek gördüğü ifade edilmiştir.

Araştırma grubunun sağlığa zararlı alışkanlık durumu tablo 3’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %34,5’i her gün, %12,8’i ara sıra sigara içtiğini, % 20,1’i ise ara sıra alkol aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özellikleri

Değişken	Sayı	%
Meslekte Çalışma Süresi (Yıl) (n=226)	5 yıldan az	24,3
	6-10	15,9
	11-15	17,7
	16-20	15,1
	21-25	14,2
	26 ve üzeri	12,8
Mesleği Seçme Nedeni (n=226)	Kendi isteği ile	44,7
	Ailesinin isteği ile	36,3
	Rastlantı	19,0
Mesleğinizden memnun musunuz? (n=226)	Evet	40,7
	Hayır	16,4
	Kısmen	42,9
Çalışılan Bölüm (n=226)	Klinik	31,0
	Poliklinik	22,1
	Acil Birim	17,7
	Yoğun Bakım	17,7
	Ameliyathane	11,5
Çalıştığınız bölümden memnun musunuz? (n=226)	Evet	56,6
	Hayır	11,5
	Kısmen	31,9
Haftalık Çalışma Süresi (Saat) (n=226)	40	41,6
	40 ve daha fazla	58,4
Çalışma Şekli (n=226)	Gündüz	40,7
	Vardiyalı	22,6
	Nöbet	36,7
Çalışma saatlerinden memnun musunuz? (n=226)	Evet	43,8
	Hayır	24,7
	Kısmen	31,4
Çalışma yaşamınızda eşinizden/aile üyelerinizden destek görüyor musunuz? (n=226)	Evet	58,4
	Hayır	41,6

Tablo 3. Hemşirelerin Sağlığa Zararlı Alışkanlık Durumu

Zararlı Alışkanlık	Sayı	%
Sigara kullanıyor musunuz? (n=226)	Evet, her gün	34,5
	Evet, ara sıra	12,8
	Hayır, hiç	52,7
Alkol kullanıyor musunuz? (n=226)	Evet, ara sıra	20,8
	Hayır, hiç	79,2

Tablo 4. Hemşirelerde ve Aile Üyelerinde Kronik Hastalık Bulunup Bulunmaması Durumu

Kronik Hastalık		Sayı	%
Uzun süredir devam eden hastalığınız var mı? (n=226)	Evet	73	32,3
	Hayır	153	67,7
Ailenizdeki bireylerde uzun süredir devam eden kronik bir hastalık var mı? (n=226)	Evet	69	30,5
	Hayır	157	69,5

Hemşirelerin ve aile üyelerinin kronik hastalık bulunup bulunmama durumları tablo 4’ de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %32,3’ü uzun süredir devam eden kronik hastalığının bulunduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin aile üyelerinde, %30,5’inde kronik bir hastalık olmadığı belirtilmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği(SBÇÖ) Puan Ortalamaları

SBÇÖ	Ort±SD	n
Aktif Başa Çıkma (5)	11,48±3,02	226
Planlama (2)	12,36±2,87	226
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üstüne Odaklanma (7)	10,51±3,03	226
Sosyal Destek Arama (Enstrümantal) (4)	11,68±2,84	226
Sosyal Destek Arama (Duygusal) (8)	9,83±2,77	226
Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma (6)	10,55±2,89	226
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	7,48±2,65	226
Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama (1)	12,78±2,6	226
Yadsıma	7,39±3,31	226
Kabullenme (9)	9,78±2,84	226
Dine Yönelme (3)	11,82±3,36	226
Alkol/İlaç Kullanma	5,2±2,22	226
Mizahi Yaklaşım (10)	8,61±3,01	226
Toplam Puan	129,4±16,24	226

Hemşirelerin stresle başa çıkma ölçek(SBÇÖ) puan ortalamaları tablo 5’de verilmiştir. Her bir stresle baş etme yönteminden en az alınan puan 4, en yüksek alınan puan 16’dır. Her bir yöntemden alınan puan ortalamasının üst değere yaklaşması, o yöntemin daha fazla uygulandığını göstermektedir. Buna göre hemşireler kendilerini stresli hissetmeleri halinde en çok “Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama(12,78±2,6)” , en az “Alkol/İlaç Kullanma(5,2±2,22)” davranışına yönelmektedir. Çok kullanılan diğer davranışlar ise en çoktan en aza doğru şöyle sıralanabilir; “Planlama(12,36±2,87)” , “Dine Yönelme(11,82±3,36)” , “Enstrümantal Sosyal Destek Arama(11,68±2,84)” , “Aktif Başa Çıkma(11,48±3,02)” , “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma(10,55±2,89)” , “Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üstüne Odaklanma(10,51±3,03)” , “Duygusal Sosyal Destek Arama(9,83±2,77)” , “Kabullenme(9,78±2,84)” ve “Mizahi Yaklaşım(8,61±3,01)”.

Stresle baş etme davranışları ile ilgili olabileceği düşünülen değişkenler açısından yapılan istatistiksel analizde; yaş, meslekte çalışma süresi, çalışma şekli, çalışma saatlerinden memnuniyet, sigara içme durumu ve kendisinde kronik hastalık varlığı değişkenlerine yönelik oluşturulan gruplar arasındaki fark stresle baş etme davranışları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır($p>0,05$).

Cinsiyet grupları(“Erkek”, “Kadın”) arasındaki fark, “Duygusal Destek Arama Davranışı” puan ortalamaları açısından önemli($p=0,014$) bulunmuştur. Kadınların puan ortalaması, diğerlerine kıyasla daha yüksek olup, kadınlar erkeklere kıyasla duygusal sosyal destek arama davranışına daha çok eğilimlidirler. Benzer biçimde “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma($P=0,001$)”, “Kabullenme($p=0,005$)”, “Dine Yönelme($p=0,017$)” davranışları açısından kadınların puan ortalamaları erkeklere kıyasla daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir. Aksine “Alkol/İlaç Kullanma” davranışına ilişkin puan ortalaması erkeklerde daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir($p=0,002$). Bu beklenen bir bulgudur. Kadınların erkeklere kıyasla daha duygusal oldukları, erkekler arasında alkol alma sıklığı kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir. Aysan ve Bozkurt (2000:36) çalışmalarında kadınların daha çok sosyal destek arama, duygularını ortaya koyma, duygulara odaklanma gibi başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını bildirmiştir. Bu çalışmanın bulguları Aysan ve Bozkurt’un çalışmasıyla örtüşmektedir.

Medeni durum(“Evli”, “Hiç Evlenmemiş”, “Boşanmış, eşi ölmüş, eşinden ayrı yaşıyor”) grupları arasındaki fark, “Yadsıma” davranışı açısından istatistiksel olarak önemlidir($p=0,020$). boşanmış, eşi ölmüş, eşinden ayrı yaşıyor grubunun “Yadsıma” davranışı puan ortalaması, diğerlerine kıyasla daha yüksektir.

Çocuk sahibi olma durumu(“Evet” , “Hayır”) grupları arasındaki fark “Dine Yönelme” davranışı açısından istatistiksel olarak önemlidir($p=0,012$). Çocuk sahibi olanların dine yönelme davranışı puan ortalaması diğerlerinden daha yüksektir.

Öğrenim durumu grupları(“Sağlık Meslek Lisesi”, “İki Yıllık Yüksek Öğrenim” , “En Az 4 Yıllık Yüksek Öğrenim”) arasındaki fark, “Aktif Başa Çıkma($p=0,014$)”, “Enstrumantal Sosyal Destek Arama($p=0,001$)”, “Duygusal Sosyal Destek Arama($p=0,003$)” puan ortalamaları açısından en az 4 yıllık yüksek öğrenimli grubun lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu grubun puan ortalamaları daha yüksektir. “Planlama($p=0,019$)” ve “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma($P=0,003$)” davranışı puan ortalamaları ise, iki yıllık yüksek öğrenim grubunun lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu grubun puan ortalamaları daha yüksektir. Öğrenim arttıkça bireylerin öz güven duyguları nedeniyle aktif başa çıkma ve enstrumantal ve duygusal destek arama ve planlama davranışı beklenen bir durumdur. Demir (2003:305)’in çalışmasında öğrenim düzeyi yükseldikçe, bireyin kişisel başarıyı ve mesleksel doyumunu daha fazla yaşayarak, ortamdaki stresörlerle daha iyi baş edebildiği, bu durumun çalışanların yaşadığı stresi azaltacağı belirtilmektedir.

Mesleği seçmede etkili neden(“Kendi İsteği” , “Ailesinin İsteği”, “Rastlantı”) grupları arasındaki fark “Dine Yönelme” davranışı açısından istatistiksel olarak önemlidir($p=0,017$). Mesleğini ailesinin isteği ile seçenlerin “Dine Yönelme” davranışı puan ortalaması, diğerlerinden daha yüksektir.

Meslekten duyulan memnuniyet(“Evet”, “Hayır”, “Kısmen”) grupları arasındaki fark “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma($P=0,039$)” davranışı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Mesleğinden memnun olmayanlar, duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma davranışına ilişkin puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksektir. Durmuş (2004:100) çalışmasında, mesleğini severek çalışan

hemşirelerin genel iş doyumu puanlarını, mesleği sevmeden çalıştığını ifade eden hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Çalışılan bölüm (“Yataklı Servisler”, “Poliklinik”, “Acil”, “Yoğun Bakımlar”, “Ameliyathaneler”) grupları arasındaki fark, “Kabullenme(p=0,034)” davranışına ilişkin puan ortalaması yönünden poliklinikte çalışanların lehine; “Alkol/İlaç Kullanma(p=0,028)” davranışı puan ortalaması acil bölümünde çalışanların lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Poliklinikte çalışanların kabullenme, acil bölümünde çalışanların alkol/ilaç alma puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışan bölümden memnuniyet (“Evet”, “Hayır”, “Kısmen”) grupları arasındaki fark “Alkol/İlaç Kullanma(p=0,012)” davranışı puan ortalaması açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Çalıştığı bölümden memnun olmayanlar alkol/ilaç kullanma davranışına daha çok eğilimlidir.

Eş ve aileden destek görme durumu (“Evet”, “Hayır”) grupları arasındaki fark, “Planlama(0,034) ve “Olumlu Tarzda Yeniden Yönelim(p=0,003) davranışı puan ortalamaları açısından eş ve ailesinden destek görenlerin lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Eş ve ailesinden destek görenlerin puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak eş ve ailesinden destek görmeyenlerin ise “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür(p=0,003). Bu beklenen bir durumdur. Eş ve ailesinden destek görenler aile bireyleri ile daha fazla uyum içerisinde olabileceklerdir. Bu durum da stres yönetiminde etkili olduğu bilinen işlerin daha iyi planlanmasına ve bireylerin olumlu biçimde soruna yeniden yönelmesine ve sorunun ortadan kalkmasına ya da sorunun vereceği stresle daha iyi baş etmesine olanak sağlayacaktır.

Haftalık çalışma süresi /saat (“40”, “40’den fazla”) grupları arasındaki fark, “Dine Yönelme” davranışı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemlidir(p=0,005). Haftada 40 saatten fazla çalışanların dine yönelme davranışı puan ortalaması daha yüksektir.

Alkol kullanma durumu (“Evet, Ara Sıra”, “Hayır, Hiç”) grupları arasındaki fark, hiç alkol almayanların lehine “Dine Yönelme” davranışı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemlidir(p=0,005). Hiç alkol almayanlar, dine yönelme davranışına eğilimlidirler. Bunun yanında ara sıra alkol alanların, “Alkol/İlaç Kullanma(p=0,001)” ve “Mizahi Yaklaşım(p=0,024)” davranışı puan ortalamaları hiç alkol almayanlara kıyasla daha yüksek olup, puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Ara sıra alkol alanlar, alkol ilaç kullanma ve mizahi yaklaşım davranışına daha yatkındırlar. Alkol kullananların stres karşısında alkole yönelebilecekleri beklenen bir davranıştır. Ancak alkolün hiçbir zaman sorunları çözemeyeceği, belki yalnızca sorunun algılanmasını farklılaştırabileceği, bunun da başka sorunlara yol açacağı bilinmektedir. Olaylara mizahi yaklaşım ve gülebilmek, onların stres şiddetini azaltmaktadır. Zaman zaman mizah ve komedi içerikli filmlerin izlenmesi, strese neden olan etmenin mizahi yanının görülmesi ve olanaklıysa hafife alınması, birçok uzman tarafından önerilmektedir.

Ailede kronik hastalık bulunma durumu (“Evet”, “Hayır”) grupları arasındaki fark, “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma(P=0,003)” davranışı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Ailesi içerisinde kronik bir hastalığa yakalanmış birey bulunanların puan ortalaması, diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Ailesi içerisinde kronik bir hastalığı olan yakını bulunanlar, duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma davranışına eğilimlidirler.

4.Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonuç ve önerilerine aşağıda değinilmiştir.

- Hemşireler kendilerini stresli hissetmeleri halinde en çok “Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama(12,78±2,6)” davranışına, en az ise “Alkol/İlaç Kullanma(5,2±2,22)” davranışına yönelmektedir. Çok kullanılan diğer davranışlar ise en çoktan en aza doğru, “Planlama(12,36±2,87)”, “Dine Yönelme(11,82±3,36)”, “Enstrümantal Sosyal Destek Arama(11,68±2,84)”, “Aktif Başa Çıkma(11,48±3,02)”, “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma(10,55±2,89)”, “Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üstüne Odaklanma(10,51±3,03)”, “Duygusal Sosyal Destek Arama(9,83±2,77)”, “Kabullenme(9,78±2,84)” ve “Mizahi Yaklaşım(8,61±3,01)” biçiminde sıralanabilir.
- Cinsiyet grupları(“Erkek”, “Kadın”) arasındaki fark, “Duygusal Destek Arama Davranışı” puan ortalamaları açısından önemli(p=0,014) bulunmuştur. Kadınların puan ortalaması, diğerlerine kıyasla daha yüksek olup, kadınlar erkeklere kıyasla duygusal sosyal destek arama davranışına daha çok eğilimlidirler. Benzer biçimde “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma(P=0,001)”, “Kabullenme(p=0,005)” ve “Dine Yönelme(p=0,017)” davranışları açısından kadınların puan ortalamaları erkeklere kıyasla daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir. Aksine “Alkol/İlaç Kullanma” davranışına ilişkin puan ortalaması erkeklerde daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir(p=0,002).
- Öğrenim durumu (“Sağlık Meslek Lisesi”, “İki Yıllık Yüksek Öğrenim” , “En Az 4 Yıllık Yüksek Öğrenim”) grupları arasındaki fark, “Aktif Başa Çıkma(p=0,014)”, “Enstrümantal Sosyal Destek Arama(p=0,001)”, “Duygusal Sosyal Destek Arama(p=0,003)” puan ortalamaları açısından en az 4 yıllık yükseköğrenimli grubun lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu grubun puan ortalamaları daha yüksektir. “Planlama(p=0,019)” ve “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma(P=0,003)” davranışı puan ortalamaları iki yıllık yüksek öğrenim grubunun lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu grubun puan ortalamaları daha yüksektir.
- Mesleğini ailesinin isteği ile seçenlerin dine yönelme davranışı puan ortalaması diğerlerinden daha yüksektir.
- Mesleğinden memnun olmayanların, duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma davranışına ilişkin puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksektir.
- Çalıştığı bölümden memnun olmayanlar alkol/ilaç kullanma davranışına daha çok eğilimlidir.
- Eş ve aileden destek görme durumu(“Evet” , “Hayır”) grupları arasındaki fark, “Planlama(0,034) ve “Olumlu Tarzda Yeniden Yönelim(p=0,003) davranışı puan ortalamaları açısından eş ve ailesinden destek görenlerin lehine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Eş ve ailesinden destek görenlerin puan ortalamaları daha yüksektir. Ancak eş ve ailesinden destek görmeyenlerin ise “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür(p=0,003).
- Alkol Kullanma Durumu(“Evet, Ara Sıra”, “Hayır, Hiç”) grupları arasındaki fark, hiç alkol almayanların lehine “Dine Yönelme” davranışı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemlidir(p=0,005). Hiç alkol almayanlar, dine yönelme davranışına eğilimlidirler. Bunun yanında ara sıra alkol alanların, “Alkol/İlaç

Kullanma(p=0,001)” ve “Mizahi Yaklaşım(p=0,024)” davranışı puan ortalamaları hiç alkol almayanlara kıyasla daha yüksek olup, puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Ara sıra alkol alanlar, alkol ilaç kullanma ve mizahi yaklaşım davranışına daha yatkındırlar.

- Ailesi içerisinde kronik bir hastalığa yakalanmış birey bulunanların “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma” puan ortalaması, diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Ailesi içerisinde kronik bir hastalığı olan yakını bulunanlar, duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma davranışına eğilimlidirler.

Araştırmadan elde edilen bulgu ve sonuçlar ile literatürdeki bilgi ve öneriler göz önünde bulundurularak stres düzeyinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülen önerilere aşağıda yer verilmiştir (Güney, 2007: 593-622; Tengilimoğlu ve ark., 2009; Barlı, 2010).

- ✓ Hemşirelere stres, zararları ve stresle baş etme yöntemleri konusunda hastane hizmetlerini aksamayacak biçimde hizmet içi eğitimi programları planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu eğitimlerde bireysel ve örgütsel başa çıkma yöntemleri ile sentezlenerek, “Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama”, “Planlama”, “Enstrümantal Sosyal Destek Arama”, “Aktif Başa Çıkma”, “Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma”, “Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üstüne Odaklanma”, “Duygusal Sosyal Destek Arama” gibi yöntemlerin de avantaj ve dezavantajları üzerinde durulmalıdır.
- ✓ Dine yönelme de stresle baş etmede önemli bulunmuştur. Bireylere baskıda bulunulmadan, siyasi yönlendirme yapmadan, ötekileştirmeden, insan hak ve özgürlüklerini örselemeden, kendi din ve inançları doğrultusunda davranmalarına hoşgörü ile yaklaşılması önerilebilir.
- ✓ Yürüyüş, yüzme, bisiklete binme, tenis ve egzersiz gibi hareketli bir yaşam tarzını benimseme, solunum egzersizleri, gevşeme, masaj, meditasyon, sosyal destek ve sportif etkinliklere katılma, boş zaman değerlendirme, okumak, eğlenmek, olaylara mizahi yaklaşmak ve gülmek, sağlıklı beslenme, bol su içmek, zaman yönetimi ve uygulanabilir günlük/ haftalık plan yapma, düzenli uyku ve uygun aralıklarla tatil ve dinlenme gibi bireysel etkinlikler önerilebilir.
- ✓ Yöneticilere, destekleyici bir örgüt iklimi ve çekici iş ortamı oluşturma, iş zenginleştirilmesi, örgütsel rollerin iyi belirlenmesi, rol çatışması ve rol belirsizliğinin önlenmesi, örgütsel çatışmanın uygun yönetimi, mesleki gelişim ve hizmet içi eğitim programları, danışmanlık hizmetlerinin düzenlenmesi, iş tatmini ve motivasyonun artırılması, örgütsel değişim ve süreklilik arasında uygun denge kurulması, yöneticilerin liderlik özelliklerine uygun bir yönetim tarzı ve çalışanların yeri geldiğinde kararlara katılımın sağlanması ve iyi bir zaman yönetimi biçiminde eğitim ve olanak sağlanması önerilebilir. Ayrıca eğitimlerde çalışanların değinilen örgütsel yöntemlerin uygulanmasındaki katkıları, kolaylaştırıcı anlayış ve yaklaşımlarının önemine değinilmesi ve vurgulanması önerilebilir.

Kaynaklar

- 1.AŞAN, Ö., AYDIN, E.M. (2006). “Örgütsel Davranış”. Denizli: Arıkan Basım Yayım.
- 2.AYSAN, F., BOZKURT, N. (2000). “Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri ile Depresif Eğilimleri ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişki”. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, **12(12)**:9-24
- 3.BALTAŞ A., BALTAŞ Z. (2004). “Stres ve Başa Çıkma Yolları”. 22.Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- 4.BASUT E., ERDEN G. (2005). “Suça Yönelen ve Yönelmeyen Ergenlerin Stres Belirtileri ve Stresle Başa Çıkma Örüntüleri Yönünden İncelenmesi”. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **12(2)**: 4855, Erişim: <http://www.ulakbim.gov.tr>, Erişim Tarihi: 04.11.2011.
- 5.BASUT E. (2006). “Stres, Başa Çıkma ve Ergenlik”. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **13(1)**:313, Erişim:<http://www.ulakbim.gov.tr>, Erişim Tarihi:04.11.2011.
- 6.BARLI, Ö., (2010). Davranış Bilimleri ve Örgütlerde Davranış. 4.bs. Erzurum: Afşar Matbaacılık.
- 7.BLACK M. J., JACOBS-MATASSARIN E. (1993). “Luckmann and Sorensen's Medical-Surgical Nursing A Psychophysiologic Approach”, 4. Ed, W.B. Saunders Company.
- 8.DALYAN, Z. (2010). “Servis Sorumlu Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi”, Yüksek lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 9.DEMİR, A. (2003). “Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi”, *Toplum ve Hekim*, **18(4)**: 300-307, Erişim:<http://www.ttb.org.tr> Erişim Tarihi: 01.12.2010.
- 10.DURMUŞ, S. (2004). “Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler”, Yüksek Lisans Tezi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(1)**:88-103.
- 11.GÜLER, Ö., ÇINAR, S, (2010). “Hemşirelik Öğrencilerinin Algıladıkları Stresörler ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi”. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, s:253-261.
- 12.GÜNEY, S. (2000). “Davranış Bilimleri”. Ankara: Nobel Yayım Dağıtım.
- 13.GÜNEY, S. (2007). “Yönetim ve Organizasyon”, 2.bs, Ankara: Nobel Yayınları.
- 14.GÜMÜŞTEKİN, G.E., ÖZTEMİZ, A.B. (2004). “Örgütsel Stres Yönetimi ve Uçucu Personel Üzerinde Bir Uygulama”. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **Sayı: 23**, s. 61-85.
- 15.HİÇDURMAZ, D. (2005). “Hemodiyaliz Ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa çıkma Biçimlerinin Belirlenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 16.KÖKNEL, Ö. (1998). “Zorlanan İnsan”. 4.bs. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- 17.ÖNDER, Ö. R. (2004). “Halk Sağlığı”. KPSS-SB Sağlık Bilimleri. 2.bs. Ankara: Selim Kitabevi.

- 18.ÖZBEY, H. (2011). “Nöroloji Hemşirelerinin İş yeri Ortamı ile İlgili Stresörleri Tanılama ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi ”. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 19.SAĞLAM, Z., (2005). “Acil Servis Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi”.Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 20.SELYE, H. (1956). “The Stress of Life”. McGraw.Hill Book Company, Inc: 3-5 (Aktaran: STREN, M., F., ZEMKE,R.,(1990) Stressiz Satış. Çev: Cüneyd BAŞBUĞ, Rota Yayınları, İstanbul).
- 21.SENCER, M., IRMAK, Y. (1984). Toplum Bilimlerinde Yöntem. 2.bs. İstanbul: Onur Basımevi, s.:661.
- 22.SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU, V., (2010). “Biyostatistik” Hatiboğlu Yayınları: 53, Yükseköğretim Dizisi: 11, 14.bs, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- 23.SÜMBÜLOĞLU, V., SÜMBÜLOĞLU, K., (2000). “Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri” Hatiboğlu Yayınları: 47, Kaynak Kitap Dizisi: 11. 3.bs, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- 24.ŞENGÜL, A. (1999). “Organizasyonel Stresin Yönetimi ve İzmir Çevresinde Orta Kademe Yöneticiler Üzerine Bir Araştırma”. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- 25.TEL, H., KARADAĞ, M., TEL H., AYDIN Ş. (2003). “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **5(2)**:13-25.
- 26.TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., AKBOLAT, M. (2009). “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- 27.TUĞRUL, C. (2000). “Stres ve Depresyon”. *Psikiyatri Dünyası*, **4(1)**:12-17, Erişim: <http://www.cty.com.tr/files/journals> Erişim Tarihi: 22.07.2011.

SAĞLIK PERSONELİNDE İŞ STRESİ, ROL BELİRSİZLİĞİ VE ROL ÇATIŞMASI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN ANALİZİ

Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ*

Mehmet TOP**

Mehmet GÖZLÜ***

ÖZET

Bu araştırma Balıkesir İli'nde bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık personelinin iş stresi, rol çatışması ve rol belirsizliği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada sağlık personelinin iş stresi, rol çatışması ve rol belirsizliğinin cinsiyet ve meslek değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Rol belirsizliği ve rol çatışmasının iş stresi üzerine etkisi analiz edilmiştir. Araştırma bir devlet hastanesinde çalışan personele uygulanmıştır. Araştırma sonucunda hastanede devlet memuru ve özel şirket elamanı statüsünde çalışan 513 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma anket esasına dayalı kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada J.R. Rizzo, R.J. House ve S.I. Lirtzman tarafından geliştirilen “Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Anketi” ile S. Cohen ve G.M. Williamson’ın “Algılanan İş Stresi Ölçeği” veri toplamak için kullanılmıştır. 5’li Likert ölçeğine göre değerlendirildiğinde rol çatışması ortalaması 2,95, rol belirsizliği ortalaması 2,14 ve iş stresi ortalaması 2,47 bulunmuştur. Rol belirsizliği, rol çatışması ve iş stresinin cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca rol çatışmasının mesleklere göre anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Buna karşılık rol belirsizliği ve iş stresinin mesleklere göre anlamlı değişiklik gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık Personelinin stres, rol belirsizliği ve çatışma düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler bulunmuştur. Çoklu regresyon analizi sonucunda rol belirsizliği ve rol çatışmasının iş stresindeki toplam varyansın (değişimin) %34,4’ünü açıkladığı belirlenmiştir. Rol belirsizliği ve rol çatışmasının iş stresinin önemli bir belirleyicisi olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: İş Stresi, Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği, Hastane İşletmeciliği, İş Psikolojisi,

*Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü. stekingunduz@mersin.edu.tr

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü. mtop@hacettepe.edu.tr

*** Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü. mgozlu04@hacettepe.edu.tr

AN INVESTIGATION ON RELATIONSHIPS AMONG JOB STRESS, ROLE AMBIGUITY AND ROLE CONFLICT OF HEALTH PERSONNEL

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate on relationships among job stress, job ambiguity and job conflict of health personnel at a public hospital in Balıkesir. In this study whether job stress, job ambiguity and job conflict of health personnel are significant differences according to gender and occupations were examined. Also this study analyzed impacts of role ambiguity and role conflict on job stress. This study was planned and conducted on health personnel at a public hospital. Study data measurement tools were conducted on 513 health personnel (public servants and private employees at a public hospital). This study was based on questionnaire and cross sectional study. Role Conflict and Role Ambiguity Questionnaire developed by J.R. Rizzo, R.J. House and S.I. Lirtzman, The Perceived Stress Scale developed by S. Cohen and G.M. Williamson were used for data collection. When evaluation with 5 point Likert Scale, the means for role ambiguity, role conflict and job stress were 2.95; 2.14; 2.47 respectively. Meaningful differences among health personnel's role ambiguity, role conflict and job stress levels according to their gender were not found ($p>0.05$). Also a meaningful difference among health personnel's role conflict levels according to their occupations was not found ($p>0.05$). Although meaningful differences among health personnel's role ambiguity and job stress levels according to their occupations were found ($p<0.05$). Positive relationships among role ambiguity, role conflict and job stress was found ($p<0.05$). In results of multiple regression analysis 34.4 % of the variance in the job stress was explained by job ambiguity and role conflict. It was found that role ambiguity and role conflict were significant predictors for job stress.

Key Words: Job Stress, Role Ambiguity, Role Conflict, Hospital Business, Work Psychology

1. Giriş

Sağlık sektöründe görevli personelin iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışması önemli iş psikolojisi sorunları olabilmektedir. Sağlık personelinin gerek nitel gerekse nicel anlamda sürekli gelişim içinde olması, yeni meslek gruplarının sağlık hizmetleri sunumunda ve üretiminde kullanılması, tıp başta olmak üzere sağlık profesyonellerinin uzmanlıklarının gelişmesi, sağlık teknolojisindeki gelişmeler beraberinde sağlık çalışanlarının iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışmasını da yükseltebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği sağlık personeli hizmet sunumunda büyük stres yaşamaktadır. Bu noktada hekimler ve hemşireler ön plana çıkmaktadır. İş stresi, rol belirsizliği ve çatışması arasında ilişkiler önem taşımaktadır. Çünkü rol belirsizliği ve çatışmanın yüksek olduğu çalışma ortamlarında çoğunlukla iş stresi de yüksek olmaktadır. Sağlık sektörü bu durumun yoğun olarak yaşadığı

sektörlerden birisidir. Ülkemiz dahil sağlık sistemlerinde iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışması üzerine araştırmaların yapılması önem arz etmektedir. Bu çalışmada bir devlet hastanesinde çalışan personelin iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışması incelenecektir. İlerleyen bölümlerde literatür taraması noktasında iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışması kavramlarının açıklanması, bunlar arasında ilişkilerin literatürle desteklenmesi ve bu konuda yapılan çalışmaların özetlenmesi ele alınmaktadır. Daha sonra araştırmansın gereç ve metodolojisi, bulgular ve tartışma ile sonuçlara yer verilmektedir.

Stres, belirsiz ya da çalışanın kontrolü dışındaki deneyimlerinden kaynaklanan, istenmeyen ya da hoş olmayan duygusal ve fizyolojik durum olarak tanımlanmaktadır (Judge ve Colquitt, 2004: 396). Modern toplumun hastalığı olarak ifade edilen stres (Güçlü, 2001: 92) çalışan verimliliğinin artırılmasına katkısı olduğu kadar, aşırı olması da çalışan ve örgüt sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çok boyutlu bir kavram olan stres, bireyin yetenekleri ile bireyden talep edilenler eşleşmediği durumda ortaya çıkmaktadır. Çalışma ortamının nesnel gerçekliği ile bireylerin öznel algıları arasında uyumsuzluk strese neden olabilmektedir (Guinot vd., 2014: 99). Gerek çalışan, gerek örgüt ve gerekse ülke ekonomisi açısından getirdiği yük nedeniyle araştırmacılar stres üzerine daha fazla eğilme gereği hissetmişlerdir. Birleşik Krallıkta, Hasta ve Güvenlik Yönetimi (2004), yaklaşık yarım milyon kişinin iş ile ilgili stres yaşadığını; beş milyon kadar kişinin işten kaynaklı çok veya aşırı stres yaşadıklarını ve her yıl stresin topluma maliyetinin yaklaşık 3.7 Milyar Sterlin olduğunu belirtmektedir (Johnson vd., 2005:179).

Örgütsel stres literatürü, iş stres kaynaklarını beş ana kategoride ele almaktadır. (Cleveland vd.,2007:276-277). Bunlar;

- i. İşin kendisi ile ilgili stres (iş yükü, çalışma saatleri, fiziksel çalışma ortamı vb.),*
- ii. Role dayalı stres (rol çatışması, rol belirsizliği, iş sorumluluğu vb.),*
- iii. Kişilerarası ilişkilerin değişen doğasından kaynaklı stres (yönetici, iş arkadaşları, astlar vb.),*
- iv. Kariyer ile ilgili stres (kariyer geliştirme, terfi, iş güvensizliği vb.),*
- v. İş-aile arasındaki ilişkiden kaynaklı stres (bağlılık çatışması gibi).*

Weinberg ve diğerleri (2010'den akaran Guinot vd., 2014: 99), işyerindeki temel stres kaynaklarını şu şekilde belirtmişlerdir; iş talepleri (iş yükü, çalışma saatleri, sistem değişimi, iş-yaşam dengesi, fiziksel çalışma ortamındaki talepler), işteki kontrol (çalışma şekli, kararlara katılım, bilgi ve becerinin kullanımı), yetersiz sosyal destek, genelde güvensizliğe dayalı kötü iş ilişkileri, iş ve organizasyon değişiklikleri.

Çalışma ortamında iş stresi, verimliliğin düşmesine, performansın azalmasına, işe olan ilginin azalmasına, örgüte ve çalışanlara olan ilginin azalmasına, sağlık sorunlarına, iş kazalarına, alkol ve madde kullanımına, kasıtlı yıkıcı davranışlara ve sorumluluğu kaybetmeye neden olabilmektedir. Stresin; iş tatminsizliği, devamsızlık, örgütsel bağlılığın azalması, sağlık bakım kalitesinin düşmesi ve işten ayrılma davranışı gibi önemli çıktılarla

ilişkili olduğu belirtilmektedir (Young ve Cooper, 1997; Kushnir vd., 2000: 430; Jones, 2000: 56,58; Ergün vd., 2001: 71; Fairbrother ve Warn, 2003:9; Jallow, 2003: 14; Yüksel,2003:219; Naudé ve Rothmann, 2003:92; Budak ve Budak, 2004: 585; Gül vd., 2008: 6; Ho vd., 2009: 6; Gibson, 2011: 60).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlar, sağlık sisteminin örgüt yapısı, uygun olmayan çalışma ortamı, nöbet usulü çalışma, ölümler, doğumlar, kritik ameliyatlara, kritik hasta bakımı, acil vakaların yanında hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle yoğun stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir (Tel vd., 2003: 14; Topuz, 2006: 50; Türk vd., 2008: 14-16; Baysal, 2011: 29).

Hastaneler, farklı meslek mensuplarının işbirliği ile hizmet sunan kompleks organizasyonlardır (Esatoğlu vd., 2004: 144). Literatürde karmaşık organizasyonlarda rol çatışması ve rol belirsizliğinin olmasının kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir. Araştırmacılar, rol çatışması ve rol belirsizliği gibi rol stres faktörlerinin ortadan kaldırılmasının mümkün olmadığını belirtirken; bu seviyelerin tolere edilebilecek düzeyde olması gerektiğini ileri sürmektedirler (Quah ve Campbell, 1994). Stordeur (2001:535) rol çatışması ve rol belirsizliği gibi rol özelliklerinin, önemli iş stres faktörleri olduğunu ileri sürmektedir. Stres, insanı miktarına göre olumlu ya da olumsuz etkileyen bir faktördür. Belli miktarda stresin insanı motive ettiği söylenebilir. Ancak rol çatışması ve belirsizliğinden kaynaklanan stresin örgütsel performans üzerinde olumsuz etkisi olduğu yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur (Erkenekli vd., 2008:62).

Rol çatışması, rol alıcısının, birbiriyle uyuşmayan, çelişen hata birbirini dışlayan iki veya daha fazla görevin yerine getirmesi durumunda ortaya çıkmaktadır (Rahim, 2001:99).

Literatürlerde rol çatışması dört şekilde ortaya çıkmaktadır (Menteşe, 2007: 23):

- 1- Rol çatışması bir kişinin örgütteki rollerinin gerekleri ile kişinin kendi değerleri arasındaki çatışmadan yaşanabilmektedir.
- 2- Rol çatışması kişinin iş yerindeki çalışanların kendisinden beklediği davranışlar ve talepler ile iş dışındaki kişilerin beklentileriyle taleplerinin uyuşmadığı dönemlerde görülebilmektedir.
- 3- Rol çatışması bir kişinin göstereceği kapasitenin üstünde birbiriyle uymayan ek işler istendiğinde ortaya çıkabilmektedir.
- 4- Rol çatışması bir kişinin talep ve beklentilerinin aynı örgütte çalışan bir diğerinin taleplerine beklentilerine ters düşmesiyle oluşabilmektedir.

Literatürde yer alan bir dizi çalışmada, rol çatışmasının hem kişisel hem de örgütsel sonuçları olduğu belirtilmektedir. Kahn ve diğerleri (1964'den aktaran Rahim,2001:103) çalışmalarında, odak kişiler için rol çatışmasının duygusal maliyetinin, düşük iş tatmini,

örgütte yönelik düşük güven ve yüksek düzeyde işle ilgili gerginliği içerdiği sonucuna ulaşmışlardır. Rol belirsizliğinin de benzer sonuçları olduğu ileri sürülmektedir.

Rol çatışmasının, iş tatminsizliği, düşük düzeyde örgütsel bağlılık, gerginlik, kaygı, işten ayrılma niyeti, örgüt içi güvenin yetersizliği gibi değişkenlerle pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda, rol çatışması ve rol belirsizliğinin, örgüt üyelerinin iş performansı üzerine olumsuz etkileri bildirilmiştir (Quah ve Campbell, 1994; Rahim, 2001:103). Netemeyer ve diğerleri (1990:151-155), yapısal eşitlik modelinde, rol çatışması ve rol belirsizliğinin, iş tatmini ve örgütsel bağlılık değişkenleri aracılığı ile işten ayrılma niyeti üzerinden dolaylı bir etkiye sahip olduğunu belirlemişlerdir. Ancak Johnson'ın (2003: 63-64) çalışmasında rol belirsizliğinin iş tatminini düşürdüğü belirlenirken; rol çatışmasının etkisinin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmada, rol çatışmasının gerginlik ile dolaylı olarak iş tatmini üzerine etkisi gözlenmiştir. Aynı çalışmada, hem rol çatışmasının hem de rol belirsizliğinin doğrudan işten ayrılma niyetini etkilemediği, gerginlik değişkeni üzerinden dolaylı olarak etkilediği ortaya konmuştur.

Rol belirsizliği, rol çatışması ile yakından ilişkilidir. Verilen bir role ilişkin, beklenti ve talimatın tam olarak açıklanmamasını ifade eder. Rol belirsizliği, çalışanın iş yerinde kendisine verilen görevde istenen performansı ortaya koyabilmesi için gerekli bilgiden yoksun olduğunda ortaya çıkar (Rahim,2001:100; Stordeur,2001:535; Ceylan ve Ulutürk,2006:48).

Kahn ve diğerleri (1964'den aktaran Rizzo vd., 1970: 154) rol belirsizliğinin, örgütün büyüklüğü ve karmaşıklığından, genellikle sık yapılan düzenlemeler eşliğinde hızlı örgütsel büyümeden, teknolojideki sık değişikliklerden, çalışan bağlılığını rahatsız eden sık değişikliklerden, çalışanları yeni taleplere zorlayan örgüt ortamındaki değişikliklerden, yönetimin örgüt ortamında bilgi akışını sınırlandırmasından kaynaklandığını ileri sürmektedirler. Çalışmada, yüksek düzeyde rol belirsizliğinin, artan gerilim, kaygı, korku, düşmanlık, düşük tatmin, düşük düzeyde öz-güven ve verimlilik ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (Rizzo vd., 1970: 154).

Yurtdışında yapılan meta analizinde, rol çatışması ve rol belirsizliğinin, işle ilgili tutum ve davranışları üzerine etkisinin olduğu belirtilmektedir (Netemeyer vd., 1990:148). Araştırmalar, yüksek düzeyde yaşanan rol çatışması ve rol belirsizliğinin stres, huzursuzluk, korku ve düşmanlık duygularını artırdığını, iş doyumunu ve kendine güveni azalttığını göstermektedir (Akbolat vd., 2011: 42). Ancak literatürde rol çatışması ve rol belirsizliğinin iş tatminini etkilemesi konusunda farklı sonuçlarda bulunmaktadır. Schaubroeck ve diğerlerinin (1989: 51-53) çalışmasında, rol çatışmasının iş tatminini direkt etkilemediği belirlenirken; rol belirsizliğinin negatif olarak anlamlı şekilde direkt etkilediği belirlenmiştir. Çalışmada, rol çatışması ve rol belirsizliğinin, dolaylı olarak iş tatmini, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetini etkilediği saptanmıştır. Ceylan ve Ulutürk'ün (2006: 53) çalışmasında, rol belirsizliği ile iş tatmini ve iş performansı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada ayrıca rol belirsizliği ile rol çatışması arasında pozitif anlamlı ilişki gözlenmiştir.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma kantitatif araştırma metodolojisi ile yapılmış kesitsel bir alan araştırmasıdır. Araştırmada veri anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma Balıkesir İlinde bir devlet hastanesinde çalışan sağlık personeli üzerinde yapılmıştır. Araştırmada sağlık personelinin iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışması incelenmiş, aralarındaki ilişkiler analiz edilmiş ve iş stresi üzerinde rol belirsizliği ve rol çatışmasının etkisi açıklanmaya çalışılmıştır. Dolayısı ile araştırmada hastanede çalışan personelin iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışması düzeylerini belirlemek, bunların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek gibi bazı faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek ve iş stresi üzerinde rol belirsizliği ve çatışmasının etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Araştırma bir devlet hastanesinde görev yapan personel üzerinde uygulanmıştır. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, hastanede çalışan tüm personele ulaşmak hedeflenmiştir. Bundan dolayı tüm hastane personeline anket dağıtılmıştır. Araştırma sonucunda hastanede devlet memuru ve özel şirket elamanı statüsünde çalışan 513 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada 16 hekim, 151 hemşire, 57 diğer sağlık personeli (sağlık memuru, sağlık teknisyeni, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni vb.) ve 289 idari, teknik ve destek personeline ulaşılmıştır.

Araştırmada J.R. Rizzo, R.J. House ve S.I. Lirtzman (1970) tarafından geliştirilen “Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Anketi” ile S. Cohen ve G.M. Williamson (1988), “Algılanan İş Stresi Ölçeği” veri toplamak için kullanılmıştır. Ölçek, Cohen ve Williamson (1988) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye geçerlilik ve güvenilirliği Baltaş (1998) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.84 bulunmuştur. Ölçeğin amacı, stresi algılamının temel noktalarını ve stresle başa çıkma yollarını araştırmaktır. Ölçek 15 sorudan oluşmaktadır (Topuz, 2006: 25-26).

Bu ölçekler Türkiye’de birçok araştırmada kullanılmış ve Türkiye için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda stres için kullanılan anketin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alpha) “0,879”, rol belirsizliğini ölçmek için kullanılan anketin güvenilirlik katsayısı “0,830” ve rol çatışmasını ölçmek için kullanılan ölçeğin güvenilirlik katsayısı “0,840” hesaplanmıştır. Bu katsayılar kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini göstermektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen veri bilgisayara aktarılmış ve veri analizi SPSS 22.0 ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizi (Cronbach’s Alpha), student t testi, tek yönlü varyans analizi (F testi), korelasyon analizi ve çok değişkenli regresyon analizinden yararlanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan 513 sağlık personelinin 16 (% 3,11)’si hekim, 151 (%29,44)’i hemşire, 57 (%11,11)’si diğer yardımcı sağlık personeli ve 289 (%56,33)’ü idari, teknik ve destek personelidir. Araştırmaya 347 (%67,64) kadın personel ve 166 (%32,36) erkek

personel katılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin meslekte çalışma süresi ortalaması 3,16 yıl olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. Sağlık Personelinin İş Stresi, Rol Belirsizliği ve Çatışmasının Genel Görünümü

	Rol Belirsizliği	Rol Çatışması	İş Stresi
Ortalama	2,14	2,95	2,47
Medyan (Ortanca)	2,00	3,00	2,60
Mod (Tepe Değeri)	2,00	2,88	3,00
Std. Sapma	,73	,41	,63
Ranj (Aralık)	4,00	2,63	3,33
Minimum	1,00	1,75	1,00
Maksimum	5,00	4,38	4,33

Tablo 1 araştırmada ulaşılan sağlık personelinin iş stresi, rol belirsizliği ve çatışmasına ilişkin tanımlayıcı istatistikleri özetlemektedir. Tablo incelendiğinde iş stresi düzeyinin 2,47 değeri ile orta seviyeye yakın olduğu, en yüksek iş stresi düzeyinin 4,33, en düşük iş stresi seviyesinin ise 1,00 olduğu görülmektedir. Rol çatışması incelendiğinde orta düzeyde rol çatışması olduğu, en yüksek ortalama skorun 4,38, en düşük ortalama skorun ise 1,75 olduğu anlaşılmaktadır. Rol belirsizliğinde ise iş stresi ve rol çatışmasından daha düşük düzey göze çarpmaktadır. Rol belirsizliği ortalaması 2,95’dir. Ayrıca tepe değerinin 2,00 olması rol belirsizliğinin biraz düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Sağlık Personelinin İş Stresi, Rol Belirsizliği ve Çatışmasının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Rol Belirsizliği	Kadın	347	2,11	,71	-1,249	0,212
	Erkek	166	2,20	,78		
Rol Çatışması	Kadın	347	2,97	,42	1,214	0,225
	Erkek	166	2,92	,40		
İş Stresi	Kadın	347	2,45	,63	-1,183	0,237
	Erkek	166	2,52	,62		

Tablo 2 iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışmasının cinsiyete göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tablo incelendiğinde sağlık personelinin cinsiyetine göre iş stresi, rol belirsizliği ve çatışması skorlarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Her ne kadar erkek personelin skorları kadınların skor ortalamalarından biraz yüksek olsa da bu farklılık istatistiksel açıdan anlamı değildir.

Tablo 3. Sağlık Personelinin İş Stresi, Rol Belirsizliği ve Çatışmasının Mesleğe Göre Karşılaştırılması

	Meslek	n	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Rol Belirsizliği	Hekim	16	2,89	,20	7,250	<,00001
	Hemşire	151	2,07	,75		
	Diğer Sağlık Personeli (sağlık memuru, sağlık teknisyeni vb.)	57	1,99	,80		
	İdari, Teknik, Destek Personeli	289	2,17	,70		
Rol Çatışması	Hekim	16	2,95	,18	0,196	0,899
	Hemşire	151	2,96	,46		
	Diğer Sağlık Personeli (sağlık memuru, sağlık teknisyeni vb.)	57	2,92	,47		
	İdari, Teknik, Destek Personeli	289	2,96	,38		
İş Stresi	Hekim	16	2,79	,13	7,021	<,00001
	Hemşire	151	2,35	,58		
	Diğer Sağlık Personeli (sağlık memuru, sağlık teknisyeni vb.)	57	2,27	,70		
	İdari, Teknik, Destek Personeli	289	2,56	,64		

Tablo 3 iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışmasının mesleğe göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tablo incelendiğinde sağlık personelinin mesleğe göre iş stresi ve rol belirsizliği skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p < 0,05$). Fakat rol çatışmasının mesleğe göre anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$). Hekimlerin rol belirsizliği düzeyi diğer meslek gruplarından yüksek bulunmuştur. Buna karşılık diğer sağlık personelinin rol belirsizliği diğer gruplara göre düşüktür. Bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. İş stresi noktasında da hekimlerin iş stresi düzeyinin diğer gruplara göre yüksek olması dikkat çekicidir. Özellikle araştırmada ulaşılan hekimlerin asistan hekim olması bundan bir neden olabilir. Benzer şekilde araştırmada ulaşılan hekimlerin çoğunlukla asistan hekim statüsünde olması rol belirsizliğinin de yüksek olmasından bir neden olarak dikkate alınmalıdır.

Tablo 4. Sağlık Personelinin İş Stresi, Rol Belirsizliği ve Çatışması Arasındaki İlişkiler

		Rol Belirsizliği	Rol Çatışması	İş Stresi
Rol Belirsizliği	r	1		
	Sig. (2-tailed)			
Rol Çatışması	r	,188**	1	
	Sig. (2-tailed)	,000		
İş Stresi	r	,504**	,391**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	

** Korelasyon katsayısı 0.01 yanılma payında önemlidir (2-yönlü).

Tablo 4 sağlık personelinin rol belirsizliği, rol çatışması ve iş stresi arasındaki ilişkileri göstermektedir. Tablo incelendiğinde bunlar arasında pozitif ve 0,01 yanılma payında anlamlı ilişkilerin olduğu bulunmuştur. Özellikle iş stresi ile rol belirsizliği arasında bu araştırma açısından en yüksek ilişki belirlenmiştir ($r=0,504$; $p < 0,01$). Ayrıca rol belirsizliği ile iş stresi arasında ikinci en yüksek ilişki söz konusudur ($r=0,391$; $p < 0,01$). Buna karşılık rol belirsizliği

ve rol çatışması arasında iş stresi ile olan ilişkilerden daha düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,188$; $p<0,01$). Sonuç olarak araştırma sonucunda rol belirsizliği ve rol çatışması arttıkça iş stresi düzeyinin de anlamlı bir şekilde artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5. Sağlık Personelin İş Stresi Üzerinde Rol Belirsizliği ve Çatışmasının Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	,269	,167		1,606	,109	
Rol Belirsizliği	,385	,032	,446	12,210	<,00001*	1,037
Rol Çatışması	,467	,056	,307	8,398	<,00001*	1,037

Regresyon Modeli Özeti

R= 0,587

$R^2= 0,344$

F= 133,874

p= 0,000

p<0,01

Durbin Watson=1,739

VIF: Variance Inflation Factor - Varyans Şişkinlik Faktörü

Bağımlı Değişken: İş stresi

*: Önemli belirleyici ($p<0,05$)

İş stresi üzerinde rol belirsizliği ve çatışmasının etkisini test etmek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon çözümlemesinde rol belirsizliği ve rol çatışması ortalama skorları bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Tablo 5 iş stresi üzerine rol belirsizliği ve çatışmasının etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=60,247$; $p=0,000$; $p<0,01$). Modelde rol çatışması ve rol belirsizliği iş stresi skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 34,4'ünü açıklamaktadır.

Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,739 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 10'dan düşük değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan rol belirsizliği ($t=12,210$; $p= 0,000$; $p<0,05$) ve rol çatışması ($t=8,398$; $p= 0,000$; $p<0,05$) iş stresi skorlarını anlamlı olarak etkilemektedir. Standardize edilmiş beta katsayıları dikkate alındığında ise rol belirsizliğinin (std. B=0,446) rol çatışmasına (std. B=0,307) göre iş stresi üzerine daha fazla etkisinin olduğu belirlenmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Ülkemizde iş stresi, rol belirsizliği ve rol çatışması ile iş psikolojisinin benzer konularını içeren araştırmalarında bizim araştırma sonuçlarımızı destekleyen temel sonuçlara ulaşılmıştır. Sabuncuoğlu'nun çalışmasında (2008:42) rol çatışması ve rol belirsizliği düzeylerinin düşük olduğu gözlenmiştir. Adıgüzel'in (2012:168) çalışmasında işle ilgili stres düzeylerinin zayıf, rol çatışması ve rol belirsizliğine ilişkin görüşlerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yeşilyurt'un (2009:82) hemşirelerle olan çalışmasında, hemşirelerin önemli düzeyde rol çatışması yaşamadıkları ve rol belirsizliğinin düzeyinin oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Akbolat ve diğerlerinin (2011:33) çalışmasında, sağlık çalışanları arasında rol belirsizliği ve rol çatışması ortalama puanları ortanın üzerinde çıkmıştır. Ayrıca, sağlık çalışanları arasında rol çatışmasının rol belirsizliğinden daha fazla yaşandığı gözlenmiştir. Türkiye'de sağlık sektöründe yapılan bazı çalışmalarda rol çatışması ile rol belirsizliği arasında anlamlı ilişkiler gözlenirken (Esatoğlu vd., 2004: 139; Tunç, 2008:134; Yeşilyurt, 2009: 89; Narin, 2010:92; Akbulut, 2013:94); bazılarında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (Topuz, 2006:43; Yörükoğlu, 2008:62; Şahin, 2009: 122). Türk ve Çakır'ın (2006'den aktaran Yeşilyurt, 2009:90) örgütsel stres düzeyi ve stres düzeyini etkileyebilecek değişkenlerin ortaya konmasını amaçladıkları çalışmalarında ise; stres faktörleri arasında rol çatışmasının da önemli bir etken olduğu belirtilmiştir.

Araştırma sonuçlarımızı destekleyen yurt dışında yapılmış bazı araştırmalar ise aşağıda özetlenmiştir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda da rol çatışması ile rol belirsizliği arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir (Bedeian ve Armenakis, 1981: 421; Johnson, 2003:44). Quah ve Campbell'ın (1994) Singapur'da yaptığı çalışmada, iş stres sonuçları ile rol çatışması ve rol belirsizliği arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Bedeian ve Armenakis'in (1981: 421) hemşireler ile olan çalışmasında, iş ile ilgili gerginlik ile rol çatışması ve gerginlik ile rol çatışması ve rol belirsizliği arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmada rol çatışması ve rol belirsizliğinin gerginlik üzerine pozitif etkisi belirlenmiştir. Çalışmada, rol çatışmasının gerginlik üzerine etkisi, rol belirsizliğinden daha yüksek bulunmuştur. Schaubroeck ve diğerlerinin (1989: 50) çalışmasında, rol çatışması ve rol belirsizliğinin, işe bağlı gerginliğin anlamlı belirleyicileri olduğu saptanmıştır. Kemery ve diğerleri (1985: 372) ile Johnson'ın (2003:63) çalışmalarında rol çatışması ve rol belirsizliğinin, işe bağlı gerginliğin anlamlı belirleyicileri olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, rol çatışması ve rol belirsizliğinin artmasının, işe bağlı gerginliğin artmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Ram

ve diğerleri (2011) Pakistan’da üretim sektöründe çalışanlar üzerine yaptıkları araştırmada çalışma stresi, rol çatışması ve belirsizliği arasında önemli pozitif ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca Ram ve diğerleri araştırma sonunda rol çatışması ve belirsizliğinin çalışma stresinin önemli belirleyicileri olduklarını analiz etmiştir. Yongkang ve diğerleri (2014) Çin Halk Cumhuriyeti’nde yaptıkları araştırmada rol çatışması, rol belirsizliği, çalışma stresi, iş kaygısı ve iş yükü arasında anlamlı pozitif ilişkiler belirlemiştir. Ayrıca araştırmalarında rol çatışması ile çalışma stresi arasında ($r=0,566$) daha yüksek ilişki bulunmuştur. Yongkang ve diğerleri çalışma stresinin belirleyicileri olarak rol çatışması ve iş yükünün olduğunu regresyon analizleri ile ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde Vanishree (2014) araştırmasında stres, rol belirsizliği, rol çatışması ve iş yükü arasında anlamlı pozitif ilişkileri bulunmuştur. Bu araştırmada ise rol belirsizliği ile stres arasındaki ilişki katsayısı rol çatışması ile stres arasındaki ilişki katsayısından daha yüksek bulunmuştur.

Stordeur’un (2001: 538) çalışmasında, fiziksel, psikolojik ve çevresel stres faktörleri ile rol çatışması arasında negatif anlamlı ilişkiler; rol belirsizliği ile pozitif anlamlı ilişkiler gözlenmiştir.

Araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi hastane çalışanlarının iş stresi, rol çatışması ve rol belirsizliği durumunun değerlendirilmesi, ölçekteki maddelerle ve maddelere verilen yanıtlarla sınırlıdır. İkincisi araştırmadan elde edilen bulgular, araştırma kapsamındaki Balıkesir’e bir kamu hastanesinde çalışan personellerle sınırlıdır, sonuçlar bütün sağlık kurumları için genellenemez. Dolayısı araştırma sonuçlarının Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı hastanelerine, üniversite ve özel sektör hastanelerinde çalışan sağlık personeline genellenmesi söz konusu değildir. Son olarak veriler araştırmada gönüllü katılımın esas alınması, çalışanların iş yoğunluğu, nöbette olmaları, izinli veya raporlu olmaları hastanede çalışan personelin tamamına anket uygulanamamıştır.

Bu çalışmada iş stresi, rol çatışması ve belirsizliği konusu sadece bir hastanede incelenmiştir. Bundan sonra bu konularda yapılacak araştırmalarda Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör hastanelerinde kapsamlı araştırmalar yapılarak mülkiyete göre karşılaştırmalar yapılabilir. Ayrıca iş stresi, rol belirsizliği ve çatışması ile birlikte iş tatmini, iş yükü, performans, kurumsal ve bireysel verimlilik gibi konularla birlikte araştırılması önem arz etmektedir. Farklı ülkelerde benzer araştırmalar yapılarak kültürler ve ülkelerarası karşılaştırmalar yapmak gerekmektedir.

Kaynakça

1. ADIGÜZEL, Orhan, (2012), “İşle İlgili Stres, Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğinin Beklenen Personel Devri Üzerine Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Uygulama”, Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi, C:4, S:3, ss.163-169.
2. AKBOLAT, Mahmut, IŞIK, Oğuz, UĞURLUOĞLU, Özgür, (2011), “Sağlık Çalışanlarının Kontrol Odağı, İş Doyumu, Rol Belirsizliği Ve Rol Çatışmasının Karşılaştırılması”, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 29, Sayı 2, ss. 23-48.
3. AKBULUT, Burcu, A., (2013), “Ankara Üniversitesi Hastaneleri Hemşirelerinde İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi Ve Rol Çatışması- Rol Belirsizliği Durumu Ve Diğer Etmenler”, Ankara Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
4. BAYSAL, Ayşe, (2011), “CHAID ve Regresyon Ağacı Analiz Yöntemlerinin Hemşirelerde Stres Düzeyini Etkileyen Faktörler Üzerine Uygulaması”, Atatürk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
5. BEDEIAN, Arthur G., ARMENAKIS, Achilles A., (1981), “A path-analytic study of the consequences of role conflict and role ambiguity”, Academy of Management Journal, 24, pp. 417-424.
6. BUDAK, Gülay, BUDAK, Gönül, (2004), “İşletme Yönetimi”, Barış Yayınları, 5. Baskı, İzmir.
7. CEYLAN, Adnan, ULUTÜRK, Yıldırım, Hüseyin (2006), “Rol belirsizliği, rol çatışması, iş tatmini ve performans arasındaki ilişkiler”, Doğu Üniversitesi Dergisi, 7 (1), ss.48-58.
8. CLEVELAND, Jeanette, N., O’NEILL, John, W., HIMELRIGHT, Jodi, L., HARRISON, Michelle, M., CROUTER, Ann, C., DRAGO, Robert, (2007), “Work And Family Issues In The Hospitality Industry: Perspectives Of Entrants, Managers, And Spouses”, Journal of Hospitality & Tourism Research, Vol. 31, No. 3, pp.275-298.
9. ERGÜN, A. Yasemin, ÖZER, Yasemin, BALTAŞ, Zuhul, (2001), “Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeyleri Ve Stresin Hemşireler Üzerindeki Etkileri”, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 5(2), ss.70-79.
10. ERKENEKLİ, Mehmet, TABAK, Akif, POLAT, Mustafa, (2008), “Modern Yaklaşımlar Işığında Örgütlerde Rol Çatışması İle Belirsizliği Arasındaki İlişki Ve Çözüm Önerileri”, Karaharp Okulu Bilim Dergisi, 18(1), ss.52-71.
11. ESATOĞLU, Afsun, E., AĞIRBAŞ, İsmail, AKBULUT, Yasemin, ÇELİK, Yusuf. (2004), “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Hemşirelerin Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Belirlenmesi”, Amme İdaresi Dergisi, 37(4): pp.133-146.
12. FAIRBROTHER, Kerry, WARN, James, (2003), “Workplace Dimensions, Stres and Job Satisfaction”, Journal of Managerial Psychology, Vol. 18 No. 1, pp.8-21.
13. GIBSON, Dawid, William, (2011), “The Effect of Trust in Leader on Job Satisfaction and Intent to Leave Present Job In The Context Of The Nursing Profession”, PHD Thesis, University of Louisville.

14. GUINOT, Jacob, CHIVA, Ricardo, ROCA-PUIG, Vicente, (2014), “Interpersonal trust, stress and satisfaction at work: an empirical study”, Personnel Review, Vol. 43 No. 1, pp. 96-115.
15. GÜÇLÜ, Nezahat, (2001). “Stres Yönetimi”, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21(1): 91-109.
16. GÜL, Hasan, OKTAY, Ercan, GOKCE, Hakan, (2008), “İş Tatmini, Stres, Örgütsel Bağlılık, İşten Ayrılma Niyeti ve Performans Arasındaki İlişkiler: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” Akademik Bakış, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, Sayı 20, ss.1-11.
17. HO, Wen-Hsien, CHANG, Ching, Sheng, SHIH, Ying-Ling, LIANG, Rong-Da, (2009), “Effects of Job Rotation and Role Stress Among Nurses on Job Satisfaction and Organizational Commitment”, BMC Health Services Research, 9:8, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-8.pdf>, Erişim Tarihi:10.11.2013.
18. JALLOW, Mariatou, (2003), “The Relationship Among Perceptions Of Healthcare Quality Culture, Job Satisfaction, And Organizational Commitment Among Teaching Hospital Nurses”, M.Sc Thesis, University of Toronto.
19. JOHNSON, Michele E., (2003), “An Analysis of Role Conflict and Role Ambiguity Among Air Force Information Management Professionals”, Degree of Master of Science in Information Resource Management, Air University Air Force Institute of Technology, Ohio.
20. JOHNSON, Sheena, COOPER, Carry, CARTWRIGHT, Sue, DONALD, Ian, TAYLOR, Paul, MILLET, Clare, (2005), “The experience of work-related stress across occupations”, J Manage Psych, 20: pp.178-187.
21. JONES, Janice, Sylakowski, M., (2000), “The Impact Of Hospital Mergers On Organizational Culture, Organizational Commitment, Professional Commitment, Job Satisfaction, And Intent To Turnover On Registered Professional Nurses On Medical-Surgical Hospital Units”, PHD Thesis, State University of New York at Buffalo.
22. JUDGE, Timothy A., COLQUITT, Jason A., (2004) “Organizational justice and stress: the mediating role of work–family conflict”. Journal of Applied Psychology, 89(3): pp.395–404.
23. KEMERY, Edward, R. G., BEDEIAN, Arthur, MOSSHOLDER, Kevin, W., TOULIATOS, John (1985), “Outcomes of Role Stress: A Multisample Constructive Replication “, The Academy of Management Journal, Vol. 28, No. 2, pp.363-375.
24. KUSHNIR, Talma, COHEN, Avner, Herman, KITAI, Eli, (2000), “Continuing Medical Education and Primary Physicians' Job Stress, Burnout and Dissatisfaction”, Medical Education;34, pp.430-436.
25. MENTEŞE, Mehmet, (2007), “İş doyumu, rol çatışması ve rol belirsizliği ile çalışanlarının tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Banka çalışanları üzerine bir uygulama”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
26. NARİN, Yunus, (2010), “İstanbul İlinde Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Rol Çatışması, İş Doyumu ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi”, Haliç Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

27. NAUDÉ, J. L. P., ROTHMANN, S., (2003), “Occupational Stress Of Emergency Workers In Gauteng”, SA Journal of Industrial Psychology, 29 (4), pp.92-100.
28. NETEMEYER, Richard, G., JOHNSTON, Mark, W., BURTON, Scot, (1990), “Analysis of Role Conflict and Role Ambiguity in a Structural Equations Framework”, Journal of Applied Psycholog, Vol. 75, No. 2, pp.148-157.
29. QUAH, Joachim, CAMPBELL, Kathleen M., (1994), “Role Conflict and Role Ambiguity as Factors in Work Stress among Managers in Singapore: Some Moderator Variables”, Research and Practice in Human Resource Management, 2(1), pp.21-33, <http://rphrm.curtin.edu.au/1994/issue1/role.html>, Erişim Tarihi:02.05.2014.
30. RAHİM, Afzalur, M., (2001), “Managing conflict in organizations”, Third Edition, Quorum Books, USA.
31. RIZZO, John, R., HOUSE,Robert, J., LIRTZMAN, Sidney, I., (1970), “Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations”, Administrative Science Quarterly, Vol. 15, No. 2, pp.150-163.
32. SABUNCUOĞLU, Ebru, TOLAY, (2008), “Rol çatışmasının ve rol belirsizliğinin tükenmişlik ve iş doyumunu üzerindeki etkilerinin incelenmesi”, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:23 Sayı:1, ss:35-49.
33. SCHAUBROECK, John., COTTON, John, L., JENNINGS, Kenneth, R., (1989), “Antecedents and consequences of role stress: a covariance structure analysis”, Journal of Organizational Behavior, 10(1), pp.35-58.
34. STORDEUR, Sabine, D'HOORE, William, VANDENBERGHE, Christian, (2001), “Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff”, Journal of Advanced Nursing, 35(4), pp.533-542.
35. ŞAHİN, Dilek, (2009), “Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinin rol çatışması-rol belirsizliği ve tükenmişlik durumları”, Ankara Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
36. TEL, Havva, KARADAĞ, Mevlüde, TEL, Hatice, AYDIN, Şule (2003), “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi”, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Sayı 2, ss.13-23.
37. TOPUZ, Ayşe, (2006), “Hemşirelerde Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği, İş Stresi ve aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
38. TUNÇ, Tülin. (2008), “Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ile rol çatışması-rol belirsizliği arasındaki ilişki: Bir üniversite hastanesi örneği”, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
39. TÜRK, Kartal, EROGLU, Cemal, TÜRK, Dilek (2008), “T.C. Devlet Hastanelerindeki Çalışma Koşullarının Stres Üzerindeki Etkilerini Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma:Geyve Devlet Hastanesi Örneği”,Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt:5,Sayı:1.
40. YEŞİLYURT, Tuğba, (2009), “Hemşirelerde rol çatışması ve rol belirsizliğinin iş stresi ve iş doyumuna etkisi”, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.



41. YOUNG, Kathryn, M., COOPER, Cary, L., (1997), “Occupational Stress in the Ambulance Service: a Diagnostic Study”, Health Manpower Management, Volume 23, Number 4, pp.140–147.
42. YÖRÜKOĞLU, Sema, (2008), “Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi”, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
43. YÜKSEL, İhsan, (2003), “İş Stresi, İşe Bağlılık Ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Analizi”, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 17, Sayı: 1-2, ss.213-224.

HEMŞİRELERİN STRES KAYNAKLARININ BELİRLENMESİ: ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE BİR ALAN ÇALIŞMASI

Bilgen BAĞCI AYDIN*

Ömer R. ÖNDER**

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin stres kaynaklarının belirlenmesidir. Bu çalışmanın türü, kesitsel türde ve tanımlayıcıdır. Veriler anketle toplanmıştır. Araştırmanın evrenini, Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan 463 hemşire oluşturmuş, evrenin % 48,8'ine ulaşılmıştır.

Araştırmada, hemşirelerin %69,1'inin sosyal stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu, % 52,8'inin işle ilgili stres vericiler açısından hastalık geliştirme ihtimali olduğu, %51,1'inin kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu ve %45,9'unun fiziki çevreden kaynaklanan stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin “Sosyal”, “İşle İlgili”, “Fiziki Çevre” ve “Kendini Yorumlama Biçiminden Kaynaklanan” stres vericilere ilişkin orta düzeyde strese sahip oldukları söylenebilir.

Hemşire ve yöneticiler için stres kaynakları ve başa çıkma yöntemleri konusunda eğitim programları düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Stres Kaynağı, Hemşire, Hastane Koşulları

*Uzm. Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği blgnbgc@hotmail.com

**Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü
onder@health.ankara.edu.tr

SOURCES OF STRESS AMONG NURSES: A FIELD STUDY IN ANKARA EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

ABSTRACT

The aim of this study is to determine nurses' coping with stress and Stress-Control Methods who work at Ministry of Health Ankara Education and Research Hospital. This is a cross sectional and descriptive study. The data has been collected using a questionnaire. The population of the study consists of 463 nurses who work at Ankara Education and Research Hospital, 48.8% of the population has been reached.

In study it is determined that, 69.1 percent of the nurses have a tendency to develop an illness because of social stress factors. 52.8 percent of the nurses have a tendency to develop an illness because of work related stress. 51.1 of the nurses have a tendency to develop an illness because of stress caused by self-interpretation. 45.9 percent of the nurses have a tendency to develop an illness because of stress caused by physical environment.

It can be stated that, nurses have middle level stress because of social stress, work-related stress, physical environment stress, and stress caused by self-interpretation.

It can be suggested that education programs should be prepared for the nurses and managers on sources of stress, stress-control methods.

Key Words: Source of Stress, Nurse, Hospital Conditions

1.Giriş

Günümüzde stresin sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli bir etmen olduğu bilinmektedir. Psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasında ya da ilerlemesinde stresin önemli payı bulunmaktadır. Psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasında, stresin şiddeti, süregelenliği ve genel uyum belirtilerinin aşaması önemlidir (Selye, 1956:3-5; Aktaran Sağlık, 2005:6). Stres, Latince “estrica”, Fransızca “estrece” sözcüklerinden kaynaklanmakta olup, günümüzde, dilimize “stres” olarak yerleşmiştir (Tengilimoğlu ve Ark, 2009: 408). Stres, 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. Onsekiz ve 19.yüzyılda ise, kavramın anlamı değişmiş; güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve kişinin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır (Güçlü, 2001:92, Altuntaş, 2003: 1-2). Ayrıca stres “bütünlüğünü koruma” ve “esas durumuna dönmek için çaba harcama” halini de ifade etmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2004: 304).

Hemşirelikte stres, 1960’lı yıllardan beri araştırılmakta olup, stresin iş doyumunu ve hasta bakımının niteliğini etkilediği, tükenmişlik ve personel döngüsünde artmaya neden olduğu bilinmektedir. Sağlık bakım sistemlerinde önemli bir yeri ve rolü olan, stresli bir toplulukta stresli bir meslek olarak kabul edilen hemşirelik, çeşitli stresörlerle karşı karşıyadır. Bunlar; sağlık sisteminin örgüt yapısı ve özelliği, fiziksel çevre, hasta bakımı, çalışma şekli ve büyük ölçüde kadın mesleği olması biçiminde gruplanabilir. Bugün erkekler de hemşirelik mesleğini seçebilmekte iseler de çoğunluk hala kadındır. Bu nedenle hemşireler, iş yaşamındaki

zorlukları, aile yaşamındaki kadın ve anne rolünün getirdiği sorunları ve toplumsal baskıları birlikte yaşamaktadır (Aydın ve Kutlu, 2001:37).

Stres yaratan faktörler; bireyin çalıştığı ortama, aile yapısına, işletmenin kültürüne, bireyin kişiliğine bağlı olarak değişir. İnsanın fizyolojik ve psikolojik dengesini etkileyen her öge, stres kaynağı olarak görülebilir. Bu doğrultuda, bireyin iş çevresi ve iş dışı çevresi birbirini etkileyerek stres oluşumuna neden olur. Bir diğer anlatımla stres yaratan etmenler, genel çevre öğelerinden ve çalışma yaşamının niteliğinden kaynaklanmaktadır. İş yaşamında yaşanan stres hem çalışanlar açısından, hem yöneticiler açısından önemlidir. Bir diğer anlatımla bireysel ve örgütsel sonuçları vardır. Uzun süreli stres, birey üzerinde fiziksel ve psikolojik olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Çalışanların sağlığı ve onun örgüte katkısı sonunda zarar görmektedir. Araştırmalara göre stres, çalışanların işe devamsızlık etmelerine ve işten ayrılmalarına neden olabilmektedir. Dolayısı ile iş yeri bundan zarar görmektedir. Çalışanlardan birinde görülen stres, diğer çalışanı da olumsuz etkilemekte, böylece verimlilik azalmaktadır. Stresin azaltılması hem çalışanın örgüte katkısını artırır, hem de çalışanların iş doyumunu yükseltir (Balcı, 2000: 78). Ancak stres her zaman olumsuz olarak tanımlanmamaktadır. Bireylerde bir miktar stres olması kişinin, bedensel ve zihinsel verimliliğini sürdürmesi açısından yararlı bir durum olarak görülmektedir. Selye stresi; hoşagiden etmenlerin oluşturduğu “olumsuz etkisi olmayan pozitif stres (eustress)” ve hoşagitmeyen etmenlerin oluşturduğu ve “zararlı etkisi olan negatif stres (distress)” şeklinde ikiye ayırmıştır (Alanyalı, 2006: 5). Belirli bir miktar stres gerek birey, gerekse örgüt performansını artırıcı etki göstermektedir. Stres bireyleri olumlu yönde etkiler ve onların hedeflerine ulaşmasına aracılık ediyorsa “olumlu stres/ eustress”, hastalık yapıcı etkileri ve zararlı yanları ön plana çıkarsa “olumsuz stres/distress ” olarak adlandırılmaktadır (Aktaş, 2001: 27; Aşan ve Aydın, 2006: 238). Denetlenebilir ve stres toleransını aşmayan yönetilebilir bir stres, bireyde var olan potansiyelin açığa çıkmasında, katalizör etkisi yapmaktadır (Cüceloğlu, 2000). Stres eşliğini aşmış aşırı stres, bireylerde fiziksel ya da psikolojik açıdan sorunlar oluşturmakta ve bu durumun hem birey hem de örgüt açısından maliyeti fazla olmaktadır (Kırel, 1993: 159).

Stres reaksiyonunun oluşmasına neden olan olaylar, biyolojik ve psiko-sosyal nedenler olarak iki ana grupta toplanabilir. Stresin oluşması için, ortamdan etkilenen bireyin vücudunda bulunan özel biyo-kimyasal değişmelerin oluşmasıyla, bireyin vücut sisteminin harekete geçmesi gereklidir. Ayrıca etki altında kalan insanın kişilik özellikleri stresin oluşumunu ve derecesini etkilemektedir. Ortamdaki değişimlerden her birey etkilenmesine karşın, bu etkilenme bazı bireylerde daha çok, bazılarında daha yavaştır (Ergun, 2008: 6). Burada olayın kendisi değil nasıl algılandığı ve tepkinin nedenidir (Yavuz ve ark., 2005: 11). Bu yüzden yüksek öz güven ve yeterliliğe (self-efficacy) sahip kişilerin diğerlerine kıyasla stres algılamaları daha düşük düzeyde kalmaktadır (Aşan ve Aydın, 2006: 238).

Selye, 1956 yılında stresi, “vücudun çeşitli uyaranlara bir tepkisi” olarak tanımlamıştır. Bu tepki her zaman aynı ise de tepkinin derecesi farklılık göstermektedir. Strese gösterilen ilk tepki fizyolojiktir. Fizyolojik tepkilere aynı zamanda “Genel Uyum Sendromu” adı verilmektedir. Genel Uyum Sendromu da “Alarm”, “Direnme” ve “Tükenme” olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Alarm Aşaması; organizmanın dış uyarıcıyı stres olarak ilk algıladığı durumdur (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2001: 232). Bu aşamada birey stres kaynağı ile karşılaştığında, “savaş” ya da “kaç” tepkisi gösterir. Savaş ya da kaç tepkisi sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişmeler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir. Bu dönemde, otonom sinir sistemi tarafından salgı bezleri uyarılarak kana bol miktarda adrenalin ve onun etkisi altında ortaya çıkan diğer biyokimyasal maddeler salgılanır ve yaşamın devamını sağlayamaya yönelik klasik stres tepki zinciri oluşur (Lamberton ve Minor,1995:262, Aktaran: Avcı, 2007:14). Alarm aşamasını, “uyum ya da

direnme aşaması” izlemektedir. Stres kaynağına uyum sağlanırsa, her şey normale döner, kaybedilen enerji, yeniden kazanılmaya ve bedendeki yıpranma giderilmeye çalışılır. Stresle başa çıkıldığında parasempatik sinir sistemi etkin olmaya başlar. Kalp atışı, tansiyon, solunum düzene girer, kas gerilimi azalır (Güçlü, 2001: 92; Paşa, 2007: 9-10). Kendini korumaya yönelik savunucu tepkilerde başarılı olunamamışsa, yani stres devam ediyorsa, beden aktivitesi ve direnç artmaya başlar ve bu artış bir süre devam eder (Akman, 2004: 46). Bu durumda birey algıladığı stres yapıcıya direncini yoğunlaştırırken, başka stres yapıcılara karşı direncini yitirmektedir (Paşa, 2007: 9-10). Beden bu savaşı kazanmak için çok fazla enerji harcayabilir ve bu da zamanla dirençte düşüğe neden olur. Direnç devam ettikçe, bedenin savunması zayıflar. Sonunda da alerjiler, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, ülser, arteroskleroz gibi bir çok psikosomatik hastalık görülebilir. Bu fiziksel belirtiler de direnci azaltır (Akman, 2004: 46). Uyum aşamasındaki gerilim kaynakları ve bunların yoğunluk dereceleri azalmadığı sürece ya da artış gösterdikleri durumlarda, bireyin çabası kırılır, davranışlarında önemli değişikliklerin ve hayal kırıklıklarının yaşandığı bir evreye girilir. Buna “tükenme aşaması” denir. Bu aşamada uzun süreli stres kaynakları ile yeterince mücadele edilemeyip, kişi başka stres kaynaklarının etkilerine de açık hale gelir (Güçlü, 2001: 92). Başa çıkılmayan stresler dengeyi bozar. Uyum enerjisi tükenir. Tükenme ve bitkinlik nöbetleri görülür. Bu dönem organizmanın hastalıklara açık olduğu dönemdir (Altuntaş, 2003:17). Tükenme aşamasının en önemli belirtileri uykusuzluk, canlılığını yitirme, baş ve göğüs ağrıları, ani öfke patlamaları, sürekli kızgınlık, yardım istememe, yalnızlık duygusu, çaresizlik, engellenmişlik, şüphecilik, cesaretsizlik ve can sıkıntısı şeklindedir (Baltaş ve Baltaş, 2004: 26-27). Bu aşamada, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme gibi bulgular gelişmektedir.

Bir iş yerinde çalışanlarda stres düzeyinin yüksek olması, örgütsel stres de denilen iş yerini birçok yönden olumsuz etkilemektedir. Bunlar; örgütsel bağlılıkta azalmaya, iş kazalarına, uyarı ve cezalarda artışa, örgütsel iklimin bozulmasına, örgütsel çatışmaya, sağlık sorunları ve harcamalarında artışa, personel ve müşteri şikayetlerinde artmaya, bölümler arası işbirliğinin ve iletişimin zayıflamasına, iş tatminsizliğine, kalitede ve verimlilikte düşmeye, iş gücü devrinde artmaya, örgüt ve iş araçlarına zarar verilmesine, örgütü kötülemeye, örgüt imajının zayıflamasına, yol açmaktadır (Nahavandi ve Malekzadeh, 1998: 534-536; Özmutf, 2006: 75 -81).

Yapısında birçok meslek grubunu barındıran hastanelerde önemli mesleklerden biri de hemşireliktir (Özbay, 2007: 3). Hemşirelik, çeşitli bakımlardan sağlık sorunu yaşayan kişilere hizmet veren meslek dalıdır. Stresli kişiliklerin, stres yüklü kişilere hizmet etmesi, onların gereksinimlerine yanıt verebilmesi güçtür. Bu durumda, kişilere gerektiği şekilde yararlı olabilmeleri için, öncelikle bu meslek mensuplarının stres kaynaklarının doğru olarak belirlenmesi gerekmektedir (İmirlioğlu, 2009:16).

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan hemşirelerin stres kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma evrenini Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Adı belirtilen hastanede 463 hemşire görev yapmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden, o dönemde izinli ya da raporlu olmayan 237 hemşireye ulaşılabilmiş ancak, 11 anket geçerli kabul edilemediğinden araştırmanın örneklemini 226 hemşire oluşturmuş, evrenin %48,8'ine ulaşılabilmıştır. Çalışmanın bulgu ve sonuçları araştırmaya katılan hemşirelerin yanıtları ile sınırlı olup, diğer hastanelerdeki hemşirelere genellenemez (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2000; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2010; Sencer ve Irmak, 1984).

2.3. Veri Toplama Aracı

Kesitsel ve tanımlayıcı türünde olan bu araştırmanın verileri anket/ölçekle toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak; literatür taraması ve çalışmanın amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, Richardson tarafından geliştirilen “Stres Kaynağı Ölçeği” kullanılmıştır (Yılmazcan, 1999; Akbal ve ark., 2001). “ Kişisel bilgi formunda hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, zararlı alışkanlıklarını, hastalık durumlarını (kendi ya da aile bireyleri) ve çalışma koşullarını belirlemeye yönelik çoktan seçmeli ve açık uçlu 20 soru yer almaktadır.

Stres Kaynağı Ölçeği, likert türü bir ölçektir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Türk toplumunda hemşirelerde, Aynur Dinç Sever tarafından yapılmış, Cronbach alpha katsayısı 0,88 bulunmuştur. Araştırma grubundan alınan veriler doğrultusunda ölçeğin Cronbach alpha katsayısı yeniden hesaplanmış, sosyal stres vericiler boyutunun 0,79; işle ilgili boyutun 0,77; kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan boyutun 0,67; fiziki çevreden kaynaklananın 0,69; tüm ifadeleri kapsayan toplamın 0,86 olduğu görülmüştür.

Ölçeği uygulayan kişilerden, her maddeyi ayrı ayrı okuyup değerlendirmeleri ve ölçekte yer alan beş seçenekten, kendilerine en uygun olanı işaretlemeleri istenmiştir. Ölçek, dört bölümden oluşmaktadır. Sosyal stres vericiler, insan ilişkilerinden kaynaklanan stres vericilerdir. İşle ilgili stres vericiler ise iş yaşamından ve koşullarından kaynaklanmaktadır. Kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericiler de, kişinin iç ve dış dünyasından yansıyan bilgileri yorumlayış biçiminden kaynaklanan, iç konuşma da denilebilen kendini yorumlama ile ilgilidir. Fizik çevreden kaynaklananlar da kişinin yaşadığı fizik çevreden kaynaklanan, gürültü ve hava kirliliğini de içine alan stres vericilerdir.

Stres Kaynağı ölçeğinde, 1, 5, 10, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 37 ve 38. ifadeler sosyal stres vericilerin, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 32, 42 ve 43. ifadeler işle ilgili stres vericilerin, 1,2, 3, 12, 13, 14, 22, 33, 35 ve 39. ifadeler kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilerin ve 34, 40, 41, 42 ve 43. ifadeler fiziki çevreden kaynaklanan stres vericilerin değerlendirilmesi amacıyla yöneliktir. Her bir ifade “Asla-1”, “Seyrek Olarak-2”, “Bazen-3”, “Sık Sık-4”, “Her Zaman-5” üzerinden puanlanmıştır. Sosyal stres vericilere ilişkin ifadelerden alınabilecek olan en yüksek puan 85, işle ilgili stres vericilerden 80, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilerden 50 ve fiziki çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin ifadelerden alınabilecek olan en yüksek puan 25'tir. Ölçekten alınan puanların artması, stres düzeyinin arttığını da ifade etmektedir.

Ölçekte, her bölümden alınan puanlar dört gruba ayrılmakta ve gruplar şöyle açıklanmaktadır. Birinci grup, “sağlığı tehdit edici bir nitelik taşıyor”; ikinci grup, “hastalık geliştirme ihtimali var”; üçüncü grup, “hastalık geliştirme eğiliminde”; dördüncü grup;

“hastalık geliştirme ihtimali oldukça yüksek” biçiminde tanımlanmaktadır. Sosyal stres vericilerden alınan 24-17 puan 1.grup, 39-25 puan 2.grup, 59-40 puan 3.grup, 85-60 puan 4.grup olarak değerlendirilmektedir. İşle ilgili stres vericilerden alınan 24-17 puan 1.grup; 39-25 puan 2.grup; 59-40 puan 3.grup; 80-60 puan 4.grup olarak nitelendirilmektedir. Kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilerden alınan 14-10 puan 1.grup; 24-15 puan 2.grup; 34-25 puan 3.grup; 50-35 puan 4. grup olarak tanımlanmaktadır. Fizik çevreden kaynaklanan stres vericilerden alınan 7-5 puan 1.grup; 12-8 puan 2.grup; 17-13 puan 3.grup; 25-18 puan 4.grup olarak nitelendirilmektedir (Akbaş, 2007; Söylemez, 2010).

3.Bulgular ve Tartışma

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri tablo 1’de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %86,3’ü kadın, %35,8’i 26-33 yaş grubunda ve %61,1’inin evli olduğu belirlenmiştir. Evli ya da boşanmış olan hemşirelerin %60,2’sinin en az bir çocuğa sahip olduğu, %42,0’sinin en az 4 yıllık yüksek öğrenim mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken		Sayı	%
Cinsiyet(n=226)	Kadın	195	86,3
	Erkek	31	13,7
Yaş(n=226)	18-25	32	14,2
	26-33	81	35,8
	34-41	64	28,3
	42-49	35	15,5
	50 ve üzeri	14	6,2
Medeni Durum(n=226)	Evli	138	61,1
	Hiç Evlenmemiş	74	32,7
	Boşanmış, eşin ölümü, eşinden ayrı yaşıyor	14	6,2
Çocuk Varlığı(n=226)	Evet	136	60,2
	Hayır	90	39,8
Öğrenim Durumu(n=226)	Sağlık meslek lisesi	53	23,5
	İki yıllık yüksek öğrenim	78	34,5
	En az 4 yıllık yüksek öğrenim	95	42,0

Araştırma grubunun çalışma durumlarına ilişkin özellikleri tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin % 24,3’ü 5 yıldan az bu mesleği yapmaktadır. Hemşirelerin %44,7’si kendi isteği ile mesleği seçtiklerini, %42,9’unun ise kısmen memnun olduğunu, %31,0’nun kliniklerde çalıştığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %56,6’sının çalıştığı bölümden memnun olduğu, %58,4’ünün 40 saatten fazla çalıştığı ve %40,7’sinin gündüz çalıştığı, %43,8’inin çalışma saatlerinden memnun olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %58,4’ünün çalışma yaşamında eşinden/aile üyelerinden destek gördüğü ifade edilmiştir.

Araştırma grubunun sağlığa zararlı alışkanlık durumu tablo 3’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %34,5’i her gün, %12,8’i arada sigara içtiğini, % 20,1’i ise arada alkol aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özellikleri

Değişken	Sayı	%
Meslekte Çalışma Süresi (Yıl) (n=226)	5 yıldan az	24,3
	6-10	15,9
	11-15	17,7
	16-20	15,1
	21-25	14,2
	26 ve üzeri	12,8
Mesleği Seçme Nedeni (n=226)	Kendi isteği ile	44,7
	Ailesinin isteği ile	36,3
	Rastlantı	19,0
Mesleğinizden memnun musunuz? (n=226)	Evet	40,7
	Hayır	16,4
	Kısmen	42,9
Çalışılan Bölüm(n=226)	Klinik	31,0
	Poliklinik	22,1
	Acil Birim	17,7
	Yoğun Bakım	17,7
	Ameliyathane	11,5
Çalıştığınız bölümden memnun musunuz? (n=226)	Evet	56,6
	Hayır	11,5
	Kısmen	31,9
Haftalık Çalışma Süresi (Saat) (n=226)	40	41,6
	40 ve daha fazla	58,4
Çalışma Şekli(n=226)	Gündüz	40,7
	Vardiyalı	22,6
	Nöbet	36,7
Çalışma saatlerinden memnun musunuz? (n=226)	Evet	43,8
	Hayır	24,7
	Kısmen	31,4
Çalışma yaşamınızda eşinizden/aile üyelerinizden destek görüyor musunuz? (n=226)	Evet	58,4
	Hayır	41,6

Tablo 3. Hemşirelerin Sağlığa Zararlı Alışkanlık Durumu

Zararlı Alışkanlık	Sayı	%
Sigara kullanıyor musunuz? (n=226)	Evet, her gün	34,5
	Evet, ara sıra	12,8
	Hayır, hiç	52,7
Alkol kullanıyor musunuz? (n=226)	Evet, ara sıra	20,8
	Hayır, hiç	79,2

Hemşirelerin ve aile üyelerinin kronik hastalık bulunup bulunmama durumları tablo 4’ de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin, %67,7’si uzun süredir devam eden hastalığının bulunmadığını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin aile üyelerinde, %69,5’inde kronik bir hastalık olmadığı belirtilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerde ve Aile Üyelerinde Kronik Hastalık Bulunup Bulunmaması Durumu

Kronik Hastalık		Sayı	%
Uzun süredir devam eden hastalığınız var mı? (n=226)	Evet	73	32,3
	Hayır	153	67,7
Ailenizdeki bireylerde uzun süredir devam eden kronik bir hastalık var mı? (n=226)	Evet	69	30,5
	Hayır	157	69,5

Tablo 5. Hemşirelerin Stres Kaynağı Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları

Stres Kaynağı Boyutları	Ort±SD	n
Sosyal Stres Vericiler	45,80±11,03	226
İşle İlgili Stres Vericiler	40,89±9,86	226
Kendini Yorumlama Biçiminden Kaynaklanan Stres Vericiler	25,39±5,90	226
Fizik Çevreden Kaynaklanan Stres Vericiler	13,98±4,80	226
Toplam Puan	126,06±23,22	226

Hemşirelerin stres kaynağı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları tablo 5’de verilmiştir. Sosyal stres vericilere ilişkin puan ortalamaları 45,80±11,03’dür. İşle ilgili stres vericilerden hemşirelerin puan ortalaması 40,89±9,86; kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları 25,39±5,90 ve fiziki çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları 13,98±4,80’dür. Sosyal stres vericilere ilişkin ifadelerden alınabilecek en yüksek puan 85, işle ilgili stres vericilerden 80, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilerden 50 ve fiziki çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin ifadelerden alınabilecek en yüksek puan 25 olduğundan, hemşirelerin tüm stres kaynaklarından ileri gelen orta düzeyde strese sahip oldukları söylenebilir. Tablo 6’da da görüldüğü gibi hemşirelerin %69,1’inin sosyal stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu, % 52,8’inin işle ilgili stres vericiler açısından hastalık geliştirme ihtimali olduğu, %51,1’inin kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu ve %45,9’unun da fiziki çevreden kaynaklanan stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde bulunduğu belirlenmiştir. Literatürde, stresin bir çok psikosomatik hastalıklara ve gerek sosyal gerekse örgütsel bir çok soruna yol açtığı yer almaktadır. Bu çalışmanın bulguları ile literatürdeki bilgiler örtüşmektedir. Çalışkan ve Akdur (2001:135-142)’un yaptığı bir çalışmada; hemşirelerin mesleki hastalık geliştirme riskinin %94,2 bulunduğu, bu risklerin enfeksiyon, stres ve aşırı-uzun çalışma saatleri olduğu bildirilmiştir.

Tablo 6. Strese Bağlı Hastalık Geliştirme Riskinin Stres Kaynağı Ölçeği Alt Gruplarına Göre Dağılımı

Stres Kaynakları	Strese Bağlı Hastalık Geliştirme Risk Grupları									
	1. grup		2. grup		3. grup		4. grup		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sosyal	4	0,5	57	25,1	148	69,1	17	5,3	226	100
İşle İlgili	8	1,0	115	52,8	100	45,7	4	0,5	226	100
Kendini Yorumlama	5	2,4	95	43,1	113	51,1	12	3,4	226	100
Fiziki Çevre	14	4,3	85	37,2	98	45,9	29	12,6	226	100

Stresle ilgili olabileceği düşünülen değişkenler açısından yapılan istatistiksel analizde; cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği seçme nedeni, sigara kullanma durumu, alkol alma durumu ve aile bireyleri arasında kronik hastalık bulunup bulunmaması yönünden sosyal stres, işle ilgili stres, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres ve fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puanlar yönünden istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır.

Yaş grupları(“18-25”, “26-33”, “34-41”, “42-49”, “50 ve üzeri”) arasındaki fark, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları açısından önemli(p=0,016) bulunmuştur. “18-25” yaş grubunun puan ortalaması, diğerlerine kıyasla daha yüksek olup, “50 yaş ve üzeri hemşirelerin stres düzeyleri daha düşüktür. Erdoğan ve arkadaşları (2009:450)’nın çalışmasında erken yaşlarda stres düzeyinin yüksek olduğu, yaş ilerledikçe çalışanların kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan ve işle ilgili stres düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın bulgusu ile örtüşmektedir. Deneyim, sorunların çözümünde ve olgunlaşmada, bireyler arası iletişimde beceri kazanılmasında önemli bir etmendir. Yaş ilerledikçe deneyim kazanıldığından stresle daha iyi baş edilmiş olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum(“Evli”, “Hiç Evlenmemiş”, “Boşanmış, eşi ölmüş, eşinden ayrı yaşıyor”) grupları arasındaki fark sosyal stres vericilere(p=0,002) ve fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere(p=0,032) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. “Evli” ve “Boşanmış, eşi ölmüş, eşinden ayrı yaşıyor” olan grubun stresi diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Yılmazcan (1999:101-106) yaptığı çalışmada evli olan sağlık personelinin bekarlara kıyasla daha fazla stres altında kaldığını belirtmiştir.

Meslekten duyulan memnuniyet(“Evet”, “Hayır”, “Kısmen”) grupları arasındaki fark işle ilgili stres vericilere(p=0,000), kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere(p=0,001), fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere(p=0,004), ve stres kaynakları

toplama(p=0,000) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Meslekten memnun olanların puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha düşüktür. Çam (1999: 92)'ın “Hemşirelikte Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması” konulu çalışmasında hemşirelerin meslekten memnuniyetleri ile tükenmişlik puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişki saptandığı bildirilmiştir (Barutçu ve Serinkan, 2008:549). Çalışan Bölümden Memnuniyet(“Evet” , “Hayır” , “Kısmen”) grupları arasındaki fark işle ilgili stres vericilere(p=0,000), fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere(p=0,000), ve stres kaynakları toplamına(p=0,006) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Çalışılan bölümden memnun olanların puan ortalamaları daha düşüktür. Çalışma Saatlerinden Memnuniyet(“Evet” , “Hayır” , “Kısmen”) grupları arasındaki fark işle ilgili stres vericilere(p=0,000), kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere(p=0,000), fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere(p=0,000), ve stres kaynakları toplamına(p=0,000) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Çalışma saatlerinden memnun olanların puan ortalamaları daha düşüktür. Işıkhan ve arkadaşları (2003:38)'nin çalışmasında uzun ve yorucu çalışma saatlerinin, iş stresi puanlarını artıran en önemli stresörlerden olduğu bildirilmiştir. Görüldüğü gibi, meslekten, çalışılan bölümden ve çalışma saatlerinden memnun olanların stresi düşük bulunmuştur. Çünkü memnuniyet, işin daha istekli yapılmasına ve daha çok zevk alınmasına neden olacağından, memnuniyetin stres düzeyini düşürmesi, beklenen bir durumdur. Edinilen bu bulgu literatürle de uyumludur. Çalışanların iş memnuniyetinin artırılmasına özen gösterilmelidir.

Çocuk sahibi olma durumu(“Evet” , “Hayır”) grupları arasındaki fark sosyal stres vericilere(p=0,001) ve fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere(p=0,002) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Çocuk sahibi olanların stres puan ortalamaları daha yüksektir.

Meslekteki Çalışma Süresi/Toplam çalışma yılı(“5 yıldan az” , “6-10” , “11-15” , “16-20” , “21-25” , “26 ve üzeri”) grupları arasındaki fark, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları açısından önemli(p=0,000) bulunmuştur. “5 yıldan az” çalışan grubun stres puanı daha yüksektir

Çalışılan Bölüm(“Yataklı Servisler” , “Poliklinik” , “Acil” , “Yoğun Bakımlar” , “Ameliyathaneler”) grupları arasındaki fark, işle ilgili stres vericilere(p=0,048), kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere(p=0,001), fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere(p=0,000), ve stres kaynakları toplamına(p=0,013) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemlidir. Ameliyathanelerde ve kliniklerde görev yapan hemşirelerin puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Haftalık Çalışma Süresi /Saat(“40” , “40'dan fazla”) grupları arasındaki fark, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları açısından önemli(p=0,015) bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi 40 saatten fazla olanların puan ortalamaları daha yüksektir. Taycan ve arkadaşlarının (2006:100-108) araştırmasında, haftalık çalışma süresi arttıkça, çalışanların duygusal açıdan kendini yıpranmış hissettiği ve bu durumun bireylerin stres düzeyini artırdığı bildirilmiştir.

Çalışma Şekli(“Gündüz” , “Vardiyalı” , “Nöbet”) grupları arasındaki fark işle ilgili stres vericilere(p=0,002), kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere(p=0,004), fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere(p=0,010), ve stres kaynakları toplamına(p=0,014) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Nöbet tutarak görevini sürdüren hemşirelerin stres puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Akbaş (2007:79)'ın çalışmasında gündüz çalışan hemşirelerin kendini

yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamalarının; diğerlerine kıyasla ileri düzeyde anlamlı düşük olduğu bildirilmiştir.

Eş ve aileden destek görme durumu (“Evet” , “Hayır”) grupları arasındaki fark sosyal stres vericilere(p=0,000) ve stres kaynakları toplamına(p=0,000) ilişkin puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Eş ve ailesinden destek görmeyenlerin puan ortalamaları daha yüksektir. Bu beklenen bir bulgudur. Aile içerisinde eşinden ya da ailenin diğer bireylerinden gerekli desteği göremeyen hemşirelerin hastane dışında da yoğunluğu ve sorunları devam edeceğinden, stres düzeyinin yüksek olması kaçınılmazdır.

Hemşireler stres yaratan durumları, % 22,6 ile yetersiz ücret, % 16,4 ile uyumlu ekip çalışmasının olmaması, % 15,9 ile çalışma şekli ve saatinin sosyal yaşamı etkilemesi, % 13,7 ile kreş olanağının kısıtlı olması / olmaması, % 11,5 ile atama, özlük ve sosyal hakların sınırlı olması, % 6,2 ile yönetimdeki kişilerle sorunlar yaşama, %5,3 ile rol belirsizliği/rol çatışması, % 4,9 ile ulaşım ile ilgili sorunlar yaşama, %3,5 ile malzeme – araç- gereçlerin yetersiz olmasını ifade etmişlerdir(tablo 7). Ayrıca hemşirelerin, % 43,8’i hasta ve hasta aileleri, % 14,2’si hekimler, % 12,8’i yöneticiler, % 4,9’u çalışma arkadaşları ile çalışma ortamında sorun yaşadıklarını belirtmişler, % 13,7’si böyle bir sorunun bulunmadığını ifade etmişlerdir(tablo 8). Bu bulgular ile analizleri yapılan diğer bazı bulguların örtüştüğü görülmektedir.

Tablo 7. Hemşire Görüşlerine Göre En Çok Stres Yaratan Durumlar

En Çok Stres Yaratan Durumlar(n=226)	Sayı	%
Çalışma şekli ve saatinin sosyal yaşamı etkilemesi	36	15,9
Uyumlu ekip çalışmasının olmaması	37	16,4
Yetersiz ücret	51	22,6
Kreş imkanının kısıtlı olması / olmaması	31	13,7
Ulaşım ile ilgili sorunlar yaşama (Servis aracı yokluğu, uzak mesafe vb.)	11	4,9
Yönetimdeki kişilerle sorunlar yaşama	14	6,2
Malzeme – araç- gereçlerin yetersiz olması	8	3,5
Atama, özlük ve sosyal hakların sınırlı olması	26	11,5
Rol belirsizliği, rol çatışması	12	5,3

Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Ortamında En Çok Sorun Yaşadıkları Grupların Dağılımı

En Çok Sorun Yaşadıkları Gruplar(n=226)	Sayı	%
Çalışma arkadaşları	11	4,9
Yöneticiler	29	12,8
Hasta ve hasta aileleri	35	43,8
Hekimler	32	14,2
Diğer sağlık hizmetleri personeli	14	6,2
Diğer hizmet grupları personeli	10	4,4
Böyle bir sorun yok	31	13,7

4.Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonuç ve önerilerine aşağıda değinilmiştir.

- Hemşirelerin sosyal stres, işle ilgili stres, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres ve fiziki çevreden kaynaklanan stres vericiler nedeniyle orta düzeyde strese sahip oldukları söylenebilir.
- Yapılan bir değerlendirmeye göre hemşirelerin %69,1'inin sosyal stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu, % 52,8'inin işle ilgili stres vericiler açısından hastalık geliştirme ihtimali bulunduğu, %51,1'inin kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu ve %45,9'unun da fiziki çevreden kaynaklanan stres vericiler açısından hastalık geliştirme eğiliminde olduğu belirlenmiştir.
- Yaş ile kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları arasında önemli fark(p=0,016) bulunmuş, “18-25” yaş grubunun puan ortalamasının, diğerlerine kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.
- “Evlü” ve “Boşanmış, eşi ölmüş, eşinden ayrı yaşıyor” olan grubun sosyal stres vericilere ve fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puanlarının diğerlerine kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Meslekten duyulan memnuniyet ile işle ilgili stres vericiler, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericiler, fizik çevreden kaynaklanan stres vericiler, ve genel stres kaynakları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunmuş, meslekten memnun olanların puan ortalamalarının diğerlerine kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür.
- Çocuk sahibi olanların, olmayanlara kıyasla sosyal stres vericilere ve fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Meslekte “5 yıldan az” çalışan grubun kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Klinik ve ameliyathanelerde görev yapan hemşirelerin, işle ilgili stres vericilere, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ve fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere ve stres kaynakları toplamına ilişkin puan ortalamaları, diğer yerlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir.
- Çalışılan bölümden memnun olmayanların işle ilgili stres vericilere, fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere ve genel stres kaynakları toplamına ilişkin puan ortalamaları daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir.
- Haftalık çalışma süresi 40 saatten fazla olanların kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puan ortalamaları daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir.
- Nöbet tutarak görevini sürdüren hemşirelerin işle ilgili stres, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres, fizik çevreden kaynaklanan stres ve genel stres kaynakları stres puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir.
- Çalışma saatlerinden memnun olanların işle ilgili stres, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres, fizik çevreden kaynaklanan stres ve genel stres

kaynakları puan ortalamaları daha düşüktür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir.

- Eş ve ailesinden destek görmeyenlerin sosyal stres ve genel stres kaynakları puan ortalamaları daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemlidir.
- Stresle ilgili olabileceği düşünülen değişkenler açısından yapılan istatistiksel analizde; cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği seçme nedeni, sigara kullanma durumu, alkol alma durumu ve aile bireyleri arasında kronik hastalık bulunup bulunmaması yönünden sosyal stres, işle ilgili stres, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres ve fizik çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin puanlar açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır.
- Hemşireler stres yaratan durumları; % 22,6 ile yetersiz ücret, % 16,4 ile uyumlu ekip çalışmasının olmaması, % 15,9 ile çalışma şekli ve saatinin sosyal yaşamı etkilemesi, % 13,7 ile kreş olanağının kısıtlı olması / olmaması, % 11,5 ile atama, özlük ve sosyal hakların sınırlı olması, % 6,2 ile yönetimdeki kişilerle sorunlar yaşama, %5,3 ile rol belirsizliği, rol çatışması, % 4,9 ile ulaşım ile ilgili sorunlar yaşama, %3,5 ile malzeme – araç- gereçlerin yetersiz olmasını ifade etmişlerdir.
- Hemşirelerin, % 43,8'i hasta ve hasta ailelerini, % 14,2'si hekimleri, % 12,8'i yöneticileri, % 6,2'si diğer sağlık hizmetleri personelini, % 4,9'u çalışma arkadaşlarını strese neden olan kişiler olarak belirtmişlerdir. % 13,7'si böyle bir sorunun bulunmadığını ifade etmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen bulgu ve sonuçlar ile literatürdeki bilgi ve öneriler göz önünde bulundurularak stres düzeyinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülen önerilere aşağıda yer verilmiştir (Güney, 2001).

- ✓ Literatürde stres düzeyinin azaltılması ya da giderilmesine yönelik öneriler bireysel ve örgütsel olarak iki grupta ele alınmaktadır. Bu bağlamda yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme; yürüyüş, egzersiz ve uygun spor; ücretlerin hastane olanakları doğrultusunda artırılması; sertifika programları ve lisansüstü öğrenim olanakları ile kişisel gelişmeye katkı sağlayacak etkinlikler; zaman yönetimi; hobi edinme; düzenli yaşam; uygun tatil olanakları sağlama, gibi bireysel önerilerde bulunulabilir.
- ✓ Danışmanlık ve rehberlik birimleri kurularak, strese neden olan faktörlerin yüz yüze iletişim, toplantılar, şikayet-dilek kutuları, tutum ve iş doyumu araştırmaları vb. gibi yöntemler kullanılarak belirlenmesi sağlanmalı ve çözüm yolları geliştirilmelidir.
- ✓ Meslekten, çalışılan bölümden ve çalışma saatlerinden memnun olanların stres düzeyleri daha düşük bulunduğundan, memnuniyetsizliğin nedenlerini belirlemeye yönelik araştırmalar yapılarak olanaklar ölçüsünde memnuniyeti artırıcı önlemler alınmalıdır. Ayrıca öğrenim yaşamında meslek iyi tanıtılarak, adaylarda ilgi ve istek oluşturulabilir.
- ✓ Hemşirelere "Stres Yönetimi" konusunda periyodik eğitimlerin verilmesi planlanabilir.
- ✓ Araştırmada, hemşirelerin çalışma ortamında en çok sorun yaşadıkları grubun hasta ve aileleri olduğu belirlendiğinden, hemşirelerin hasta yakınları ile iletişimlerini güçlendirici ve bu konudaki yaşadıkları sorunları çözücü eğitim ve önlemler alınması önerilebilir.
- ✓ Mesleğe yeni başlayan hemşirelere streslerini azaltıcı, uyumlarını kolaylaştırıcı, karşılaştıkları sorunlarla başa çıkma yöntemlerini sağlayıcı adaptasyon ve eğitim programları uygulanabilir.
- ✓ Çalışanlar arasında "uyumlu ekip çalışması" yaklaşımının benimsetilerek, başarının ve başarısızlığın sorumluluğunun paylaşılması sağlanabilir.
- ✓ Hemşireler ile, hekimler ve yöneticiler arasındaki ilişkiler gözden geçirilerek, iletişim becerilerinin geliştirilmesiyle, çalışanların kendilerini daha rahat hissedebilecekleri daha güçlü iletişim ortamlarının yaratılması, mesai içinde ve mesai sonrasında idari ve sosyal nitelikli faaliyetler düzenlenmesi sağlanmalı, işteki stresörler azaltılmalı olanaklıysa giderilmelidir.

Kaynaklar

- 1.AKBAL, Y., ÖZER, Y., BALTAŞ, Z. (2001).“Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeyleri ve Stresin Hemşireler Üzerindeki Etkileri ”. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, **5 (2):**70-79.
- 2.AKBAŞ, G. (2007).“Servis Hemşirelerinin Stres ve Motivasyon DüzeylerininBelirlenmesi”.Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 3.AKMAN, S. (2004). “Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar”, *Türk Psikoloji Bülteni*, **10 (34:35):**40-55.
- 4.AKTAŞ, A. M. (2001). “Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi Ve Kişilik Özellikleri”. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, **56(4):**26-42.
- 5.ALANYALI L. K. (2006).“Örgütsel Stres Kaynaklarının İş Tatminine Olan EtkilerininTükenmişlik ve Dinçlik (Coşku) Etkileri Bağlamında İncelenmesi (Uygulamalı Bir Araştırma)”. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- 6.ALTUNTAŞ, E. (2003). “Stres Yönetimi”. İstanbul: Alfa Yayıncılık.
- 7.AŞAN, Ö., AYDIN, E.M. (2006). “Örgütsel Davranış”. Denizli: Arıkan Basım Yayım.
- 8.AVCI, Ö. (2007). “Örgütsel Stres Kaynaklarının Halkla İlişkiler Açısından İncelenmesi”,Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- 9.AYDIN, R., KUTLU, Y. (2001). “Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışma Eğilimi ile İlgili Değişkenler ve İş Doyumunun Çatışma Eğilimi ile Olan İlişisini Belirleme”. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **3(5):**37-45.
- 10.BALCI, A. (2000).”Öğretim Elemanlarının İş Stresi, Kuram ve Uygulamalar”, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- 11.BALTAŞ A., BALTAŞ Z. (2004). “Stres ve Başa Çıkma Yolları”. 22.bs, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- 12.BARUTÇU, E., SERİNKAN, C. (2008). “Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri OlarakTükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma”. *Ege Akademik Bakış*, **8(2):**544-556.
- 13.CÜCELOĞLU, D.(2000). “İnsan ve Davranışı”. 10.bs, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- 14.ÇALIŞKAN, D. ve AKDUR, R. (2001). “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri İle Karşılaşacakları Mesleki Riskler”. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **54(2):** 135-142.
- 15.ÇAM, O. (1999). “Tükenmişlik Üzerine Yapılmış Bir Değerlendirme”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **14(1):** 92.
- 16.ERDOĞAN,T., ÜNSAR, S., SÜT, N. (2009). “Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,**14(2):**450-460.
- 17.ERGUN, G. (2008). “Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Stresin İşgücü Performansıyl Etkileşiminin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- 18.GÜÇLÜ, N. (2001). “Stres Yönetimi” *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **21 (1)**: 91-109.
- 19.GÜNEY, S. (2001). “Yönetim ve Organizasyon”, Ankara: Nobel Yayınları.
- 20.İŞIKHAN, V., ÇÖMEZ, T., DANIŞ, Z. (2003). “Kanser Hastalarıyla Çalışan Sağlık Personelinin İş Stresi ve Başa Çıkma Yöntemleri”, *Sağlık ve Toplum*. **13(4)**:38.
- 21.İMİRLİOĞLU, İ. (2009). “Devlet Hastanelerinde Çalışan Doktorların ve Hemşirelerin Stres Kaynakları ve Stresin Performanslarına Etkilerine İlişkin Görüşleri”. *Verimlilik Dergisi*,**4**:1617.
- 22.KIREL, Ç. (1993). “Örgütsel Stres Yönetimi”. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **11(1-2)**:159-173.
- 23.LAMBERTON, L., MİNOR,L. H., (1995). “Human Relations: Strategeies for Success”. Chicago: Irwin Minor Press,
- 24.NAHAVANDI, A., MALEKZADEH, A. R., (1998). “Organizational Behavior”. Prentice Hall, New Jersey, p:534-536.
- 25.ÖZBAY, E. (2007). “İstanbul İlinde Askeri Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 26.ÖZMUTAF, N. M. (2006). “Örgütlerde insan kaynakları ve stres: Ampirik bir yaklaşım”, *Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi*, **23 (1-2)**: 75-81.
- 27.PAŞA, M. (2007). ”Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri ve Bir Uygulama”, İşletme Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erişim: [<http://www.yök.gov.tr>] Erişim Tarihi: 24.12.2012.
- 28.SABUNCUOĞLU, Z., TÜZ, M. (2001). “Örgütsel Psikoloji”. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- 29.SAĞLAM, Z., (2005). “Acil Servis Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi”.Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 30.SELYE, H. (1955). “Stress and Disease”, *Science*, **122**: 625-631. Aktaran: ÇINAR, O., (2010). “Eğitim ve Sağlık Alanı Çalışanlarının İş Stresi Düzeyleri”. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **9(33)**:101-121, Erişim: <http://www.ulakbim.gov.tr/uvf> Erişim Tarihi: 22.08.2011.
- 31.SELYE, H. (1956). “The Stress of Life”. McGraw.Hill Book Company, Inc: 3-5 (Aktaran: STREN, M., F., ZEMKE,R.,(1990) *Stressiz Satış*. Çev: Cüneyd BAŞBUĞ, Rota Yayınları, İstanbul).
- 32.SENCER, M., IRMAK, Y. (1984). *Toplum Bilimlerinde Yöntem*. 2.bs. İstanbul: Onur Basımevi, s.:661.
- 33.SÖYLEMEZ BAYRAM, G. (2010). “İbn-i Sina Hastanesinde Çalışan hemşirelerin Stres ve Motivasyon Durunları”. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 34.SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU, V., (2010). “Biyostatistik” Hatiboğlu Yayınları: 53, Yükseköğretim Dizisi: 11, 14.bs, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- 35.SÜMBÜLOĞLU, V., SÜMBÜLOĞLU, K., (2000). “Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri” Hatiboğlu Yayınları: 47, Kaynak Kitap Dizisi: 11. 3.bs, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.



- 36.TAYCAN, O. KUTLU, L. ÇİMEN, S. AYDIN, N. (2006). “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **7**:100-108.
- 37.TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O., AKBOLAT, M. (2009). “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”.Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- 38.YAVUZ R., BALCIOĞLU İ., OKTAY M. (2005). “Stres ve Kişilik, Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri”. Sempozyum Dizisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, No: 47, İstanbul.
- 39.YILMAZCAN, N. (1999). “Sağlık İşletmelerinde Stres ve Yönetimi”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE STRES: ÇALIŞANLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ*

Seyfullah İKİNCİ**

ÖZET

Stres yaygın olarak üzüntü, sıkıntı, endişe, gerginlik, kaygı anlamında kullanılan ve çağımızın önemli sorun alanlarından biri olarak kabul edilen bir kavramdır. En temel tanımı ile stres, bedensel ve ruhsal olarak bizi zorlayan tehditler karşısında gösterilen uyum sağlama çabasıdır. Bireylerin zamanlarının büyük bir çoğunluğunu çalışma ortamında geçirdikleri düşünüldüğünde strese maruz kalma olasılığının yükseldiği görülmektedir. Bu durum sadece çalışanın sağlığını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda performansının düşmesine de neden olmaktadır. Strese yol açan faktörler bireysel olabildiği gibi bireyin içinde bulunduğu çevreden de kaynaklanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık sektörü sahip olduğu kendine has özellikleri ile stresin en yoğun olarak yaşandığı sektörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu durum strese bağlı olarak fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasını da beraberinde getirmektedir. Zaman içerisinde belirtilerin artması sağlık çalışanın yaptığı işten soğumasına, hastalanmasına ve veriminin düşmesine neden olmaktadır. Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi, toplumun beklentilerinin karşılanması vb. amaçlara ulaşılması hedeflendiğinde stresle başa çıkma kavramı da önem kazanmaktadır.

Bu düşüncelerden hareketle hazırlanan çalışmada sağlık sektöründe ortaya çıkan stres kavramına, nedenlerine, yansımalarına yer verilmesi ve çalışanların stresle baş etmede başvurdukları yöntemlere ilişkin örneklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sektörün güncel bir sorununa ilişkin geniş bir bakış açısı kazandıracığı öngörülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Stres, stresin nedenleri, sağlık sektörü, stresle baş etme yöntemleri.

* Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ssomunoglu@uludag.edu.tr, ssomunoglu@yahoo.com

** Sağ. Bnb., İzmir Asker Hastanesi, ikinci5535@gmail.com

STRESS IN HEALTH SECTOR: ITS EFFECTS ON THE WORKERS AND COPING METHODS

ABSTRACT

Stress is a concept that refers to sadness, stress, worry, nervousness, and anxiety and it is considered as one of the significant problems of our age. In its simplest definition, stress is the effort to adapt when we face threats that force us physically and mentally. When we consider that individuals spend most of their time in their workplace, it is seen that the probability to be exposed to stress increases. This not only affects the health of workers, but also it decreases their performances. The factors leading to stress may result from the environment of an individual as well as being personal. In this respect, with its particularities, health sector is considered as one of the sectors in which stress is experienced at highest levels. This result in physical, behavioural and psychological symptoms related to stress. An increase in the symptoms over time, causes the health worker to dislike their works, to get ill and to decrease their efficiency. The concept of coping with stress gains importance when we want to achieve some goals such as an increase in the health status of a society, an increase in the quality of health services, to meet the expectations of the society etc.

Based on these ideas, this study aims to include the concept of stress in health sector, its reasons, and its reflections while analysing the examples for the methods applied to cope with by the workers. This study is supposed to provide a wide perspective to a current problem of the sector.

Key Words: *Stress, the reasons for stress, health sector, coping with stress methods.*

1. Giriş

Küreselleşmenin etkisi, teknolojik, ekonomik ve sosyal hayatta yaşanan hızlı değişimler, rekabet ve buna bağlı olarak iş yaşamının yoğunlaşması, stres faktörlerinin ortaya çıkmasına neden olmuş ve stres giderek insanların sağlığını tehdit eden bir unsur haline gelmiştir. Hızlı değişime paralel olarak bireysel özelliklerin, fiziki çalışma koşullarının, örgütün yapısının ve işin niteliğinin değişmesi, ekonomik bunalımın ve gelir adaletsizliğinin ortaya çıkması da çalışma hayatında yaşanan stres üzerinde oldukça etkilidir. Bu gelişmeler sonucunda stres, günümüzün oldukça yaygın sorun alanlarından biri olarak kabul edilmekte ve hemen hemen herkesin stres ile karşı karşıya kaldığına dikkat çekilmektedir (Örücü ve diğerleri, 2011: 1-2).

Sağlık sektörü açısından bakıldığında; bu sektörün kendine has özelliklerinin ön plana çıktığı, yapının karmaşıklığının, ileri teknolojinin, sürekli yaşam ve ölüm düşüncesi ile hareket edilerek hizmet sunulmasının stresin ortaya çıkmasına yol açan faktörler arasında yer aldığı görülmektedir (Ünalın ve diğerleri, 2006).

Sağlık sektöründe temel amacın toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi, toplumun beklentilerinin karşılanması ve memnuniyet seviyesinin yakalanması noktasında odaklandığı düşünüldüğünde ise, doğası gereği yoğun stres yaşanması kaçınılmaz olan bu sektörün, belirlenen amaçlara ulaşılma sürecinde çalışanların stresi ile başa çıkması da büyük önem taşımaktadır.

Bu düşünceler çalışmanın hazırlanmasının temelini oluşturmuştur. Çalışmada, sağlık sektöründe yoğun bir şekilde görülen stres kavramına, nedenlerine, olası yansımalarına yer verilmesi ve çalışanların stresle baş etmede kullandıkları yöntemlere ilişkin uygulamaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sektörün oldukça güncel bir sorununa ilişkin geniş bir bakış açısı kazandıracığı ve bu konuda yürütülecek araştırmalar açısından da faydalı olacağı öngörülmektedir.

2. Sağlık Sektöründe Stres Kavramı ve Nedenleri

Örgütlerin içinde bulunduğu çevrenin hızlı değişimi, yoğun teknoloji kullanımı, artan işsizlik oranı ve çalışma hayatına ilişkin yaşanan belirsizlikler gibi birçok faktör, çalışanların sürekli endişeli, gergin ve hatta saldırgan tavırlar sergilemesine ve stres içinde yaşamasına neden olmaktadır. Gerek bireysel gerekse örgütsel faktörlerden beslenen stres, çalışanların fiziksel ve zihinsel birtakım sağlık sorunları yaşamasını da beraberinde getirmektedir. Stres, çalışanı normal fonksiyonlarını sergilemekten uzaklaştıran, psikolojik durumunu ve fiziksel davranışlarını etkileyen ve değişikliğe sebep olan, işe bağlı etmenlerin sonucunda oluşan psikolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi çalışan, çalışma ortamındaki stres kaynaklarını algılamakta ve tepki vermektedir (Gül, 2007: 319).

Stres kavramı ilk kez 1930’lu yıllarda Hans Selye tarafından ortaya atılmış olup, organizmanın karşılaştığı her türlü değişime karşı vermiş olduğu yaygın tepki olarak tanımlanmıştır. Stresin tıbbi açıdan değerlendirme sürecinde ise, İngiliz Hekim Thomas Churling ile Cerrah Albert Billreth’in isimlerinin yer aldığı görülmektedir. Buna göre Churling ciddi bir yanık vakasından, Billreth ise önemli bir cerrahi girişimden sonra hastaların stres belirtileri gösterdiklerine ilişkin birtakım tespitlerde bulunmuştur. Bu açıdan bakıldığında stres, ciddi sağlık problemi geçiren hastaların maruz kaldıkları bir durum olarak ifade edilmiştir. Bu tanımların dışında stresin; endişe, kuşku, gerginlik, huzursuzluk, korku vb. duyguların bir arada ifade edildiği bir durum olduğu, çalışanların iş verimlerini ve iletişimlerini etkilediği ve organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi sonucunda ortaya çıktığı da literatürde yer alan diğer bilgiler arasındadır (Koç, 2009:3, 5).

Çalışma ortamında görülen stresin kaynakları; bireysel stres kaynakları ve örgütsel stres kaynakları şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bireysel stres kaynakları; çalışanın kendi kişisel yaşamı ile ilgili olup, ölüm, evlilik, boşanma, hastalık, hamilelik gibi faktörleri içermektedir. Örgütsel stres kaynakları ise; iş ile ilgili nedenleri, üstlenilen örgütsel role bağlı nedenleri, kişiler arası ilişkilerden doğan nedenleri ve yaşanan çatışmaları, örgütün yapısına bağlı olarak ortaya çıkan nedenleri ve kariyer gelişimi ile ilgili birtakım faktörleri kapsamaktadır (Arpacı, 2005:3-4). Literatür incelendiğinde stres kaynaklarına ilişkin bir diğer sınıflandırmanın da, strese yol açan ve iş çevresi ile ilgili olan diğer faktörler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu faktörler ise; iş üzerinde çok fazla denetimin olması, iş beklentilerinin yüksek olması, çalışma ortamında yeterli desteğin olmaması, iş yükünün fazlalığı, örgütsel bağlılığın düşük olması, görev ve sorumluluklardaki dengesizlikler ve görevin zorluk derecesi şeklinde sıralanmaktadır (Gül, 2007:319-320).

Sağlık sektörünün kendine has özellikleri, karmaşık yapısı, sahip olunan çalışma koşulları vb. birçok faktör, çalışanların yoğun bir stres yaşamasına ve faaliyetlerini de bu stres ortamında sürdürmesine neden olmaktadır. Sağlık sektörü açısından özellikle enfeksiyon riski ile karşı karşıya kalınması, kullanılan kimyasal ajanlar, radyasyona maruz kalma riski vb. çalışanın sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasını yakından ilgilendiren birçok faktör, stresin temel nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca; açık olmayan görev tanımları, etkili bir liderin olmayışı, yoğun çalışma temposu, yeterince dinlenememe, kaynakların kıtlığı,

hasta ve hasta yakınları ile yaşanan iletişim problemleri ve şiddete maruz kalma, sürekli ölümle yaşam arasında hizmet verme zorunluluğu, maddi açıdan tatminsizlik yaşama, zamanla yarışma vb. gibi faktörler de sağlık sektöründe stresi yükselten diğer faktörler arasındadır (Koç, 2009:31-35).

3. Stresin Olası Yansımaları

Stresin olası yansımalarına bakıldığında, sağlığın en büyük düşmanlarından biri olarak tanımlandığı ve birçok hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğu görülmektedir. Özellikle ağır stres altında kalan kişinin öncelikle ruhsal dengesinin bozulduğu ve çöküntü yaşadığı ifade edilmekte ve hayattan ümidini kesme ve intihar eğiliminde bulunma durumu ile karşı karşıya kaldığına vurgu yapılmakta ve kanser vakalarının da strese bağlı olarak arttığı belirtilmektedir (Koç, 2009:25-26).

Stres, çalışanın verimsizliğine yol açtığı gibi, örgütün verimliliğini de düşürmekte, bununla birlikte iş tatmininin azalmasına ve üretimin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Gül, 2007:321). Stres, hem çalışanların fizyolojik, zihinsel, duygusal ve davranışsal sorunlar yaşamasına, hem de örgütsel problemlerin artmasına yol açan bir durum olarak ifade edilmektedir. **Fizyolojik açıdan yaşanan sorunlar**; çarpıntı olması, ateş basması, baş dönmesi, hazımsızlık, yorgunluk, yüksek tansiyon şeklinde kendini göstermektedir. **Zihinsel ve duygusal sorunlar**; dikkatini toplamakta güçlük çekme, uykusuzluk, endişe, güçsüzlük, hafıza kaybı olarak ortaya çıkmaktadır. **Davranışsal sorunlar** ise; içe kapanma, sigara ve alkol bağımlılığının ortaya çıkması, iştahsızlık, konuşma ve gevşeme güçlükleri şeklinde sıralanmaktadır. Stresin örgütsel açıdan neden olduğu sorunlardan bazıları da; meslek kazalarının artması, sağlık maliyetlerinin yükselmesi, devamsızlık, işgücü kaybı ve işgücü devir hızının yükselmesi (Örücü ve diğerleri; 2011:6), şikâyetlerin ve kavgaların artması, çalışma ahenginin bozulması, kuralların umursanmaması ve üretkenliğin düşmesi şeklinde ifade edilmektedir (Tokmak ve diğerleri, 2011:52).

Literatürde strese yönelik olarak yapılan araştırma örneklerine bakıldığında farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Demirel ve Akça (2008:48,51) tarafından yapılan, Ankara ve Aksaray illerinde bulunan kamuya ait beş hastanenin sağlık çalışanlarını kapsayan araştırma sonucuna göre; sağlık sektörünün doğası gereği stresin yoğun olduğu ve çalışanların özellikle göreve, role, karşılıklı ilişkilere, kurumsal politikalara ve fiziksel ve beşeri koşullara bağlı olarak stres yaşadıkları görülmektedir. Bu tür stres kaynaklarının çalışan ve kurum arasında kurulan duygusal bağlılığı zayıflattığı ifade edilmekte, stres ortamının olmadığı durumda ise, çalışanların güçlü tutum ve eğilimler ile kuruma bağlılık gösterdikleri vurgulanmaktadır.

Somunoğlu ve Ofluoğlu (2012:3013-3017) tarafından Zonguldak'ta yer alan bir kamu hastanesinin çalışanları üzerinde yapılan araştırma ile çalışanların örgütsel stresle karşılaşma durumlarının ve stresin nedenlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışanlar örgütsel strese maruz kaldıklarını ifade etmiş, bunun nedeni olarak da; iş ve iş ortamını, çalışma ortamındaki beşeri ilişkileri, örgütsel rolü, örgütsel yapı ve iklimi gerekçe olarak göstermişlerdir.

Sivas ilinde yer alan çeşitli hastane ve sağlık ocaklarında çalışan personel üzerinde yapılan bir başka araştırma ile sahip olunan çalışma koşullarının yol açtığı strese yönelik olarak, sağlık çalışanlarının görüşlerinin ve algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucuna göre; devlet hastanesinde çalışanların özel hastanede çalışanlara göre daha çok stres

altında olduğu ortaya çıkmış, çalışanların stres düzeylerinin yaşın ve gelir durumunun yükselmesine paralel olarak azaldığı saptanmıştır (Tokmak ve diğerleri, 2011:53, 61).

İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil birimlerinde çalışan asistan doktor, hemşire, ebe ve sağlık memurları üzerinde yapılan bir diğer araştırma ile stresin çalışanlar üzerindeki etkisinin ortaya çıkartılması ve çalışanların vermiş olduğu hizmetin kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucuna göre stresin çalışanların gerek psikolojik gerekse kronik hastalıklarını etkilediği, iş yükü fazlalığı, personel yetersizliği ve mesleki risklere bağlı olarak yaşanan stres düzeyinin yükseldiği ortaya çıkmıştır (Koç, 2009:98).

Somunoğlu ve diğerleri (2013:214,216) tarafından Bursa ve Niğde illerinde bulunan üç farklı hastanede yürütülen araştırma ile çalışanların örgütsel stres yaşamalarına neden olan faktörler ile strese karşı verdikleri tepkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda; çalışanların sırası ile iş ve iş ortamını, üstlenilen örgütsel rolü, kariyer gelişimini, beşeri ilişkileri, örgütsel yapı ve kültürü stresin nedenleri arasında gördükleri sonucuna ulaşmıştır. Çalışanlar ayrıca yoğun strese maruz kaldıklarında; işte görülen hata oranının arttığını, işe yönelik yetersizlik hissettiklerini ve işe gitme isteklerinin de azaldığını ifade etmişlerdir.

Örücü ve diğerleri (2011:10,18) tarafından eğitim ve sağlık sektöründe çalışanların stres düzeylerini ve stresin performans üzerindeki etkisini saptamak ve strese baş etmede kullanılan yöntemleri belirlemek amacı ile yapılan bir diğer araştırma sonucuna göre; sağlık sektöründe çalışanların daha çok strese maruz kaldıkları ve her iki sektörde de yaşanan strese bağlı olarak çalışan performansının etkilendiği ortaya çıkmıştır.

4. Stresle Baş Etme Yöntemleri

Bireylerin yaşadıkları sürece stresten kaçınmaları mümkün olmadığına göre, stresin olası etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik çeşitli yöntemlerin benimsenmesi gerekmektedir. Bu sayede hem stresin olumsuz etkileri azaltılabilecek hem de bedensel ve zihinsel yapının güçlendirilmesi neticesinde strese başa çıkma olasılığı yükselecektir. Bu amaçla kullanılan bireysel stratejilerin; olumlu hayal kurma, egzersiz ve beden hareketleri yapma, davranışsal açıdan kendini kontrol etme, iletişim kurma, gülme, hobi edinme, dışa dönük yaşama, tatil yapma ve iş zenginleştirme tekniklerini kullanma şeklinde sıralanması mümkündür (Erdoğan ve diğerleri, 2009:452-453).

Stresle baş etme yöntemleri sadece uygulanan bireysel stratejiler ile sınırlı olmayıp, örgütsel düzeyde de birtakım önlemlerin alınması gerekmektedir. Buna göre yöneticiler, çalışanlarda strese yol açan stres kaynaklarını iyi bir şekilde analiz etmeli, tanımalı ve bu yönde tedbirler almalıdır (Erdoğan ve diğerleri, 2009:460). Stresin kişiye ve örgüte verdiği olumsuz sonuçların ortadan kaldırılması ve strese başa çıkmak için, örgütsel bazda uygulanacak olan stres yönetimi stratejisinin etkili olacağı ve faydalı sonuçlar vereceği düşünülmektedir. Bu sayede sadece stres kaynaklarını teşhis edip azaltmaya çalışmakla yetinilmeyip, çalışanlarda strese yönelik farkındalık yaratılmasının, stres deneyimi kazandırılmasının, stresin sonuçları hakkında bilgi paylaşımında bulunulmasının ve strese etkili bir şekilde mücadele edilmesinin de mümkün olabileceği düşünülmektedir. Stresle başa çıkmak ve çalışanların yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile kullanılan birtakım stratejilerin olduğu ifade edilmektedir. Bu stratejilerden bazılarının göz atıldığında; bedensel egzersizlerin yapılması, meditasyon, toplumsal destek alma, sosyal ve kültürel etkinliklere katılma, masaj,

zaman yönetimi ve dua etme gibi çeşitli yöntemlerin benimsendiği görülmektedir (Örücü ve diğerleri, 2011:7).

Literatüre bakıldığında stresle baş etme yöntemlerine ilişkin çeşitli araştırmaların olduğu görülmektedir. Buna göre Somunoğlu ve diğerleri (2013:214,217) tarafından Bursa ve Niğde illerinde bulunan üç farklı kamu hastanesinde yürütülen araştırmada çalışanların örgütsel stres ile baş etmede kullandıkları yöntemler incelenmiştir. Çalışanlar stresten kurtulmak için başka şeyle meşgul olduklarını, güvendikleri insanlar ile sorunlarını paylaştıklarını, gerginliklerini azaltabilmek için güzel şeyler düşünmeye gayret ettiklerini ifade etmişlerdir.

Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacı ile Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan bir diğer araştırmanın sonucuna göre; öğrencilerin kendilerini sağlıklı algılamalarının, mesleği sevmelerinin ve okul yaşamından memnun olmalarının iyimser yaklaşım içinde olmalarına katkı sağladığı ifade edilmiştir. Ayrıca öğrencilerin stres ile baş etmelerine yardımcı olunması amacı ile psikolojik danışma hizmetlerinin verilmesinin yararlı olacağı belirtilmiştir (Temel ve diğerleri, 2007:116).

Somunoğlu ve Ofluoğlu (2012:3017-3018) tarafından Zonguldak ilinde yer alan bir kamu hastanesinin çalışanlarının dâhil edildiği araştırma sonucuna göre de; çalışanların stresle baş etmede seçtikleri yöntemler olarak özellikle güvenilen insanlar ile sorunların paylaşılmasının, farklı uğraşılara yönelmenin ve sakin davranmaya çalışılmasının ön plana geçtiği görülmektedir.

Kars ve Artvin devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin stresle baş etmede kullandıkları yöntemlerin neler olduğunun belirlenmesi amacı ile yapılan bir diğer araştırma sonucuna göre de; hemşirelerin yoğun bir şekilde kendine güvenli yaklaşımı ve problem odaklı baş etme yöntemini kullandıkları ortaya çıkmıştır (Kanbay ve Üstün, 2009:155).

5.Tartışma ve Sonuç

Stres günümüzde özellikle modern toplumların karşılaştığı en yaygın problem alanlarından biri olup, stres yaratan faktörlerin bütünü ile ortadan kaldırılması neredeyse imkânsızdır. Çalışma ortamı açısından bakıldığında da bireylerin stresten etkilenmeleri ve strese verdikleri tepkiler birbirinden farklılık göstermektedir. Sağlık sektörü de diğer sektörler ile karşılaştırıldığında stresin en çok yaşandığı sektörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Stresle baş etmede bireylerin kendileri tarafından, egzersiz yapma, sosyal destek alma, farklı uğraşlar edinme vb. kullanılan çeşitli yöntemler olmakla birlikte, örgüt yönetimleri tarafından da stresi ve olumsuz etkilerini azaltıcı bazı önlemlerin alınması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle örgütlerde çatışmaya, rol karmaşasına neden olacak belirsizliğin ortadan kaldırılması için önlemler alınmalı, çalışanlarda strese yönelik farkındalık yaratılmalı, stresle baş etme yöntemleri konusunda çalışanlar desteklenmeli, stresten kaçınmak mümkün olmayacağına göre etkili bir stres yönetimi gerçekleştirilmeli, fiziki çalışma ortamı düzenlenmeli, çalışanların meslek hastalıklarına yakalanmasının önüne geçecek önlemler alınmalıdır.

Stres yaratan faktörlere yönelik alınacak önlemler ve stresle baş etmede kullanılan yöntemlerin geliştirilmesi ile sadece çalışanların sağlığının stresten olumsuz yönde

etkilenmesinin önüne geçilmekle kalınmayacak, aynı zamanda çalışanların verimliliklerinin ve performanslarının düşmesine yol açacak olumsuz koşulların da ortadan kaldırılabilmesi mümkün olacaktır. Bu sayede stresin yoğun bir biçimde yaşandığı sektörlerden biri olan sağlık sektöründe, toplumun sağlık seviyesinin iyileştirilmesine ve sunulan hizmetin kalitesinin yükseltilmesine yönelik girişimlerin aksamadan yürütülmesinin önünün açılacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. ARPACI, Fatma (2005), Sekreterlerin Çalıştıkları Yöneticinin Kademesine Göre Stres Kaynaklarının İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, 17, s.1-17.
2. DEMİREL, Yavuz ve Figen Akça (2008), İşe Bağlı Stresin Duygusal Bağlılık Üzerine Etkisi: Sağlık Sektörü Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma, İletişim Fakültesi Dergisi, 33, s.43-55.
3. ERDOĞAN Tolga, Sinan Ünsar, Necdet Süt (2009), Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 14(2):447-461.
4. GÜL, Hasan (2007), İş Stresi, Örgütsel Sağlık ve Performans Arasındaki İlişkiler: Bir Alan Araştırması, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Aralık, s.318-332.
5. KANBAY Yalçın ve Betsi Üstün (2009), Kars ve Artvin illerinde Hemşirelerin İş Ortamı ile İlgili Stresörleri ve Kullandıkları Baş etme Yöntemlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Meslek Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4):155-161.
6. KOÇ, Şerife Rahşan (2009), Sağlık Çalışanlarında İş Stresi (Acil Servis Örneği), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
7. ÖRÜCÜ, Edip, Recep Kılıç ve Adem Ergül (2011), Çalışma Yaşamında Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri: Eğitim ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma, Akademik Bakış Dergisi, 26 Eylül-Ekim, s.1-19.
8. SOMUNOĞLU, Sinem, Gökhan Ofluoğlu (2012), A Study Aimed at Psycho-Social Factors which Cause Organizational Stress and the Methods of Coping with Stress Among the Workers in the Healthcare Sector, HealthMED, 6(9), p.3012-3019.
9. SOMUNOĞLU, Sinem, Barış Kara, Yaşar Bilgi, Zübeyir Turan (2013), Organizational Stress in Health Sector: Causal Factors, the Responses and Determining the Coping Methods with Stress, International Journal of Medical Investigation, 2(4), p.213-218.
10. TEMEL, Emine, Aynur Bahar, Dönü Çuhadar (2007), Öğrenci Hemşirelerin Stresle Baş Etme Tarzları ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5):107-118.
11. TOKMAK, Cüneyt, Çetin Kaplan, Fatih Türkmen (2011) İş Koşullarının Sağlık Çalışanlarında Yol Açtığı Stres Üzerine Sivas'ta Bir Araştırma, İşletme Araştırmaları Dergisi, 3(1):49-68.
12. ÜNALAN, Demet, Fevziye Çetinkaya, Özcan Özyurt, Aydemir Kayabaşı (2006), Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(1),s.1-18.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ZAMAN YÖNETİMİ BECERİLERİNİN İŞ STRESİ ÜZERİNE ETKİSİ

*Yasemin KESKİN**

*Ergün HASGÜL***

ÖZET

Çalışma yaşamı insanların vakitlerinin büyük bir bölümünü ayırdıkları zaman dilimidir. Günümüzde teknoloji ve bilimin hızlı değişim ve gelişme göstermesi iş hayatının daha karmaşık hale gelmesine ve sağlık çalışanlarını, sınırlı bir zamanda pek çok işi bir arada yapmak durumunda bırakmıştır. Zaman yönetimi konusunda iyi bir beceriye sahip olan bireylerin, iş yaşamlarında zamanı etkin kullandığı ve verdiği hizmetin verimini ve kalitesini arttırdığı bilinmektedir. Zaman baskısı ve iş stresi ise sağlık çalışanlarının verimliliğini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca şuna kadar yapılan çalışmalarda zaman yönetimi becerileri ile iş stresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç olduğu görülmüştür. Zaman yönetimini doğru bir şekilde yapabilen sağlık çalışanlarının çalıştıkları süre boyunca daha etkili ve tatmin edici hizmet verdikleri görülmüştür. Bu amaçla, bu çalışma sağlık sektöründe hizmet veren hastane çalışanlarının zaman yönetimi becerilerinin, iş stresi üzerindeki etkisini ortaya koymak ve zaman yönetimi konusunda öneriler getirmek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada, Tosya Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında, zaman yönetimi ölçeği (ZYÖ) ve iş stresi ölçeği (İSÖ) kullanılmıştır. İyi uygulanan zaman yönetimi tüm organizasyonların planlanan hedefe daha kısa zamanda ulaşmasına aynı zamanda işten kaynaklı stres düzeyinin de azalmasına önemli katkı sağlamıştır. Sağlık çalışanlarının zaman planlama konusunda ve stres yönetimi ile ilgili sıkıntılar yaşadığı ve konuyla ilgili kendilerini daha çok geliştirmeye ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Bu nedenle kurumların ve sağlık yöneticilerinin başarısı açısından tüm çalışanların stres ve zaman yönetimi konusunda kurs, seminer veya hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Zaman yönetimi, iş stresi, sağlık çalışanları

* Öğr. Gör., Kastamonu Üniversitesi, Tosya Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, ykeskin@kastamonu.edu.tr

** Öğr. Gör., Kastamonu Üniversitesi, Tosya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, ehasgul@kastamonu.edu.tr

THE EFFECT OF TIME-MANAGEMENT SKILLS OF HEALTH WORKERS ON WORK STRESS

ABSTRACT

Working life of the people of their time they can dedicate a large portion of time. Today's rapid changes and developments in technology and science of show business life and health workers to become more complex, limited to one job at a time has forced many. About having a good time-management skills of individuals, the effective use of time in business life and increase the efficiency and quality of the service is known. Time pressure and job stress negatively affects the efficiency of the health care workers. Also, until now, studies of job stress with time management skills result was found to be statistically significant. Time management of health care workers who can correctly during their work more effectively and were found to be satisfactory services. For this purpose, this study of hospital employees in the health sector serving time management skills, reveals the impact on job stress and time management in order to bring about the recommendations were made. In this study, conducted as a descriptive Tosya health professionals working at the State Hospital were included in the study. In the data collection, time management scale (TMS) and job stress scale (JSS) is used. When implemented good management of the entire organization in a shorter time to reach the planned destination at the same time the level of work-related stress has contributed significantly to the reduction of. Health workers on time and stress management in planning and related hardships experienced themselves were found to be more in need of improvement. Therefore, managers of institutions and health of all employees in terms of success on stress and time management courses, seminars or in-service training should be provided.

Key Words: *time management, job stress and health care workers.*

1. Giriş

Günümüzde, bilim ve teknolojinin hızlı değişim ve gelişim göstermesi iş hayatının daha karmaşık hale gelmesine ve sağlık çalışanlarını, sınırlı zamanda pek çok işi bir arada yapmak durumunda bırakmıştır. Zaman kavramı, kişinin üstün bir performans sergileyerek artılabileceği bir kaynak değildir. Bilgi toplumunun teknolojik olanakları, çalışma hayatının niteliğini artırmanın yanında sınırlı zamanda yapılan faaliyetlerin kaliteli olmasını da beraberinde getirdiği için, yeni sorunların kaynağını da oluşturmaktadır. Bu durum, çalışanları tedirginliğe, endişeye, korku ve gerilime düşürmekte ve giderek artan bir oranda stresle karşı karşıya getirmektedir (Erdem, 1998:101. Sökmen, 2012: 127). Genel olarak zaman yönetimi konusundaki literatür incelendiğinde anlık zaman kullanımına ağırlık vermekte, stres ise tamamen bir dış çevre faktörü olarak ele alınmaktadır (Delargy ve Chatten, 2005: 32).

Zamanı iyi yönetememekten kaynaklanan stresin çalışanlar ve kurum üzerinde bazı etkileri bulunmaktadır. Stres kişiyi fiziksel ve ruhsal olarak etkileyerek işten uzaklaşmasına ve kaçmasına neden olmaktadır. Kişi genellikle probleme çözüm aramak yerine, geçici

önlemler almaktadır (Delargy ve Chatten, 2005: 33). Berglas’a göre zamanını iyi yönetemeyen 4 tip çalışan bulunmaktadır: Mükemmeliyetçiler, bir işi bitirmeden diğerine başlayanlar, çevrelerini memnun etmeye çalışanlar ve işi geciktirenler (Berglas, 2004: 90). Zamanını iyi kullanamayanlar öncelikli işleri belirleyemediklerini ve oto kontrollerini yitirdiklerini düşünmekte ve sonuç olarak işe odaklanamamaktadırlar. İş zamanında bitirememek de kişinin özgüvenini yitirmesine neden olmaktadır. Bu durumun devam etmesi durumunda üretkenlik ve performans negatif yönde etkilenmektedir.

Stresin örgüt üzerindeki olumsuz etkileri ise kendini çalışanların işe gelmemeleri (absence) ve işten ayrılma (turnover) hızının artması, verilen hizmetin kalitesinde düşme biçiminde göstermektedir. Sonuç olarak örgütün etkililiği azalmaktadır. Örgütün etkililiğinin azalması da çeşitli iş süreçlerinin tamamlanma sürelerinin uzamasına neden olmaktadır (Delargy ve Chatten, 2005: 33). Stresin örgüt üzerindeki etkileri tek bir çalışan üzerindeki etkilerinden daha belirgin olmaktadır.

Kuruluşların (kamu kuruluşları, özel sektör ya da sivil toplum kuruluşları gibi) ayakta kalabilmeleri, kaliteli sağlık bakım hizmeti vermeleri, bunun ötesinde gelişebilmeleri için stresin ve stresin yol açtığı olumsuz sonuçların üstesinden gelmeleri gerekmektedir (Özmutaf, 2006: 76). Bir noktaya kadar pozitif stres, insan kaynakları açısından heyecan verici olarak bireysel ve örgütsel performans artışına neden olabilmektedir. Ancak stresin aşırı, sürekli ve yoldırıcı olması performans açısından örgüte ve insan kaynaklarına olumsuz bir süreci yaşatabilmektedir (Barutçugil, 2006: 245).

Sonuç olarak, istenilen nitelikte sağlık hizmeti verilebilmesi bu hizmeti sunanların niteliği ile yakından ilişkilidir. Çalışanların yaşama ve çalışma koşullarına ilişkin stresle ilgili yaşanan sorunların giderilmesi sağlık hizmetlerinin aksaklıklarının azaltılması açısından önemlidir. Zaman yönetimi konusunda iyi bir beceriye sahip olan bireylerin iş yaşamlarında zamanı etkin kullandığı ve verdiği hizmetin verimini ve kalitesini arttırdığı bilinmektedir. Zaman baskısı ve iş stresi ise sağlık çalışanlarının verimliliğini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca şuna kadar yapılan çalışmalarda zaman yönetimi becerileri ile iş stresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç olduğu görülmüştür. Zaman yönetimini doğru bir şekilde yapabilen sağlık çalışanlarının çalıştıkları süre boyunca daha etkili ve tatmin edici hizmet verdikleri görülmüştür. Bu amaçla, bu çalışma sağlık sektöründe hizmet veren hastane çalışanlarının zaman yönetimi becerilerinin, iş stresi üzerindeki etkisini ortaya koymak ve zaman yönetimi konusunda öneriler getirmek amacıyla yapılmıştır.

1.1. Zaman Yönetimi Kavramı ve Önemi

Zaman yönetimi, amaçlara ve hedeflere ulaşmada önemli bir kaynak olan zamanı verimli kullanma çabasıdır. Zaman yönetimi, sabit bir akış seyri olan gerçek zamanın yönetilmesi değildir; kendimizi zaman içinde yönetebilmektir. Zaman yönetimi, kıt olan ve her iş ve etkinliğin yapılmasının zorunlu unsuru olan zamana olabildiğince fazla iş ve etkinlik sığdırmaktır. Kısaca zaman yönetimi, belli bir zaman diliminde iş ve etkinliğin yönetimi becerisidir (Tengilimoğlu vd., 2003). Zamanı iyi yönetebilmek kişisel beceri ve kararlılık

gerektirir. Yaşanan her dakika bir servet değerindedir. Bu nedenle, verimlilik sağlamak için zamanı bir plan dahilinde ekonomik olarak kullanmak gerekir.

Zaman yönetimi, sabit bir akış seyri olan gerçek zamanın yönetilmesi değildir; kendimizi zaman içinde yönetebilmektir. Zaman yönetimiyle birey, tıpkı kaliteye hakim olduğu gibi zamana da hakim olabilmekte ve zamanının ona hakim olmasını önleyebilmektedir. Kısaca, belli bir zaman dilimi içinde iş ve etkinliğin yönetimidir. Paşa (2001)'ya göre zaman yönetiminde, diğer kaynakların yönetiminde olduğu gibi analizlerden ve planlamadan yararlanmak gerekmektedir. Zaman yönetimi ilkelerini anlamak ve uygulamak için yalnızca zamanın nasıl kullanılacağını bilmek yetmez. Zamanı akıllıca kullanırken ne gibi sorunlarla karşılaşılacağını ve bunların nedenlerinin de bilinmesi gerekir. Bu temelden hareketle daha iyi bir zaman yönetimi aracılığıyla birey, etkinliğini ve bu konuda başarısını geliştirmeyi öğrenir.

Zaman herkesin eşit şekilde sahip olduğu tek şeydir. Ancak çok az sayıda birey için yeterlidir. Dolayısıyla zaman yönetiminde sorun, zamanın kısalığı ya da yapılması gereken işlerin sayıca çokluğu nedeniyle daha fazla zamana ihtiyaç hissedilmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, sorun zamanın kendisinde değil, bireylerin mevcut zamanlarını nasıl kullandıklarında ve bu zamanda neler başarabildiklerindedir (Akgemci vd., 2003). Sonuç olarak zaman yönetimi; zaman nasıl etkin kullanılır, neler yapılmalı, neler yapılmamalı, öncelikler neler olmalı, zaman kaybettirenlerin önüne nasıl geçmeli sorularına yanıt arayan bir alt disiplindir (Fidan vd, 2005: 114).

Zaman yönetiminde üzerinde önemle durulması gereken üç konu bulunmaktadır. Birincisi, herhangi bir işin yapılmasının ertelenmesini önlemeye yönelik tedbirlerdir. İkincisi, bireysel verimi arttırmaya yardımcı olan değer yargılarını kazanmak ve bu konuda olumlu tutumlar geliştirebilmektir. Sonuncusu ise, zaman kullanımında bireye yararlı olan teknik ve görüşlerdir (Akgemci vd. 2003: 35). Süreç olarak zaman yönetimi ise belli başlı sekiz aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar sırasıyla; zaman kullanım analizi, zaman problemlerini tanımlama, kendini tanımlama, amaçları ve öncelikleri belirleme, program hedeflerini uygulamada planlarına aktarma, günlük program ve rehberler hazırlama, zaman yönetimi tekniklerini geliştirme ve sürecin işlenmesi şeklindedir.

Zaman kullanım analizi: Zaman yönetimi sürecinin ilk aşaması, zamanın nereye harcandığını belirlemektir. Çok az birey zamanı nasıl kullandığı konusunda net bir görüşe sahiptir. Çoğunlukla bireyler, ne yaptıklarının ve ne kadar zamanda yaptıklarının bilincinde olduklarını zannetmektedirler. Bireylerin zamanlarını en iyi şekilde yönetebilmeleri, gerçekte zamanlarını nereye ve nasıl harcadıklarını ortaya çıkarmalarına bağlıdır (Akgemci vd. 2003: 37).

Zaman problemlerini tanımlama: Zaman yönetimi sürecinin ikinci aşaması, zaman kaybına neden olan problemlerin belirlenmesidir. Bu aşamada, hiçbir sonuç getirilmeden sadece zaman israfına neden olan faaliyetler tespit edilip mümkün olduğunca bunların ortadan kaldırılmasına çalışılmaktadır. Zaman kaybına neden olan faaliyetlerin tespiti ise, zaman

kayıtlarında yer alan faaliyetlerin gözden geçirilmesiyle mümkün olabilmektedir (Akgemci vd. 2003: 37).

Kendini tanımlama: Zaman yönetimi sürecinin üçüncü aşaması, bireyin kendisini tanımasıyla ilgilidir. Bireyin kendini tanıması ancak kendini değerlendirmesiyle mümkün olacaktır. Bireyin kendi yeteneklerini ve becerilerini değerlendirmesi, zaman kaybına neden olan davranışlardan uzaklaşması ve böylece mevcut zaman üzerinde kontrolün sağlanması açısından önemli olmaktadır (Akgemci vd. 2003: 38).

Amaç ve Öncelikleri Belirleme: Amaçlara ve bu amaçlara ulaştıracak ara amaçlar olarak nitelendirilebilecek hedeflerin belirlenmesi, önceliklerin saptanması, zaman yönetimi sürecinin dördüncü aşamasını oluşturmaktadır. Bu aşamada sırasıyla; amaçlar belirlenmekte, bu amaçlara ulaştıracak hedefler saptanmakta, öncelikli hedefler belirlenmekte ve bu hedeflere ulaşmak için yapılması gereken işler tespit edilmektedir. Ayrıca bu aşamada işlerin etkin ve verimli bir şekilde yapılıp yapılmadığının kontrolü için ölçülebilir sonuçlar belirlenmektedir (Akgemci vd. 2003: 38).

Program Hedeflerini Uygulama Planlarına Aktarma: Amaç ve hedeflere ulaşmanın tek yolu bunların gerektirdiği çabayı göstermektir. Faaliyetlere bir yön ve kesinlik kazandırmak için çabaların belirlenen hedeflere ulaşmak üzere planlanması gerekmektedir (Akgemci vd. 2003: 39).

Günlük Programlar ve Rehberler Hazırlama: Zaman yönetimi sürecinin altıncı aşamasında, temel faaliyet niteliğindeki planlardan hareketle kısa dönemli planlar ve programlar hazırlanmaktadır. Kısa dönemli planlama ve programlama iki önemli adımı içermektedir. Birinci adım haftalık bir süreyi kapsayan planlama yapılması, ikinci olarak da bu haftalık plandan hareketle günlük faaliyet planı hazırlamaktır (Akgemci vd. 2003: 39).

Zaman Yönetimi Tekniklerini Geliştirme: Zaman kaybına yol açan kişisel ve çevresel problemlerin üstesinden gelebilmek için geliştirilecek teknikler bu aşamanın konusunu teşkil etmektedir. Zamanın etkin ve verimli bir şekilde kullanımı, büyük ölçüde zaman israfına neden olan kesintiler, ertelemeler, plansızlık, etkin olmayan toplantılar gibi zaman tüketicilerinin en aza indirilmesini ya da ortadan kaldırılmasını gerektirmektedir (Akgemci vd. 2003: 40).

Sürecin İzlenmesi ve Yeniden Analiz: Zaman yönetimi süreci döngüsünü tamamlayan sekizinci aşama, sürecin izlenmesi ve yeniden analizidir. Bu aşamada zaman yönetimi programı, hem uygulama sırasında hem de uygulamadan sonra, takip edilerek, istenilen değişikliklerin gerçekleştirilmesine çalışılmaktadır. Bunun için faaliyetlerin değerlendirilmesi ve sonuçların tespit edilmesi gerekmektedir (Akgemci vd. 2003: 40).

1.2 Stres Yönetimi Kavramı ve Önemi

İlk olarak 1930’da Hans Selye tarafından ortaya atılan stres kavramı ‘bireyin herhangi bir fiziksel psikolojik uyarıcı karşısındaki gerekli uyumu sağlayabilmek için ruhsal ve bedensel olarak harekete geçmesi, tepki göstermesi’ olarak tanımlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş 2004, Eren 2004).

Çalışma yaşamı pek çok stres kaynağının bulunduğu, kişilerin yoğun kaygılar yaşadıkları bir ortamdır. İşyerlerinde yaşanan stresin toplumsal koşullarla ilgili boyutları olduğu kadar, işin kendisinden kaynaklanan boyutları da vardır. İş yerlerinde gerek sosyal gerekse işe özgü boyutların bütün çalışanlar üzerinde aynı etkiyi yapması da düşündürücüdür. Aynı işyerinde çalışanların bir bölümü benzer koşullardan daha az etkilenirken bir bölümü de daha fazla olumsuz etkilenebilir. Bu durum, bulunulan iş ortamındaki stresi arttırabilmekte, aynı ortamda çalışan kişiler arasında benzer stres kaynakları her bir sağlık çalışanı tarafından farklı algılanabilmektedir. Kişilerin stresle baş etme becerileri kişisel özelliklerine, iş hayatındaki deneyimlerine ve başa çıkma mekanizmalarına göre değişebilmektedir. Bu nedenle stresle ilgili geniş toplumsal koşullara, organizasyon ya da kurumla ilgili boyutlara bireyin baş etme potansiyeli ya da toleransı da katıldığında konunun çok boyutluluğu dikkati çekmektedir (Aktaş, 1996, Eren, 2004). Sağlık personelinin öncelikle kendi bireysel sağlığının korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesi verdikleri hizmetin amacına ulaşmasının temel koşuludur.

Sağlık alanındaki çalışma ortamlarında iş stresi nedenleri; sağlık bakım yaklaşımları ve organizasyon değişiklikleri sonunda ortaya çıkan yeni uygulama ve beklentiler, çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması, kişilerarası ilişki sorunları, kısa zamanda birden fazla işi tamamlamak zorunda olma, yoğun bakım gerektiren veya ölmek üzere olan hasta ile çalışma olarak sıralanabilmektedir (Ceylan ve Ulutürk, 2006). Sağlık hizmeti verilen çalışma ortamı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi, hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer çalışma alanlarına göre iş stresinin daha fazla yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (Bowell, 1992). Ayrıca, sağlık personelleri iş çevresi ve işin doğası gereği strese karşı daha savunmasızdır. Sağlık hizmetleri ve bakım verenler, beklentiler ile bu beklentileri karşılayacak kaynak arasındaki dengesizlikten dolayı stresten oldukça yüksek düzeyde etkilenen bir meslek grubu üyeleridir (Norfolk, 1989).

Stresle başa çıkma ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla stres yaratan durumu veya duruma verilen tepkilerin değiştirilmesine stres yönetimi olarak tanımlanmaktadır (Pehlivan, 1996). Stresle başa çıkmada bireysel olarak kullanılan bazı yöntemlerin, çok önemli etkileri bulunmaktadır. Bu yöntemlerin ortak yönü, hemen hemen tümünün kişisel alışkanlıklar ile fiziksel, psikolojik ve davranışsal yapıların kontrol altına alınmasını öngörmesidir. Böylece bedende başlayan ve zararlı olan stres tepkisine karşı önlemler alınarak etkisiz bırakılmaya çalışılmaktadır. Bireysel olarak stresle başa çıkmada, bedensel hareketler (egzersiz vs.), solunum egzersizi, meditasyon, gevşeme, beslenme ve diyet, toplumsal destek alma, sosyal,

kültürel ve sportif etkinliklere katılma, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi yöntemlerin yararlı olabileceği belirtilmektedir (Pehlivan, 1995).

İş stresiyle başa çıkmada bireysel stratejilerin yanı sıra kurumsal stratejiler de bulunmaktadır. Örgütsel stresin azaltılmasında kullanılacak genel stratejiler arasında: destekleyici örgütsel hava yaratmak, işin zenginleştirilmesi, örgütsel rollerin belirlenmesi ve çatışmaların azaltılması, mesleğin gelişim yollarının planlanması ve danışmanlık, iş yerinde neşeli bir ortam yaratmak, zaman yönetim becerisi kazanmak gibi yöntemler sayılabilmektedir (Pehlivan, 2000, Erdoğan 1999).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, sağlık sektöründe hizmet veren hastane çalışanlarının zaman yönetimi becerilerinin, iş stresi üzerindeki etkisini ortaya koymayı ve zaman yönetimi konusunda öneriler getirmeyi amaçlamaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini, Tosya Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için Kastamonu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izin alınmış ve bu hastaneden 100 sağlık çalışanı araştırma kapsamına alınmıştır. Hastane çalışanları hekim, hemşire, idari personel ve diğer sağlık personelinde oluşmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplamak amacıyla zaman ve maliyet tasarrufu sağlanması nedeniyle anket yöntemi kullanılmıştır. Anket, sosyodemografik faktörlerin yer aldığı kişisel bilgi formu, zaman yönetimi ve iş stresi ölçeği olmak üzere üç ayrı bölümden oluşmaktadır.

Sağlık çalışanlarının zaman yönetimi becerilerini ortaya koymak için kullanılan Zaman Yönetimi Envanteri (ZYE), daha önce başka bir çalışmada kullanılmış olup, araştırma kapsamı doğrultusunda bazı değişiklikler yapılmıştır. İş stres düzeyini belirlemek için ise, J.R. Rizzo, R. J. House ve I.S Lirtzman tarafından 1981 yılında geliştirilen, yüksek lisans tezi olarak Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji bölümü'nde S. Güngör tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılan “İş Stresi Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeğin amacı, stresi algılamının temel noktalarını ve stresle başa çıkma yollarını araştırmaktır.

2.3. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Zaman yönetim ile ilgili alt boyutlar 3 adettir. İlk boyut “Zaman tuzakları” (zamanın etkin kullanımını engelleyen faktörler)dir. İkinci boyut “Zamanı etkin kullanma yöntemleri”dir. Üçüncü boyut ise “Zaman yönetimi kavramı”dır. Zaman yönetim anket formunun güvenilirliği için iç tutarlık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır (.878). Ayrıca, anket formunda yer alan soruların olumlu ve olumsuz tutumları ayırt etme gücü madde analizi yapılarak incelenmiştir. Bu amaçla madde puanları arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır.

Araştırma verilerinin kullanılması amacıyla kullanılan iş stresi ölçeği 17 maddeden oluşmaktadır. Gerekli izinlerin alınması sürecinde Kastamonu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği tarafından 7 maddenin uygun bulunmadığı araştırmacılara bildirilmiş ve

araştırmacılar bu maddeleri ölçekten çıkartmışlardır. Zaman yönetim ölçeğinin faktör analizinde yük değerlerinin 0.45 ve üstü olası önerilmekle birlikte bu uygulamada 0.30 yük değeri alt sınır olarak kabul edilmiştir. Bu değer üstünde olan sorular seçilmiş, bu değer altında kalanlar ise anket formunun kapsamı dışında bırakılmıştır (Köklü ve Büyüköztürk 2000, Büyüköztürk 2002). Buna göre ankete 7 madde ile devam edilmiştir. İş stresi anket formunun güvenilirliği için iç tutarlık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır (.795). İş stresi ile ilgili alt boyutlar 3 adettir. İlk boyut “İş rolü belirsizliği”dir. İkinci boyut “İş rolü uyumsuzluğu”dur. Üçüncü boyut ise “İş rolü yükü”dür. Değişkenler arasında fark olup olmadığını ve anlamlılık düzeyini test amacıyla değişkenlerin özelliklerine göre t- testi ve tek yönlü varyans analizi, değişkenler arasındaki etkileşimi belirlemek için Fisher’in LSD testi yapılmıştır. Elde edilen nicel bilgiler SPSS 16 paket yazılım programı yardımıyla çözümlenmiştir. İstatistiklerde .05, .01 ve .001 düzeyinde anlamlılık kabul edilmiştir.

3. Bulgular ve Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara, zaman yönetimi becerilerine ilişkin bulgulara ve iş stresine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca zaman yönetim becerileri ve iş stresi arasındaki ilişkiye; sosyo-demografik bulguların, zaman yönetim becerileri ve iş stresi arasındaki ilişkiye t-testi ve ANOVA sonuçlarına ve standart sapmalarına değinilmiştir. Araştırma için sağlık sektöründe çalışanların zaman yönetimi becerileri ve iş stresi özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülen sosyo-demografik bilgiler toplanmıştır. Bu bilgiler içerisinde yaş, çalışma süresi, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği ve çalışma şekline ilişkin sorular bulunmaktadır.

3.1 Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının üçte biri (%36) 31 ile 40 yaş grubunda, %58’si erkek, 63’ü evli, %32’sinin çalışma hayatlarının ilk 5 yılı içerisinde olduğu, %43’ünün eğitim durumunun Lisans veya lisansüstü, %53 ‘ünün ise sadece gündüz çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Özellik	n	%
Yaş		
20-25	16	16
26-30	22	22
31-40	36	36
41-50	18	18
51-64	8	8
Cinsiyet		
Kız	58	58
Erkek	42	42
Medeni durum		
Evli	63	63
Bekar	37	37
Çalışma süresi (yıl)		
0-5	32	32
6-10	26	26
11-15	13	13
16-20	9	9
21-25	9	9
25 ve üzeri	11	11
Eğitim durumu		
Lise	20	20
Önlisans	37	37
Lisans/Lisansüstü	43	43
Çalışma Şekli		
Nöbet/ Vardiya	30	30
Sadece Gündüz	53	53
Hem gündüz hem nöbet	17	17

Araştırmaya katılanların, yarısına yakını (%40) Hemşire’, %22’si Memur, %12’si Sağlık Memuru, %5’i Ebe, %5’i Acil Tıp Teknisyeni, %5’i Doktor, %4’ü Laboratuvar Teknisyeni, %3’ü Diş Hekimi, %2’si Diyetisyen ve %2’si Anestezi Teknikeri olduğunu belirtmiştir.

3.2 Sağlık Çalışanlarının Zaman Yönetimi Becerilerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde sağlık çalışanlarının zaman yönetimi becerileri üç faktör altında toplanmıştır. İlk faktör “Zaman Tuzakları (zamanın etkin kullanımını engelleyen faktörler)”dır. Bu faktörde sağlık çalışanlarının zamanı etkin bir şekilde kullanımında karşılaştıkları zorluklar ve engelleyici faktörlere değinilmiştir. İkinci faktör “Zamanı Etkin Kullanma Yöntemleri”dir. Bu faktörde sağlık çalışanlarının zamanı etkin kullanma yöntemlerinden hangilerini kullandıkları belirlenmeye çalışılır. Üçüncü faktör ise “Zaman Yönetimi Kavramı”dır. Bu faktörde sağlık çalışanlarının zaman yönetimi kavramı ve teknikleri hakkında bilgilerini belirlemek amaçlanmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre zaman yönetim becerileri puan ortalaması

Özellik	Zaman Yönetimi Puan Ortalaması
Yaş	
20-25	70.50
26-30	69.95
31-40	67.36
41-50	62.61
51-64	64.50
Cinsiyet	
Kız	69.48
Erkek	64.40
Medeni durum	
Evli	67.68
Bekar	66.78
Çalışma süresi (yıl)	
0-5	70.16
6-10	67.69
11-15	66.69
16-20	66.67
21-25	60.44
25 ve üzeri	65.36
Eğitim durumu	
Lise	67.00
Önlisans	68.92
Lisans/Lisansüstü	66.16
Çalışma Şekli	
Nöbet/ Vardiya	63.50
Sadece Gündüz	68.41
Hem gündüz hem nöbet	70.82

Yaş değişkeni ile zaman yönetimi (ZY) puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde: Araştırmaya katılan 20 ile 25 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının en yüksek zaman yönetimi puan ortalamasına (70.50) sahip olurken, 41 ile 50 yaş arasındakilerin (62.61) en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgulara bakıldığında sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinde olduğu gibi, yaşları arttıkça zaman yönetim puan ortalamaları da düşmektedir (Tablo 2).

Cinsiyet değişkeni ile ZY puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, göre: Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının zaman yönetim puan ortalamalarının (69.48), erkek sağlık çalışanlarının zaman yönetim puan ortalamalarından (64.40) daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Medeni durum değişkeni ile ZY puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, ZY puan ortalamalarına göre: Araştırmaya katılan evli sağlık çalışanlarının zaman yönetimi puan ortalamaları (67.68), bekâr sağlık çalışanlarının zaman yönetimi puan ortalamalarından (66.78) daha yüksektir (Tablo 2).

Çalışma süresi değişkeni ile ZY puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde: Araştırmaya kapsamına alınan ve mesleki hayatlarının ilk 5 yılı içerisinde olan sağlık çalışanlarının en yüksek zaman yönetimi puan ortalamalarına (70.16) sahipken, 21 ile 25 yıl arasında çalışanların en düşük ZY puan ortalamasına (60.44) sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre çalışma süresi arttıkça zaman yönetim puan ortalaması da düşmektedir (Tablo 2).

Eğitim durumu değişkeni ile ZY puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde: Araştırmaya katılan Önlisans mezunu sağlık çalışanlarının en yüksek zaman yönetimi puan ortalamalarına (68.92) sahipken, Lisans/Lisansüstü eğitim görenlerin ise en düşük ZY puan ortalamasına (66.16) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Çalışma şekli değişkeni ile ZY puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde: Araştırmaya katılan ve hem gündüz hem nöbet usulü çalışan sağlık çalışanlarının en yüksek zaman yönetimi puan ortalamalarına (70.82) sahipken, Nöbet/Vardiya usulü çalışanların ise en düşük ZY puan ortalamasına (63.50) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 2). Zaman Yönetimi alt faktörlerinden “Zaman Tuzakları” faktörü ile çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre meslek hayatının ilk 5 yılı içinde olan sağlık çalışanları ile 21 ile 25 yıl arasında olanlar arasında ($p=.043$) olduğu için anlamlı bir ilişki görülmektedir.

Meslek değişkeni ile ZY puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, zaman yönetimi ile sağlık çalışanlarının meslekleri arasında birtakım anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, laboratuvar teknisyenleri ve memurlar arasında ($p=.044$), Laboratuvar teknisyenleri ile acil tıp teknisyenleri arasında ($p=.042$), istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından Diyetisyen’lerin en yüksek zaman yönetimi puan ortalamalarına (76.50) sahip olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin Diyetisyen’lerin aldıkları eğitimle birlikte randevulu bir sistemle çalışmalarının olduğu düşünülmektedir. En düşük zaman yönetim puan ortalamalarının ise Laboratuvar Teknisyenleri (53.75) ve Doktorlarda (58.60) olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin ise hem laboratuvar da hem de polikliniklerdeki hasta sayısının günden güne değişiklik göstermesi ve bu birimlerin yoğunluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Zaman Yönetimi alt faktörlerinden “Zaman Tuzakları” faktörü ile sağlık çalışanlarının meslekleri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre laboratuvar teknisyenleri ile memurlar arasında ($p=.025$) olduğundan zaman faktörü açısından anlamlı bir ilişki görülmüştür. Ayrıca laboratuvar teknisyenleri ile acil tıp teknisyenleri arasında da ($p=.034$) anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Zaman yönetiminin alt faktörlerinden “Zamanı etkin kullanma teknikleri” faktörü ile sağlık çalışanlarının meslekleri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre zamanı etkin kullanma teknikleri açısından ebeler ile laboratuvar teknisyenleri arasında ($p=.042$), ebeler ile doktorlar arasında ($p=.016$), laboratuvar teknisyenleri ile diyetisyenler arasında ($p=.043$), diyetisyenler ile doktorlar arasında ($p=.022$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Zaman yönetimi ile ilgili katılımcıların bilgilerine yönelik bulgular

Zaman Yönetim ile İlgili Frekans Değerleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Zaman yönetimi hakkında bilginiz var mı?	57	57	43	43
Zamanı değerlendirmede başarılı mısınız?”	76	76	24	24
Hızlı okuma tekniklerini biliyor musunuz?”	40	40	60	60
Kurumunuzda zaman yönetimi konusunda eğitim veriliyor mu?	28	28	72	72
Zamanın etkin kullanılması sizce verimliliği artırır mı?”	93	93	7	7

Zaman yönetimi ile ilgili frekans değerlerine katılımcıların bilgilerine bakıldığında, %57'sinin zaman yönetimi konusunda bilgi sahibi olduğu, %76'sının zamanı değerlendirmede başarılı olduğunu, %60'ının hızlı okuma tekniklerini bilmediği, %72'sinin kurumda zaman yönetimi konusunda eğitim verilmediğinin ve %93'ünün de zamanı etkin kullanmanın verimliliği arttıracığını ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Zamanı etkin kullanmayı engelleyen faktörlere ilişkin bulgular

Zamanı Etkin Kullanma ile İlgili Frekans Değerleri	Çok fazla		Fazla		Biraz		Az		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stres ve zaman baskısı	46	46	16	16	26	26	6	6	6	6
Toplantılara girmek	12	12	23	23	35	35	21	21	9	9
İletişim eksikliği	32	32	20	20	26	26	11	11	11	11
Yetki devrinden kaçınma	14	14	20	20	26	26	23	23	17	17
Öncelikleri belirleyememek	19	19	12	12	39	39	13	13	17	17
Telefon görüşmeleri yapmak	18	18	14	14	28	28	27	27	13	13
Ziyaretçiler	15	15	18	18	29	29	28	28	10	10
Plansızlık	18	18	15	15	29	29	17	17	21	21

Zaman yönetiminin alt faktörlerinden “Zamanı etkin kullanma teknikleri” faktörü ile frekans değerlerinden zamanı etkin kullanımı engelleyen faktörlere bakıldığında: Katılımcıların %46'sının “Stres ve zaman baskısı nedeniyle”, %32'sinin ise “İletişim eksikliğinin” çok fazla etkili olduğunu söylemiştir. Katılımcıların %35'inin “Toplantılara girmenin”, %26'sının “Yetki devrinden kaçınmanın”, %39'unun “Öncelikleri belirleyememenin”, %28'inin “Telefon görüşmeleri yapmanın” ve %29'unun “Ziyaretçilerin” ve “Plansızlık” biraz etkili olduğunu söyledikleri görülmektedir (Tablo 4).

3.3 Sağlık Çalışanlarının İş Stresine Yönelik Bulguları

Bu bölümde sağlık çalışanlarının iş stresi yönetimi becerileri ile ilgili bilgilerini belirlemek amaçlanmaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre iş stresi yönetimi puan ortalaması

Özellik	İş Stresi Yönetimi Puan Ortalaması
Yaş	
20-25	24.87
26-30	26.04
31-40	26.77
41-50	28.12
51-64	28.50
Cinsiyet	
Kız	26.19
Erkek	27.73
Medeni durum	
Evli	27.00
Bekar	26.27
Çalışma süresi (yıl)	
0-5	26.40
6-10	26.23
11-15	25.92
16-20	27.66
21-25	29.78
25 ve üzeri	26.54
Eğitim durumu	
Lise	27.00
Önlisans	26.35
Lisans/Lisansüstü	26.93
Çalışma Şekli	
Nöbet/ Vardiya	26.86
Sadece Gündüz	26.56
Hem gündüz hem nöbet	27.00

Araştırmaya kapsamına alınan katılımcıların, İş Stresi (İS) puan ortalaması ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında, İş stresi ölçeği ve yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p=.05$). Buna göre 20 ile 25 yaş ile 41 ile 50 yaş arasında iş stresi puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Araştırmaya katılan 50 yaş ve üstü bireylerin iş stresi puan ortalamasının (28,50) en yüksek değere sahipken, 20 ile 25 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının en düşük iş stresi puan ortalamasına (24,87) sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, sağlık çalışanlarının yaşları arttıkça iş stresi puan ortalamaları da arttığı görülmüştür (Tablo 5).

Cinsiyet değişkeni ve İS puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında: Araştırmaya katılan erkek sağlık çalışanlarının iş stresi puan ortalamalarının (27,48), kadın sağlık çalışanlarının iş stresi puan ortalamalarından (26,19) daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Medeni durum değişkeni ile İS puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında: Araştırmaya katılan evli sağlık çalışanlarının iş stresi puan ortalamalarının (27,00), bekâr sağlık çalışanlarının iş stresi puan ortalamalarından (26,27) daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Çalışma süresi değişkeni ile İS puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=.011$). Araştırma kapsamına alınan ve mesleki hayatlarının 21-25 yılı içerisinde olan sağlık çalışanlarının en yüksek iş stresi puan ortalamasına (29,78) sahipken, 11 ile 15 yıl arasında çalışanların en düşük iş stresi puan ortalamasına (25,92) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Eğitim durumu değişkeni ile İS puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında: Araştırmaya katılan lise mezunu sağlık çalışanlarının en yüksek iş stresi puan ortalamalarına (27,00) sahip olduğu görülmektedir. Lisans/Lisansüstü eğitim görenlerin iş stresi puan ortalamaları 26,93 ve Önlisans mezunlarının ise 26,35 ortalamayla en düşük olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Çalışma şekli değişkeni ile İS puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında: Araştırmaya katılan ve hem gündüz hem nöbet usulü çalışan sağlık çalışanlarının en yüksek İS puan ortalamasına (27,00) sahipken, sadece gündüz çalışanların ise en düşük İS puan ortalamasına (26,56) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 5). Zaman Yönetimi alt faktörlerinden “Zaman Tuzakları” faktörü ile çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre meslek hayatının ilk 5 yılı içinde olan sağlık çalışanları ile 21 ile 25 yıl arasında olanlar arasında ($p=.043$) olduğu için anlamlı bir ilişki görülmektedir (Tablo 5).

Meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından Diş Hekim’lerinin en düşük iş stresi puan ortalamalarına (24,33) sahip olduğu görülmektedir. En yüksek iş stresi puan ortalamalarının ise Anestezi Teknikerleri (32,50) ve Doktorlarda (28,60) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan ve hem gündüz hem nöbet usulü çalışan sağlık çalışanlarının en yüksek iş stresi puan ortalamalarına (27,00) sahip olduğu görülmektedir. Nöbet/Vardiya usulü çalışan sağlık çalışanlarının iş stresi puan ortalamaları 26,87 ve sadece gündüz çalışanların ise 26,57 olduğu görülmektedir.

İş stresi alt faktörlerinden “İş rolü belirsizliği” faktörü ile katılımcıların meslekleri arasında bazı anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Buna göre iş rolü belirsizliği faktörü açısından anestezi teknikerleri ve hemşireler arasında ($p=.038$) anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca anestezi teknikerleri ile sağlık memurları arasında da ($p=.03$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Anestezi teknikerleri ile diyetisyenler arasında ($p=.012$) yine iş rolü belirsizliği faktörü açısından anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının zaman yönetimi ve iş stresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($\alpha = .123$). Bununla birlikte iş stresi ve zaman yönetimi alt faktörleri ile bazı sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

4. Sonuç

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, çalışma süresi, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çalışma şekli gibi sosyo-demografik değişkenlerin zaman yönetimi ve iş stresi üzerindeki etkisinin incelenmesi ve zaman yönetiminin iş stresi üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Sonuç olarak;

- Sağlık çalışanlarının zaman yönetim becerilerinin iş stresi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa yol açmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak bazı sosyo-

demografik bulguların zaman yönetimi ve iş stresi üzerinde anlamlı bir farklılığı sağladığı görülmektedir. Buna göre zaman yönetimi ile sağlık çalışanlarının meslekleri arasında birtakım anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buna göre laboratuvar teknisyenleri ve memurlar arasında ($p=.044$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmektedir. Laboratuvar teknisyenleri ile acil tıp teknisyenleri arasında ($p=.042$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

- Zaman yönetimi alt faktörlerinden “Zaman Tuzakları” faktörü ile sağlık çalışanlarının meslekleri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Buna göre laboratuvar teknisyenleri ile memurlar arasında ($p=.025$) zaman faktörü açısından anlamlı bir ilişki görülmüştür. Ayrıca laboratuvar teknisyenleri ile acil tıp teknisyenleri arasında ($p=.034$) anlamlı bir ilişki görülmüştür.

- Zaman yönetiminin alt faktörlerinden “Zamanı etkin kullanma teknikleri” faktörü ile sağlık çalışanlarının meslekleri arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Buna göre zamanı etkin kullanma teknikleri açısından ebeler ile laboratuvar teknisyenleri arasında ($p=.042$), ebeler ile doktorlar arasında ($p=.016$), laboratuvar teknisyenleri ile diyetisyenler arasında ($p=.043$) ve diyetisyenler ile doktorlar arasında ($p=.022$) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

- Zaman Yönetimi alt faktörlerinden “Zaman Tuzakları” faktörü ile çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre meslek hayatının ilk 5 yılı içinde olan sağlık çalışanları ile 21 ile 25 yıl arasında olanlar arasında ($p=.043$) anlamlı bir ilişki görülmektedir.

- İş stresi ölçeği ve yaş arasında ($p<.05$) anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre 20 ile 25 yaş ile 41 ile 50 yaş arasında iş stresi puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

- İş stresi alt faktörlerinden “İş rolü belirsizliği” faktörü ile katılımcıların meslekleri arasında bazı anlamlı ilişkiler gözlemlenmiştir. Buna göre iş rolü belirsizliği faktörü açısından anestezi teknikerleri ve hemşireler arasında ($p=.038$) anlamlı bir ilişki görülmektedir. Ayrıca anestezi teknikerleri ile sağlık memurları arasında ($p=.03$) anlamlı bir ilişki görülmektedir. Anestezi teknikerleri ile diyetisyenler arasında da ($p=.012$) yine iş rolü belirsizliği faktörü açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir.

- Araştırmaya katılan 20 ile 25 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının en yüksek zaman yönetimi puan ortalamasına (70.50) sahip olduğu görülmektedir. 26 ile 30 yaş arasındakilerin 69.95, 31 ile 40 yaş arasındakilerin 67.36, 41 ile 50 yaş arasındakilerin 62.61 ve 51 ve üstü yaşındakiilerin zaman yönetim puan ortalaması 64.50’dir. Bu bulgulara bakıldığında sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinde olduğu gibi, yaşları arttıkça zaman yönetim puan ortalamaları da düşmektedir.

- Araştırmaya katılan 20 ile 25 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının en düşük iş stresi puan ortalamasına (24.87) sahip olduğu görülmektedir. 26 ile 30 yaş arasındakilerin 26.04, 31 ile 40 yaş arasındakilerin 26.78, 41 ile 50 yaş arasındakilerin 28.12 ve 51 ve üstü yaşındakiilerin iş stresi puan ortalaması 28.50’dir. Bu bulgulara bakıldığında sağlık çalışanlarının yaşları arttıkça iş stresi puan ortalamaları da artmaktadır. Dikkat çekilmesi gereken bir önemli husus da, yaşın artmasıyla zaman yönetim puan ortalamalarının düşmesi ve iş stresi puan ortalamalarının artmasıdır. Yaşın zaman yönetimi ve iş stresi üzerinde önemli bir değişken olduğu görülmektedir.

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından Diyetisyen'lerin en yüksek zaman yönetimi puan ortalamalarına (76.50) sahip olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin Diyetisyen'lerin aldıkları eğitimle birlikte randevulu bir sistemle çalışmalarının olduğu düşünülmektedir. En düşük zaman yönetim puan ortalamalarının ise Laboratuvar Teknisyenleri (53.75) ve Doktorlarda (58.60) olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin ise hem laboratuvar da hem de polikliniklerdeki hasta sayısının günden güne değişiklik göstermesi ve bu birimlerin yoğunluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

- Araştırmaya katılan ve hem gündüz hem nöbet usulü çalışan sağlık çalışanlarının en yüksek iş stresi puan ortalamalarına (27.00) sahip olduğu görülmektedir. Bunun iş yoğunluğu ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların %60'ının “Hızlı okuma tekniklerini biliyor musunuz?” sorusuna hayır cevabı verdikleri görülmektedir. Katılımcıların %93'ünün “Zamanın etkin kullanılması sizce verimliliği artırır mı?” sorusuna evet cevabı verdikleri görülmektedir. Katılımcıların %46'sının “Stres ve zaman baskısının” çok fazla etkili olduğunu söyledikleri görülmektedir. Katılımcıların %32'sinin “İletişim eksikliğinin” çok fazla etkili olduğunu söyledikleri görülmektedir. Bu bulgulara göre sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü zamanın etkin kullanılması gerektiğine inanmaktadır. Ancak bunun için gerekli olan hızlı okuma gibi becerileri kullanamamaktadırlar. Ayrıca stres ve zaman baskısının ve iletişim eksikliğinin iş streslerini önemli ölçüde arttırdığı görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının kendilerini zaman yönetimi becerileri konusunda geliştirebilecekleri ve iş stresini azaltacak çalışmaların yapılması ve işlevsel hale getirilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının ve bu konularda uzman personellerin katılımıyla zaman yönetim ve iş stresi konusunda seminerler ve eğitimler düzenlenmelidir. Bundan sonra planlanacak çalışmalarda sağlık çalışanlarının iş streslerinin yardım davranışları üzerindeki etkisi, zaman yönetiminin yardım davranışları üzerindeki etkisi, iş stresi ve zaman yönetiminin tükenmişlik üzerindeki etkisi araştırılabilir. Bu araştırma sağlık sektöründe çalışan daha özel meslek grupları üzerinde ve bu mesleklerin aldıkları eğitimlerin zaman yönetimi ve iş stresi üzerindeki etkisi incelendiğinde daha farklı sonuçlar elde edilebilir. Bu sayede kurum içinde yapılan eğitimlerin düzenlenmesinde bu gelişmeler göz önünde bulundurulabilir.

Kaynaklar

- 1.AKGEMCİ, T., ÇELİK, A.; AYDOĞAN, E.; AKATAY, A. (2003)., *Zaman Yönetimi ve Yönetimsel Zamanda Etkinlik*, Gazi Kitabevi, Ankara, s 1-103.
- 2.AKTAŞ, A.M. (1996). *Bir Kamu Kuruluşunun Üst Düzey Yöneticilerinin İş Stresi ve Kişilik Özellikleri*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Fakültesi Dergisi, 56 (4): s25-42.
- 3.BALTAŞ Z, BALTAŞ A. (2002). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. Remzi Kitabevi, 21. Basım, İstanbul, s.95-97.
- 4.BARUTÇUGİL, İ., (2006). *Manager's Management (in Turkish)*. Kariyer Yay., İstanbul, s 244-246.
- 5.BERGLAS, S. (2004). “Chronic Time Abuse”. Harward Business Review, (June1), 90.
- 6.BOSWELL CA. (1992) *Work Stres And Job Satisfaction Fort He Community Health Nurse*. Journal Of Community Health Nursing; 9(4): 221-227.
- 7.BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- 8.CEYLAN A, ULUTÜRK Y H. (2006) *Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, İş Tatmini ve Performans Arasındaki İlişkiler*. Doğuş Üniversitesi Dergisi, C:7, S:1, ss. 48-58.
- 9.DELARGY, Katrina ve Header CHATTEN (2005), “HR and the Parameters of Knowledge, Stress and Time”. Strategic HR Review, 4(5), 32.
- 10.ERDEM, R. ve S. KAYA. (1998). *Zaman Yönetimi*. Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, 7 (2), Nisan, 99–120.
- 11.ERDOĞAN, İ. (1999). *İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış*. İstanbul, Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, 83-94.
- 12.EREN, E.(2004). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. Beta Yayıncılık, İstanbul.
- 13.FİDAN F., LATİF H. ve UÇKUN G., (2005) *Üniversite Öğrencileri Ne Yapıyor? Zaman Değerlendirme mi Zaman Geçirme mi? (Sakarya Üniversitesi Örneği)*
- 14.KOLTARLA S. (2008) *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması*. Tez J İstanbul; Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi.
- 15.KÖKLÜ, N., BÜYÜKÖZÜTRK, Ş. (2000). *Sosyal bilimler için istatistiğe giriş*. Ankara: Pegem Yayıncılık
- 16.NORFOLK D. (1989) *İş Hayatında Stres*. Form Yayınları. Çev: Leyla Serdaroğlu. İstanbul.
- 17.ÖZMUTAF, MN. (2006). *Örgütlerde İnsan Kaynakları ve Stres: Ampirik Bir Yaklaşım*. E.Ü. Su Ürünleri Dergisi, cilt 23, sayı (1-2): 75-81.
- 18.PEHLİVAN, İ.A. (1995). *Yönetimde Stres Kaynakları*, Ankara, Pegem Yayınları.
- 19.PEHLİVAN, İ.A. (2000). *İs Yaşamında Stres*, Ankara, Pegem Yayınları.
- 20.PAŞA M. (2001). *Zaman Yönetimi ve Bir Uygulama (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi)*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.



- 21.SARIÇAM H. (2012). *İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon ABD Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- 22.SÖKMEN A. (2012). *Yöneticiler Zamanı Nasıl Yönetiyor? Ankara'daki Hastanelerde Bir Uygulama*. İşletme Araştırmaları Dergisi, 4/4: 126- 140.
- 23.ŞAHİN N. (2001) *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 24.TENGİLİMOĞLU, D., TUTAR, H., ALTINÖZ, M., BAŞPINAR, N. Ö., ERDÖNMEZ, C. TUTAR, H., (2003). *Zaman Yönetimi*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN HİZMET ALIM PERSONELİNİN MEMNUNİYET DÜZEYİ: İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ

Kalbiye MEMİŞ*

Nurperihan TOSUN**

Sevilay ORAK***

ÖZET

Çalışan memnuniyeti kurumların performans hedeflerine ulaşmalarında, çalışanların kuruma olan bağlılıklarının ve örgütsel vatandaşlık davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir konudur. Bu çalışmanın amacı bir kamu hastanesinde çalışan hizmet alım personellerinin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir. Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evrenini İstanbul ilindeki bir kamu hastanesinin hizmet alım personelleri (N=173) oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilme yöntemine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi uygulanmıştır ve veriler SPSS 14 programında değerlendirilmiştir. 2013 Mart ayında gönüllü olan katılımcılarla gerçekleştirilen araştırmaya katılım oranı %69,9'dur. Katılımcıların %56,1'i erkek, %46,8'i evli, %38,8'inin kurumda çalışma süresi 5-10 yıldır ve %45,6'si son 6ay içerisinde fiziksel saldırıya maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların iş memnuniyet düzeylerinin medianı 19,00'dür. Çalışmada hizmet alım personellerinin iş memnuniyet düzeyleri düşük bulunmuştur

Anahtar Kelimeler: *çalışan memnuniyeti, hastane, hizmet alım personeli*

*Uzm. Hemş. Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

** Arş. Gör. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

*** Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Bölümü

THE EMPLOYEE SATISFACTION LEVEL OF PROCUREMENT SERVICES: THE CASE OF ISTANBUL

ABSTRACT

Employee satisfaction is an important issue in achieving performance goals of organizations and developing commitment to organization and organizational citizenship behaviour of employees. The aim of this study is to determine the level of satisfaction in a public hospital employee services received. The population of this study conducted as descriptive is service procurement of employees a public hospital in Istanbul (N = 173). In this study the entire universe is projected to reach without sample selection. Data collection methods were applied to a questionnaire and SPSS data and data are valued at SPSS 14. Rate of participation in research conducted participants who volunteer in March 2013 is 69.9%. 56.1% of respondents were male, 46.8% were married, 38.8% of the institutions working in the last 5-10 years, and 45.6% stated that they were physically attacked within 6 months. Participants' median levels of job satisfaction 19,00'dır.. In this study; satisfaction levels of employee services received were low.

Key words: employee satisfaction, hospital, service procurement employee

1. Giriş

Küreselleşme ile artan yoğun rekabet ortamında örgütlerin başarı hedeflerine ulaşmaları ve sürdürülebilirliklerini sağlamaları, en önemli kaynağı olan insan faktöründen etkili ve verimli bir şekilde kullanmalarına bağlıdır. Çalışanların kurumsal hedef ve değerleri benimseyebilmeleri, kurumlarıyla özdeşleşmeleri, örgütsel vatandaşlık davranışı gösterebilmelerinde iş memnuniyetlerinin sağlanması hem çalışan hem de örgütsel açıdan önemli bir konudur (Aşık, 2010, 32).

1.1. Çalışan Memnuniyeti

1920'li yıllarda literatüre giren çalışan memnuniyeti kavramı, çalışanın işi ile ilgili duygusal tepkileri, işlerinden duydukları hazdır. Çalışan memnuniyeti kişinin işine ve iş deneyimine ait değerlendirmesinin duygusal bir sonucudur. Yani bireyin iş durumuyla ilgili kişisel bir değerlendirmesidir. Başka deyişle çalışan memnuniyeti, çalışanın işiyle ilgili çeşitli faktörleri değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan duygusal durumun bir yansımasıdır. Örgütsel ve bireysel faktörler ilişkili olan çalışan memnuniyeti sağlanamadığı durumda tükenmişlik, yaşam kalitesinde azalma, hizmet kalitesinde azalma işe devamsızlık, işten ayrılma gibi çıktılara neden olmaktadır (Adams ve Bond, 2000, s537; Zaim ve Koçak, 2010, 2986).

Çalışan memnuniyetiyle ilişkili olan bazı faktörler, işin gerektiği beceri çeşitliliği, işle özdeşleşme, işin anlamı, özerklik, yöneticilerin tutumu, çalışma şartları, ücret, çalışma ortamı, yöneticilerin tutumu, çalışma arkadaşları, iş güvencesidir (Telman ve Ünsal, 2004, 25)

Günümüzde rekabetin artması, sağlık politikalarındaki değişim, sağlığa ayrılan payın azalması, artan sağlık harcamaları, insan kaynaklarının yetersizliği gibi faktörler diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de insan kaynaklarında hizmet alımı gibi istihdam yollarının açılmasına sebep olmuştur.

Hizmet kalitesinin artırılmasında ve hasta memnuniyetinin sağlanmasında çalışan tutum ve davranışlarının bir belirleyicisi olan çalışan memnuniyetinin sağlık sektöründe farklı bir istihdam şekli olan taşeron çalışanlarda sağlanması önemlidir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, bir kamu hastanesinde taşeron firmalar aracılığı ile çalışan hizmet alım personelinin çalışan memnuniyetini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evrenini Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüm hizmet alım personelleri (N=173) oluşturmuştur. Hizmet alım personellerinin hepsine ulaşılması hedeflenerek, herhangi bir örneklem seçilme yöntemine gidilmemiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır; birinci bölümde Çalışan memnuniyet anketi 3'lü Likert skalasıyla 3=Evet, 2= Bazen, 1=Hayır şeklinde yapılandırılmıştır.

2013 Mart ayında gerekli yazılı izinler alınarak ve gönüllü olan katılımcılarla yüz yüze gerçekleşen araştırmaya katılım oranı %69,9'dur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayı 0,85 bulunmuştur. Veriler SPSS 14. programında yüzdelik ve frekanslar hesaplanarak değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Cinsiyet	n	%
<i>Kadın</i>	38	32,8
<i>Erkek</i>	78	67,2
Medeni Durum		
<i>Evli</i>	83	71,6
<i>Bekar</i>	33	28,4
Görevi		
<i>Temizlik personeli</i>	23	19,8
<i>Güvenlik</i>	20	17,2
<i>Teknisyen</i>	23	19,8
<i>Yemekhane Personeli</i>	15	12,9
<i>Hasta Bakıcı</i>	24	20,6
<i>Diğer</i>	10	8,6
Çalışma Süresi		
<i>0-1 yıl</i>	26	22,4
<i>1-5 yıl</i>	37	31,9
<i>5-10 yıl</i>	41	35,3
<i>10-20 yıl</i>	12	10,3
Son 6 ay içinde fiziksel bir saldırıya maruz kalma		
<i>Evet</i>	41	35,3
<i>Bazen</i>	11	9,5
<i>Hayır</i>	64	55,2
TOPLAM	116	100

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri değerlendirildiğinde %67,2'si erkek, %71,6'si evli, %20,6'si hasta bakıcı ve %35,3'ünün çalışma süresi ise 5 ila 10 yıldır. Son 6 ay içerisinde fiziksel saldırıya maruz kalma durumu sorulduğunda ise %35,3 evet, %9,5 ise bazen cevabını vermiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Çalışan Memnuniyeti Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan

	Alınabilecek Min-Max	Gözlenen Min-Max	Median
Çalışan Memnuniyeti	12-36	12-36	19,00

Katılımcıların çalışan memnuniyeti ölçeğinden alabilecekleri en yüksek puan 36, aldıkları toplam puanın medianı ise 19,00 bulunmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Çalışan Memnuniyeti İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Sorular	Evet		Bazen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
1) Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum.	10	8,6	7	6,0	99	85,3
2) Çalışma ortamım ve çalışma koşullarım ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur.	35	30,2	27	23,3	54	46,6
3) Çalışma mekânım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir.	29	25,0	21	18,1	66	56,9
4) Çalıştığım bölümde kendimi güvende hissediyorum.	21	18,1	24	20,7	71	61,2
5) Çalıştığım bölümde çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirler alınmaktadır.	20	17,2	20	17,2	76	65,5
6) Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmektedir.	98	84,5	10	8,6	8	6,9
7) Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzeltici ve önleyici faaliyetler yapmaktadır.	26	22,4	28	21,1	62	53,4
8) Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretmekte ve gerekli önlemleri almaktadır.	24	20,7	24	20,7	68	58,6
9) Yöneticilere sorunlarımı iletme imkânı bulurum.	15	12,9	18	15,5	83	71,6
10) Yönetim “Hizmet Kalite Standartları (HKS)” konusunda tüm çalışanları bilgilendirir.	8	6,9	19	16,4	89	76,7
11) Çalıştığım bölümün işleyişi konusunda önerilerim dikkate alınır.	20	17,2	29	25,0	67	57,8
12) Çalıştığım kurumdan ayrılmayı hiç düşünmem.	29	25,0	29	25,0	58	50,0

Katılımcıların çalışan memnuniyeti ölçeğine vermiş oldukları cevaplar değerlendirildiğinde; %85,3’ü “Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum.” ifadesine katılmamakta, %61,2’si “Çalıştığım bölümde kendimi güvende hissediyorum.” ifadesine katılmamakta, %65,5 “Çalıştığım bölümde çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirler alınmaktadır.” ifadesine katılmamakta, %71,6’si “Yöneticilere sorunlarımı iletme imkânı bulurum.” ifadesine katılmamaktadır.

4. Tartışma ve Sonuç

İşletmelerin varlıklarını devam ettirebilmek için sahip oldukları insan kaynaklarından en üst seviyede faydalanmak zorundadırlar. Varlıklarını sürdürme, rekabet edebilme, kar edebilme, topluma hizmet edebilme gibi işletme amaçlarına ulaşma insan kaynaklarının etkin ve verimli çalışmasına bağlıdır. Örgütsel başarı, takım ruhunun oluşturulmasına bağlıdır. Sağlık sektörü emek yoğun olma, 7/24 kesintisiz hizmet verme, ikamesinin olmaması gibi özelliklerinden dolayı diğer sektörlerden ayrılır. Kalite sağlık



sektörünün temel yapı taşıdır ve kaliteli hizmet sunumu ve hasta memnuniyetinin sağlanması, çalışan memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir.

Bir kamu hastanesinde çalışan hizmet alım personellerinin çalışan memnuniyeti düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada, çalışanların genel memnuniyet düzeyleri 19,00 ile ortalamanın altında bulunmuştur. Hastane çalışanları ile yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde, Ünal ve ark.'ları (2006) sekreterlerin %86'sinin işinden memnun olduğunu, Yaşar ve ark.'ları (2008) asistan hekimlerin %35'inde is memnuniyeti bulunmadı ve Durmuş ve Günay'ın (2007) hemşirelerde düşük iş doyumu bulunduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %85,3'ü aldığı eğitime uygun çalışmadığını belirtmiş bu durum çalışan motivasyonu, işle özdeşleşme ve örgütsel bağlılık ve vatandaşlık davranışlarının geliştirilmesi açısından olumsuz bir durumdur, çalışanların yüksek düzeyde performans sağlayıp kurumlarına artı değer katabilmeleri için kurumsal olarak etkin bir insan kaynakları planlaması yapılmalıdır.

Katılımcıların %71,6'sı yöneticilere sorunlarını ifade edemedikleri belirtmiştir. Yönetimin başarısı yöneticinin başarısına bağlıdır. Örgütün vizyon ve değerlerinin belirlenmesi, takım ruhunun oluşturulması, amaç ve hedeflerin benimsenmesi ve süreçlerin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi için örgüt içi iletişim kanallarının çok yönlü olması gerekmektedir.

Katılımcıların 61,2'si kendini güvende hissetmemekte, %65,5'i çalışan güvenliğine ilişkin tedbir alınmadığını ve yarısı kurumdan ayrılmayı düşündüğünü ifade etmektedir. Çalışanlardaki güven sorunu taşeron şirket aracılığı ile çalışmalarını ve her yıl sözleşmelerinin yenilenmesine bağlanabilir. Bu durum çalışanların işle ilgili olumsuz duygu ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır.



Kaynaklar

- 1.ADAM, A., Bond, S.(2000) Hospital Nurses' Job Satisfaction, Individual And Organizational Characteristics, Journal of Advanced Nursing, 32(3), 536-543
- 2.AŞIK AKŞİT, N. (2010) Çalışanların İş Doyumunu Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Faktörler İle Sonuçlarına İlişkin Kavramsal Bir Değerlendirme, Türk İdare Dergisi, Sayı: 467.
- 3.ERKEN, M. (2013) Çalışan Memnuniyeti Üzerine Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- 4.ÜNALAN, D., Çetinkaya F. ve ark. (2006) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Memnuniyeti, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 1.
- 5:TELMAN, N., Ünsal P. (2004) Çalışan Memnuniyeti, Epsilon Yayınları, İstanbul.
- 6.YAŞAN, A, Eşsizoglu, A. ve ark. (2008) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde İş Memnuniyeti, Ayniyete Düzeyi ve İlişkili Etmenler, Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 35, Sayı: 4 , (228-233).
- 7.ZAİM H, Koçak O. (2010) Bilgi Çalışanın Memnuniyeti, Journal of Yasar University, 18(5) 2985-2994.

ANTALYA İL MERKEZİ KAMU HASTANELERİNDEKİ YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME DÜZEYLERİ

Hülya BÜYÜKARSLAN*
Kerime Derya BEYDAĞ**

ÖZET

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırma, söz konusu hastanelerde 100 yönetici hemşireye yüz yüze anket tekniği uygulaması ile gerçekleştirilmiş, elde edilen verilerin paket programa aktarılması ve çıkan sonuçların yorumlanması şekli ile hazırlanmıştır. Anketlerin analizleri sonucu örneklemin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ) puan ortalaması toplamı 191,24 olarak görülmüştür. Ölçekte 240 ve aşağı puanlar için “düşük seviyede eleştirel düşünme eğilimi” tanımlamasından dolayı 100 yönetici hemşireden oluşan örneklemin eleştirel düşünme eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Veriler, demografik ve mesleki özellikleri içeren anket formu ve California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği ile elde edilmiş, SPSS programında analiz edilmiştir. Çalışmada, yönetici hemşirelerin %72'sinin eleştirel düşünme ile ilgili bir eğitim almadığı ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeylerinin düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin yaş, eğitim durumu, mesleki deneyim, yöneticilik deneyimi, çalışılan birim, eleştirel düşünme ile ilgili eğitim alma durumu ve çalıştıkları hastanenin eleştirel düşünme düzeylerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Anahtar Kelimeler: Eleştirel düşünme, yönetici, hemşire

*Hemşire, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, hulya724@hotmail.com

**Yard Doç Dr, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, derya.beydag@okan.edu.tr

EXECUTIVE LEVEL CRITICAL THINKING OF NURSES IN PUBLIC HOSPITALS IN ANTALYA

ABSTRACT

This study, Akdeniz University Hospital, Ataturk State Hospital and Antalya Education and Research Hospital, who serves nurse managers' critical thinking dispositions measure and literature recognized in the light of the purpose of evaluation is prepared with. Research, 100 nurse managers in hospitals comes face to face with the application of survey techniques, software packages to be transferred to the data obtained and the interpretation of the results has been prepared with the shape. Survey results of the analysis of the sample of the California Critical Thinking Disposition Inventory (CEDEÖ) total mean score of 191.24 was seen as. Down 240 points on the scale and the "low level of critical thinking dispositions" 100 nurse managers from identification of the sample due to the critical thinking dispositions are low. The data questionnaire containing demographic and occupational characteristics and the California Critical Thinking Disposition Inventory, obtained were analyzed by SPSS. In the study, 72% of nurse managers and nurses to think critically about critical thinking of getting an education levels were found to be at a low level. Nurses' age, educational background, professional experience, management experience, work unit, received education about critical thinking and critical thinking are working in the hospital were not effective. ($p>0.05$).

Keywords: *Critical thinking, administrators, nurses*

1.Giriş

Sorgulamak; hayatın her anında alışılmış binlerce yaşamsal kombinasyon içerisinde tercihler yapılarak yaşanmaktadır. Bu tercihlerin birçoğu istemsiz bir şekilde yapılmakta, sonuçlara garantici bir yaklaşımla ulaşmaya çalışılmaktadır. Öyle ki, sıradan olmayan bir durumla karşılaşıldığında devreye kişinin yetenekleri ve birikimi girmektedir. Kişi, tepkilerini ve yeni gelişen durumu yönetmeye başlamaktadır. Bu yönetimin iyi şekilde olmasını sağlayan, farklı bakış açıları sahibi olan ve organize edici bir yapıda reaksiyon veren bireylerin eleştirel düşünme yetenekleri gelişmiştir. Yönetilmesi gerekene gerekli ışığı gösterebilmek için bireyin doğrulara yönelme, görüş açısı geniş ve yeni fikirler, açıklamalı çoklu düşünce, organizasyon ve özgüven gibi özellikleri ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışma, eleştirel düşünme eğilimi konusunda literatür taraması yapılarak gerekli bilgi sahibi olunurken, anket uygulaması ve uluslararası geçerli bir ölçek ile ölçümü sonrası Antalya'da hizmet veren 3 önemli hastanede (Atatürk Devlet Hastanesi (ADH), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi (AÜH) ve Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AEAH) görev yapmakta olan 100 yönetici hemşirenin eleştirel düşünme eğilimleri tespit edilerek, eleştirel düşünme eğiliminin örneklemin ne tür özelliklerine göre değişimini incelemek amacı ile hazırlanmıştır. Veriler, demografik ve mesleki özellikleri içeren anket formu ve California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği ile elde edilmiş, SPSS 18,0 programında analiz edilmiştir. Çalışmada, yönetici hemşirlerin %72'sinin eleştirel düşünme ile ilgili bir eğitim almadığı ve

hemşirlerin eleştirel düşünme düzeylerinin düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Hemşirlerin yaş, eğitim durumu, mesleki deneyim, yöneticilik deneyimi, çalışılan birim, eleştirel düşünme ile ilgili eğitim alma durumu ve çalıştıkları hastanenin eleştirel düşünme düzeylerinde etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışma, eleştirel düşünce konusunda, diğer yapılmış olan çalışmalarla tabanda paralel sonuçlar vermekte, bölgesel ve kurumsal farklılıklar sebebiyle karakteristik sonuçlar da görülmüştür.

Hemşirelikte Eleştirel Düşünme ve Problem Çözme

Akılcı kararların alınması, mesleki gelişimin devam ettirilmesi ve alternatif yaklaşımların belirlenmesi, eleştirel düşünmeyle gerçekleştirilir. Toplumda özellikle de sağlık alanında oluşan dinamik değişiklikler, 21. Yüzyılın profesyonel hemşirelerine yeni mücadele ortamları yaratır. Değişik alanlarda sunulan hizmetin kompleksliği, kanıt temelli uygulamaların artması, teknolojik bilgi ve uygulamayı da içeren çok boyutlu bakım, hemşireleri esnek olma ve eleştirel düşünmeye zorlamaktadır. Sağlık sektöründe sorunların hızlı ve güvenilir bir şekilde çözüme ulaştırılmasının yüksek dereceli öneme sahip gerekliliği zorunludur. Bu aşamada sağlık çalışanlarının eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin mümkün olduğunca geliştirilmesi gerekmektedir. Maalesef hata payı barındırmayan bu alanda problem çözümünün azami hızı da oldukça önemlidir. Hemşirelerde eleştirel düşünme ve problem çözme becerisi bu yönde yapılacak eğitimlerle geliştirilebileceği gibi aslında kişinin tecrübesine, yeniliğe ne denli açık olduğuna, uygulamada profesyonelliğine de bağlıdır (29).

Hemşirelikte profesyonelliği yakalamak için bir hemşire gibi düşünmeyi öğrenmek gerekir. Öncelikle mesleğinin farkına varması gereken hemşire adayları, bir öğretmen ya da mühendisten farklı olarak ne yapacağını farkında olmalıdır. “Hemşirelik görevinin ayrıntıları tam olarak nedir?” ya da “Hasta ile karşılaştığında ne şekilde davranmalıdır?” sorularının cevaplarını net olarak bilmelidir. Yapılması gerekeni ne şekilde yaptığını kendi kendine sorabilmeli ve sonucu değerlendirebilmelidir. Yaratıcı düşünmeyi öğrenmek, hemşirelerin hastalara bakım vermeye, onları desteklemek için hizmet etmeye, kişisel yaşamda seçimlerin yapılmasında daha akılcı kararlar almaya yardım eder. Hem kişisel hem de mesleki yönden kendini gerçekleştirme teşvik etmeye ve özgüvenin gelişmesine yardım edecektir (30).

Hemşirelikte genel olarak oldukça karmaşık ve risk oranı yüksek sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların çözümünde hemşirelerin rolü çok büyüktür. Bilakis yerinde ve tam zamanında yapılması gereken uygulamalar ve acil durumlarda problem çözme ve eleştirel düşünme becerisinin gelişmiş olması hemşireleri en az hata ile sonuca ulaştırmada etkin rol oynar. Bu sorunları çözüme ulaştırmayı kendi rolü olmadığı düşünen hemşirelerden kaliteli bir hizmet vermeleri beklenemez. Fakat problem çözme becerisi yüksek olan hemşireler olumsuz durum ya da düşüncelerle nasıl baş edebileceğini bilir ve krizi yönetmede zorluk çekmez. Sağlıklı çözüm yolları sunabilir, hizmette kaliteyi ve bu kalitenin devamlılığını sağlayabilir (31).

Hemşirelik; bireyin fiziksel ve ruhsal yönden sağlığını korumayı ve en iyi düzeyde tutmayı hedefleyen bir meslektir. İnsanı tüm boyutları ile tanımak ve anlamak zorundadır. Hastalık gibi nedenlerle, bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumlarda, birey adına bu sorumluluğu hemşire üstlenir. Hemşirelik disiplini, bireysel gelişime yardım eden, sağlığı koruyan ve hastalık sorunlarını iyileştiren kompleks bir yapıya sahiptir. Bu disiplin için kullanılan bilgi, deneyim, kritik düşünceler problem çözme ve karar verme becerileridir (31).

Kaliteli ve istenilen düzeyde hemşirelik bakımı sağlanması yalnızca iyi bilgiler ile donatılmış hemşirelerce değil, kendine ve kararlarına güvenen, özgüven kazanmış, karşılaştığı problemlerde çözüm üretebilmiş hemşirelerle mümkündür. Eleştirel düşünme sorumlu lider vasfı tanınmış hemşirelerin temel vasfı olmalıdır. Liderlik yaptıkları ekiplerde eleştirel düşünme becerisinin geliştirilmesine olanak sağlamalıdır. Böylelikle hizmette kalite ve devamlılık sağlanmış olur (30).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, geriye dönük literatür taraması ile birlikte ampirik bir çalışma yöntemi benimsemiştir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Antalya il merkezinde hizmet vermekte olan Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde 12.03.2014 ve 16.03.2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Her üç hastanede, konumları gereği halkın yoğun olarak tercih ettikleri hastanelerdir.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (26 Hemşire), Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (35 Hemşire) ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde (55 Hemşire) yönetici pozisyonunda çalışan 116 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeden tüm yönetici hemşirelere ulaşılması hedeflenmiş ancak verilerin toplandığı tarihlerde izinli olan hemşirelerin olması, bazı hemşirelerin çalışmada yer almayı kabul etmemesi nedeniyle 100 hemşire çalışmanın örneklemi oluşturmuştur.

2.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırma için veri toplama sürecinde makale, dergi, sempozyum yayınları, internet sayfaları, yayımlanmış tezler ve kitaplardan faydalanılmıştır. Uygulanmış olan anket çalışmasına internetten ulaşılmış, incelenmiş ve araştırma için faydalı olacağı düşünülmüştür.

2.2.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hemşirelerin demografik özelliklerini, mesleki özelliklerini ve eleştirel düşünme düzeylerinde etkili olabilecek özelliklerini içeren 21 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anketin ikinci bölümünde ise, yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyini belirlemek amacıyla Facione P.A., Facione N.C., ve Giancarlo tarafından 1998 yılında geliştirilen ve Türkçe'ye geçerlilik güvenilirlik çalışması Doğan Kökdemir (2003) tarafından yapılmış olan “California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği” kullanılmıştır (Ek-1). Ölçek toplam 51 maddeden ve **doğruyu arama, açık fikirlilik, analitiklik, sistematiklik, kendine güven** ve **meraklılık** olmak üzere 6 alt ölçekten oluşmaktadır.

• **Doğruyu Arama Alt Ölçeği:** Bu alt ölçek, alternatifleri ya da birbirinden farklı düşünceleri değerlendirme eğilimini ölçmektedir. Bu alt ölçekten yüksek puan almak kişinin gerçeği arama eğiliminin, soru sorma becerisinin, kendi düşüncesine ters

verilersöz konusu olduğunda bile nesnel davranma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. 7 maddeden (6, 11, 20, 25, 27, 28, 49) oluşmaktadır.

- **Açık Fikirlilik Alt Ölçeği:** Açık fikirlilik, kişinin farklı yaklaşımlara karşı hoşgörüsünü ve kendi hatalarına karşı duyarlı olmasını ifade etmektedir. Açık fikirlilikteki temel mantık bireyin karar verirken sadece kendi düşüncelerine değil karşıdakilerin görüş ve düşüncelerine de dikkat etmesidir. Yüksek puan kişinin bubakımlardan daha iyi durumda olduğuna işaret eder. 12 maddeden (5, 7, 15, 8, 22, 33, 36, 41, 43, 45, 47, 50) oluşmaktadır.

- **Analitiklik Alt Ölçeği:** Analitiklik, potansiyel olarak sorun çıkabilecek durumlar karşısında dikkatli olma ve zor problemler karşısında bile akıl yürütme ve nesnel kanıt kullanma eğilimini ifade eder. Yüksek puanlar bu eğilimin de yüksek olduğunu göstermektedir. 10 maddeden (2, 3, 12, 13, 16, 17, 24, 26, 37, 40) oluşmaktadır.

- **Sistematiklik Alt Ölçeği:** Örgütlü, planlı ve dikkatli araştırma eğilimidir. Kaotik bir akıl yürütme davranışı yerine bilgiye dayalı ve belirli bir prosedür izleyen bir karar verme stratejisi kullanma eğilimi demektir. Yüksek puanlar daha sistematik, dikkatli ve örgütlü düşünme eğilimini göstermektedir. 6 maddeden (4, 9, 10, 19, 21, 23) oluşmaktadır.

- **Kendine Güven Alt Ölçeği:** Kendine güven, kişinin kendi akıl yürütme süreçlerindeki güveni yansıtır. Yüksek puanlar bu güvenin yüksek olduğunu işaret eder. Bu alt ölçek toplam 7 maddeden (14, 29, 35, 39, 44, 48, 51) oluşmaktadır.

- **Meraklılık Alt Ölçeği:** Meraklılık ya da entelektüel meraklılık, herhangi bir kazançya da çıkar beklentisi olmaksızın kişinin bilgi edinme ve yeni şeyler öğrenme eğilimini yansıtmaktadır. Yüksek puanlar bu eğilimin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Meraklılık alt ölçeği 9 maddeden (1, 8, 30, 31, 32, 34, 38, 42, 46) oluşmaktadır.

Ölçek, 6'lılık likert tipi bir ölçektir. Her bir madde 1 ve 6 arasında (“Hiç katılmıyorum” 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kısmen katılmıyorum” 3 puan, “kısmen katılmıyorum” 4 puan, “katılıyorum” 5 puan, “tamamen katılıyorum” 6 puan) değerlendirilmektedir. Ölçekteki 05, 06, 09, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 33, 36, 41, 43, 45, 47, 49, 50 numaralı maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır.

- **240 puandan az** alan kişilerin genel eleştirel düşünme eğilimleri “**düşük**”

- **240-300 puan** alanların “**orta**”

- **300 puandan yüksek** alanların eleştirel düşünme eğilimleri “**yüksek**” olarak değerlendirilmektedir (32).

2.2.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama işlemine başlamadan önce Okan Üniversitesi Etik Kurulu'na başvurularak Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek-2). Etik kurul onayı alındıktan sonra, çalışmanın yürütüleceği hastanelerin idari birimlerden alınmış olan izinlerle 12.03.2014 ve 16.03.2014 tarihleri arasında anket formu hemşirelere verilerek veri toplama işlemi başlamıştır. Katılımcılardan alınan anket formları araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına girilmiştir. Elde edilen cevapların matematiksel kodlara çevrilerek SPSS programına aktarılarak analizlerin yapılma ortamı sağlanmıştır. Paket

programın sunduğu hesaplamalar sonucunda bir takım analizler yapılmış, sonuçları yorumlanmış ve değerlendirilmiştir.

2.2.3. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin analizinde “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18,0” veri analizi programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken yüzdellik, ortalama, ilişkisiz grup t-testi, oneway Anova (tekyönlü varyans analizi) ve scheffe testi, pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, % 95’lik güven aralığında ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ ’te değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği ve bir takım demografik özelliklere ilişkin sorular bulunan form ile paket bir anket programı uygulanmıştır. Anket verileri bilgisayar ortamına aktarılarak değerlendirilmiş ve başlıklar altında verilmiştir. Katılımcı sayısının 100 olması nedeni ile her bir ölçüm aynı zamanda yüzde ölçüm olarak düşünülebilmektedir.

Tablo 7: CEDEÖ ve alt boyutları puan ortalamaları

CEDEÖ ve Alt Boyutlar	n	X±ss
Genel Toplam	100	191,24±12,86
Doğruyu Arama	100	20,3±5,29
Açık Fikirlilik	100	35,03±7,21
Analitiklik	100	46,20±4,74
Sistematiklik	100	18,96±7,79
Kendine Güven	100	30,30±3,42
Meraklılık	100	40,45±4,96

Eleştirel düşünme genel puanları incelendiğinde; yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri puanı 191,24±12,86 olduğu görülmektedir. Bu puan düşük eleştirel düşünme eğilimi anlamına gelmektedir.

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “yaş” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulanmıştır. Yönetici hemşirelerin CEDEÖ genel puanı ve diğer alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p < 0.05$).

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının yönetici hemşirelerin “medeni durum” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla iki değişken arasında “ilişkisiz grup t-testi tekniği” uygulanmıştır. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bununla birlikte evli olan yönetici hemşirelerde kendine güven ve meraklılık alt boyutları hariç diğer tüm alt boyutlarda daha yüksek puanlara rastlanmıştır.

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “eğitim durumu” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulanmıştır. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “mesleki deneyim süresi” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulanmıştır. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin mesleki deneyim süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$). 4-6 yıl çalışma süresine sahip olan örneklemin genel ve tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya sahip olması dikkatleri çekmektedir.

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “yönetici olarak çalışma süresi” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulanmıştır. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışma süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$). On yıl ve üzeri çalışanların doğruyu arama alt boyutu puan ortalamaları yüksektir fakat anlamlı değildir. Bu durum diğer alt boyutlarda da farklı çalışma yıllarında da görülebilmekte fakat istatistiksel olarak anlam kazanmamıştır.

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “Çalışılan birim” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulanmıştır. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin yönetici olarak çalışma süresi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$). Sistematiçlik ve doğruyu arama alt boyutlarında ameliyathanelerde çalışan yöneticiler, meraklılık ve açık fikirlilik alt boyutlarında ise yatan hasta katlarında çalışan yönetici hemşirelerin puanları yüksek bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir.

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “Eleştirel Düşünce Eğitimi” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulanmıştır. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin Eleştirel Düşünce Eğitimi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$). Dikkat çekici olan durum genel ve alt boyut puanlarında eleştirel düşünce eğitimi almış katılımcıların puan ortalamalarının yüksek olduğudur.

CEDEÖ genel ve alt boyut puanlarının “Görev Yapılan Hastane” değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla “tek yönlü varyans analizi” tekniği uygulanmıştır. CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin görev yapılan hastanedeki değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$). Araştırma verilerine göre Atatürk Devlet Hastanesi genel puan ortalamalarında en yüksek orana sahiptir. Doğruyu arama alt boyutunda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, açık fikirlilik, analitik düşünme, meraklılık ve kendine güven alt boyutlarında ise Atatürk Devlet Hastanesi en yüksek puanlara sahiptir. Ancak bu puanlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İstatistiksel anlamlılığın genel olarak tüm analizlerde görülmemesinin sebebi olarak örneklem sayısının yeterli olmaması olarak düşünülmektedir.

3. Tartışma

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesinde yapılan anketlerin analizinde California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği kullanılmış ve söz konusu üç hastaneden alınan 100 kişilik örneklemin genel puan ortalamaları toplamı 191 civarında bulunmuştur. Ölçeğe göre, bu rakam düşük eleştirel düşünme anlamına gelmektedir. Eşer ve ark. (2007), Arslan ve ark. (2009), Kıranşal ve ark. (2006), yaptıkları çalışmada hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimini düşük düzeyde bulmuşlardır (33). Veriler incelendiğinde, eleştirel düşünme eğitimi alan katılımcıların tüm alt boyutlarda yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Bunun bir tesadüf

olmadığı ise açıktır. Erkuş (2011) çalışmasında, CEDEÖ genel ve alt boyut puanları ile yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğitimi alma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak eleştirel düşünme eğitimi aldığını belirten yönetici hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğunu ve eleştirel düşünme eğitimi alan hemşirelerin CEDEÖ genel toplam, “sistematiklik”, “kendine güven” ve “meraklılık” alt boyutu puanları almayan hemşirelerin puanlarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu beyan etmiştir (43).

Araştırma yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme yetilerini ölçülmesi üzerine temellendirilmiş olsa da, aynı zamanda örneklemin demografik özelliklerinin bu cevaplara olan etkisi araştırılmak istenmiştir. Her ne kadar istatistiksel bir anlama rastlanmasa da demografik özelliklerin ya da mesleki yeterliliklerin etkisi puan ortalamalarına yansımıştır. Örneğin; eleştirel düşünme eğitimlerine katılmış yönetici hemşirelerin genel puan ortalamalarında ve ölçeğin alt boyutlarının tamamında yüksek puanlar elde edilmiştir. İstatistiksel bir anlamlılık bulunmamasıyla beraber Doğruyu Arama, Sistematiklik ve Kendine Güven alt boyutlarında 31-35 yaş arası gurubun diğer yaş guruplarına göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Bu, söz konusu yaş ortalamasındaki hemşirelerin iş ve aile hayatına tam anlamıyla adapte olması, bu adaptasyon sonucu iş hayatında sistemli ve daha meraklı olmaları akabinde daha emin adımlarla hizmet verme istekleri şeklinde yorumlanmaktadır. Medeni hal ve eleştirel düşünme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, Doğruyu arama, kendine güven ve meraklılık alt boyutlarında bekârların, diğer alt boyutlarda ise evlilerin puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Dil Coşkun (2001) (37), Eşer ve ark. (2007) (39), Öztürk ve Ulusoy (2008) (40), Doğan Yılmaz (2010) (38) da çalışmalarında medeni durum ile eleştirel düşünme arasında farklılık bulunmamışlardır. Araştırmada, %23'lük orana sahip bekâr katılımcıların medeni halleri nedeniyle, sorumluluklarının daha az olması ve sosyal hayatlarında kendilerine ayırabildikleri zamanın evli katılımcılardan fazla olması sonucunda, doğruyu arama ve meraklılık alt boyutları puan ortalamalarının yüksek olması ilişkilendirilmektedir.

Araştırmada, lisans mezunları alt boyut puanları lisansüstü eğitim durumuna sahip katılımcıların alt boyut puan ortalamalarından genel olarak düşük olduğu görülmüştür. Anlamlı bir fark bulunmamakla beraber, eleştirel düşünmenin eğitim süresi uzunluğu ile birlikte geliştiği düşüncesi dikkatleri çekmektedir. Drennan (2010) (41), çalışmasında, lisans ve yüksek lisans mezunları arasında bir farklılık bulunmamıştır. Normal şartlarda eğitim seviyesinin yükselmesiyle, bireyde farkındalıkların ve profesyonel hayata bakışlarının artışı kaçınılmazdır. Birey, içinde bulunduğu eğitim süreci içerisinde aldığı eğitime bağlı olarak olaylara farklı açılardan bakabilme yetisi kazanmakta ve bu özellikleri kendi hayatına uyarlayabilmektedir. Bunun sonucu olarak, eğitim seviyesinin yükselmesi ile birlikte alt boyutların puan ortalamalarının doğru orantılı olması yadırganmamaktadır.

Dirimeşe (2006), hemşirelik deneyim süresine göre eleştirel düşünme eğilimi toplam puanı arasındaki farkın anlamsız olduğu 1-5 yıl deneyim süresi olan hemşirelerin meraklılık alt ölçek puanının 5 yıl ve daha fazla deneyimi olan hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuştur (46). Araştırmada meraklılık alt boyutunda meslekte 1-3 yılları arasında çalışan katılımcıların puan ortalamalarının yüksek görülmesi Dirimeşe'nin çalışması ile paralellik göstermektedir. Analitiklik, kendine güven ve sistematiklik alt boyutlarında ise mesleki tecrübe ile 4-6 yıl arasında puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir.

Bu araştırma için örneklem Antalya'da önemli yere sahip üç hastaneden seçilmiştir. Bu üç hastane dâhilinde yönetici hemşire görevi yapmakta olan hemşirelerin eleştirel

düşünme puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, alt boyut puan ortalamaları incelenirse; Antalya Atatürk Devlet Hastanesi'nden katılan yönetici hemşirelerin açık fikirlilik, analitiklik, kendine güven ve meraklılık alt boyutlarında yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu, diğer alt boyutlarda ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür.

4. Sonuç ve Öneriler

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Atatürk Devlet Hastanesi bünyesinde çalışmakta olan 100 yönetici hemşirenin eleştirel düşünme eğilimlerini ölçmek amacı ile yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Hemşirlerin %41'i 36-40 yaş grubunda, %77'si evli ve %61'i lisans mezunudur.
- %89'u 10 yıl ve üzeri süredir hemşirelik yapmakta, %36'si 1-3 yıldır yönetici olarak çalışmakta ve %61'i yatan hasta katlarında çalışmaktadır.
- Hemşirlerin %33'ü hemşirelik mesleğini kendi isteği ile seçtiğini ifade etmiş, %45'i yönetici olmaktan memnun olduğunu, %76'sı yaptığı işin kendisini orta seviyede tatmin ettiğini belirtmiştir.
- Hemşirelerin %71'i yöneticisi ile uyum içerisinde çalıştığını, %80'i ekibi ile uyum içerisinde çalıştığını belirtmiş, %66'sı ekip çalışmasının kendisini motive ettiğini ifade etmiştir.
- Hemşirelerin %51'i problem çözme eğitimi aldığını belirtirken, %72'si eleştirel düşünme ile ilgili bir eğitim almadığını ve %48'i iş ile ilgili konularda problem çözmede üst yöneticisinden destek aldığını ifade etmiştir.
- Hemşirelerin %57'si dernek üyeliği yoktur.
- Hemşirelerin %59'u güncel medyayı internetten takip ettiğini ve %65'i hergün sosyal medyayı kullandığını belirtmiştir.
- Hemşirelerin California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği (CEDEÖ) puan ortalaması 191,24 olarak bulunmuş ve “düşük”olarak yorumlanmıştır.
- Hemşirelerin yaşlar, medeni durumları, eğitim durumları, mesleki deneyimleri, yönetici olarak çalışma süresi, çalıştıkları birim, eleştirel düşünme eğitimi alma durumları ve çalıştıkları hastane ile CEDEÖ'nin toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Yönetici hemşirelerin eleştirel düşünmemesinin altında yatan nedenlerin araştırılması,
- Yönetici hemşireler ile servis hemşireleri arasında düzenli toplantılar yapılarak hemşirelerin eleştirel düşüncelerini arttırmak için neler yapılabileceğinin tartışılması,
- Öncelikle yönetici hemşireler olmak üzere, tüm birimlerde çalışana hemşirelerin eleştirel düşünme konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla eğitim programlarının planlanması ve hemşirelerin bu programlara dahil edilmesi,
- Daha geniş örneklem grubunda, farklı değişkenler açısından da benzer çalışmalarının planlanması önerilmektedir.

Kaynakça

1. ÖZER, Nadiye. (2002), Kritik Düşünme, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2).
2. MİLLER Mary Alice., BABCOCK Doroty. (1996), *Critical Thinking Applied to Nursing*, Mosby Year Book Inc. St Louis.
3. ERENLER Ayşe Gül. (2007), Acil Servis Hemşirelerinin Problem Çözme Becerilerini Algılayışları İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
4. KÖKDEMİR Doğan.(2003), Belirsizlik Durumlarında Karar Verme ve Problem Çözme, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi., Ankara.
5. KIRANŞAL N, ADANA F, ERDAL S. ve ark. (2006), Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin incelenmesi, 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Kasım, İstanbul.
6. BAYKAL Ülkü., YAZICI ALTUNTAŞ Serap., SÖKMEN Serap. (2006), Yönetici Hemşirelerimiz Kimlerdir?, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22 (2), s.55-69.
7. ERKAN Elvan, Abaan SüHEYLA (2006), Devlete ve Özel Sektöre Bağlı Hastanelerde Çalışan Servis Sorumlu Hemşirelerinin İşe ve İnsana Yönelik Liderlik Yönelimlerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1(13), s.2- 10.
8. TERZIOĞLU Füsün. (2006), The Perceived Problem Solving Ability of Nurse Managers. *Journal of Nursing Management*, 14, s.340–347.
9. DİL Coşkun Sati. (2001), Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
10. DOĞAN YILMAZ Esra, (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Kitap Okuma Alışkanlarına İlişkin Tutumları, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
11. EŞER İsmet., KHORSİD Leyla., DEMİR Yurdanur. (2007), Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3),s. 13-22.
12. ÖZTÜRK Nezaket. (2006), Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
13. DRENNAN Jonathan. (2010). Critical Thinking As An Outcome of A Master's Degree in Nursing Programme.” *Journal Of Advanced Nursing*, 66(2), s. 422- 431.
14. DİRİMEŞE Elif. (2006). Hemşirelerin ve Öğrenci Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
15. ERKUŞ Birkuş. (2011). Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi Ve Problem Çözme Becerileri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

**İŞ YÜKÜNE DAYALI NORM KADRO BELİRLENMESİ:
ÖZEL BİR HASTANE AMELİYATHANESİNDE
HEMŞİRE İHTİYACININ PLANLAMASI**

Özlem TAŞ*

İsmail AĞIRBAŞ**

ÖZET

Norm kadro bir işletme ya da bir kuruluşun saptanan amacına ulaşabilmesi için, kullandığı teknolojiyi de göz önünde tutularak amacı doğrultusunda yapması gerekli işlerin iş yüküne göre orada istihdam edilmesi gerekli personel sayısının nitelikleri itibariyle saptanmasıdır. Norm kadro çalışmaları ve uygulaması kişi başına düşen iş yükünü belirlemesi ve de işgücü paylaşımının hem adil hem de insani boyutlarda olabilmesi açısından çok önemlidir. Bu çalışma, hastanelerde üretilen hizmetin en önemli boyutu olan ameliyathane hemşirelik hizmetlerinin iş yükünü tespit ederek norm kadrolarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma Ankara’da açılması planlanan hizmet yelpazesi geniş özel bir hastane için (45 yoğun bakım yatağı, 150 hasta yatağı, 9 ameliyat masası vs.) gerçekleştirmiştir. Ocak 2014 ile Nisan 2014 tarihleri arasında, sıklıkla genel cerrahi ameliyatlarının yapıldığı, 3 ameliyat masasının bulunduğu, bir ameliyathanede yapılmıştır. Bu ameliyathanede yapılan ameliyatlara sayı ve süreleri esas alınarak 9 ameliyat masası için gerekli hemşire sayısı hesaplanmıştır. Her branştaki ameliyat için gerekli hazırlık süresi, belirli bir beceri düzeyindeki hemşire ve henüz belirli bir beceri düzeyine erişememiş hemşireye ameliyathanede hazırlığı en uzun süren, en kısa süren ve ortalama birer vaka hazırlanmış her iki hemşirenin çalışma sürelerinin aritmetik ortalaması alınmış ve sonuçta iki hemşirenin çalışma sürelerinin de aritmetik ortalaması bulunarak belirli bir süre tespit edilmiştir. Genel bir sonuç olması itibariyle bir vaka hazırlığı süresi 15 dakika olarak belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; ayda ortalama 683 günde ortalama 26 ameliyatın yapıldığı belirlenmiştir. Sonuç olarak ameliyathanede toplam 18 hemşirenin bulunması gerektiği belirlenmiştir. İnsan kaynakları planlamasının araçlarından birisi olan norm kadro çalışmalarının; iyi anlaşılması ve çağımızın gereklerine uygun bir şekilde uygulanarak gelişmelere paralel olarak devamlı takip edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ameliyathane ,hemşire iş yükü, norm kadro planlaması

*Bİm.Uzm.Özlem TAŞ ozlem_tas@hotmail.com

** Prof.Dr. İsmail AĞIRBAŞ, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı agirbas@ankara.edu.tr

**DETERMINATION OF PERMANENT STUFF BASED ON WORK LOAD:
PLANNING THE NEED FOR NURSES IN SURGERY ROOM
AT A PRIVATE HOSPITAL**

Özlem TAŞ*

İsmail AĞIRBAŞ**

ABSTRACT

Permanent stuff is considered as determination required number of personnel together with their certain qualifications in an organization to acquire its objectives according to the work load based on the organization's purpose by taking applied technology into account. Studies on permanent stuff and their applications are rather important in terms of determination of work load per person and to ensure sharing the work load in a fare and humane way. The present study aims to determine the most important aspect of produced service at hospitals, required work load for nurses in the surgery room at a private hospital so as to reveal need for number of permanent stuff. This study was conducted for a hospital with extensive service, which is planned to be commissioned in Ankara City (45 intensive care beds; 150 regular patient beds; 9 surgery tables etc.). The study was implemented for a surgery room with 3 surgery tables, where usually general surgery operations are performed, in the time period between January 2014 and April 2014. By taking total numbers and duration of surgeries implemented in this surgery room into account, the required numbers of nurses for 9 surgery tables were estimated. In estimation of the required preparation time for a surgery in an individual area of subject, a case study was implemented with participation of the most and least experienced nurses. The arithmetic average of their individual preparation times were taken as estimated preparation time for a surgery in that specific Area. Since it is a general estimation, a case preparation period was determined as 15 minutes. According to the obtained results, there were totally 683 surgery operations monthly and 26 average operations daily. Conclusively, it was determined that the number of required nurses in the surgery room were 18. In order to comprehend the permanent stuff study, one of the tools of the human resources planning, it is suggested that it must be applied according to the requirements of our contemporary world and be updated based on the latest developments continuously..

Keywords: Surgery room, nurse work load, permanent stuff planning

1. Giriş

Örgütlere yön veren ve onu başarıya veya başarısızlığa taşıyan en önemli faktör insangücüdür. İnsan unsurunun örgütte gerçek ihtiyacı karşılayacak düzeyde ve kapasitede olması ve örgüte en yararlı personelin istihdam edilmesi başlı başına bir konudur. Bu konuda alınacak tedbirler ve kararlar örgüte rakipleriyle rekabette avantaj sağlayacaktır.(Sabuncuoğlu,1997:95)

Örgütlerin verimli bir şekilde çalışabilmesi örgütleri oluşturan insangücünün etkili yönetilmesine ve onlardan yararlanabilme derecesine bağlıdır. Bu nedenle tüm yöneticiler örgütün insangücünü etkili bir şekilde kullanabilmeli ve yönetebilmelidir. Örgütlerin amaçlarına etkili ve verimli bir şekilde ulaşabilmeleri için ister özel ister kamu kesiminde olsun insangücünü bilimsel yöntem ve teknikleri kullanarak planlama zorunluluğu vardır. Buda genel olarak,bilimsel bir temele dayanan ve örgütün özelliklerine uygun bir insangücü planlaması ile mümkündür.(Can ve ark.,1998:5,Sabuncuoğlu,2000:28)

Çok sayıda meslek grubunun çalıştığı karmaşık ve işlevsel bağımlılığı olan örgütler olarak tanımlanabilecek sağlık kurumlarında, insangücü dahada önem kazanmakta ve planlamasıda daha önemli bir işlev haline gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve başarısı açısından en önemli unsur sağlık insangücünün başarısı olmaktadır. Kamu ve özel sektörde her çeşit sağlık hizmetini üreten insangücünün tümü sağlık insangücü olarak tanımlanmaktadır. (Erigüç,2000:10,Kavunçubası 2000:76)

Türkiyede sağlık insangücünün çok büyük bir kısmının hastanelerde çalışıyor olması ise, hastanelerde insangücü planlanmasını ve akılcı kullanımını zorunlu hale getirmektedir. (Erigüç,2000:10,Kavunçubası 2000:76)Hastanelerin insangücünün %50-60'nı hemşirelerin oluşturduğu bilinmektedir.Ellerindeki kıt kaynakları en iyi şekilde kullanarak örgütlerini amacına ulaştırma sorumluluğu taşıyan hastane yöneticilerinin, bütçelerinin büyük bir kısmını oluşturan insangücü maliyetini en aşağı seviyelere çekebilmek için,özellikle insan kaynağının yarıdan fazlasını oluşturan hemşire insangücünü en iyi şekilde planlamak zorunda oldukları yadsınamayacak bir gerçektir. Hemşire insangücünün etkin ve verimli kullanımı, sunulan hizmetin niteliğinin artırılması ve iyi yönetilmesi, hastanelerin verimliliklerini doğrudan etkiler.(Ançel,1996:2,Yıldırım ve Yılmaz,2004:15)

Türkiye’de kamuya bağlı ve özel hastanelerde hemşire insangücü planlama yöntemi, hasta ve yatak sayısı ile orantılı olan insangücü düzenlemesidir.Ancak sadece hasta ve yatak sayısı kriterlerinin kullanılması işyükünü belirlemede yanıltıcı olabilmekte bu yaklaşım hemşirelik bakım faaliyetlerinin miktarının ve hastaların bağımlılık düzeylerinin gözardı edilmesi anlamına gelmektedir.Günümüzde kullanılan geleneksel yatak hemşire oranları geçerli ve güvenilir bir temele dayanmadığından hemşire insangücü maliyetlerinin istenilen seviyeye çekilmesinde faydalı olamamaktadırlar. Dolayısıyla verimlilik açısından bakıldığında hastanelerde iş yüküne dayanan hemşire insangücü planlaması yapmak çok önemli bir ihtiyaç haline gelmektedir.Hemşire insangücü planlaması yapılırken hangi metod kullanılırsa kullanılsın yatak sayısı yanında hastaların bağımlılık düzeylerini ve işyükünüde

dikkate alan bir yöntem kullanılması çok önemlidir. (Camman ve Öktem,1992:31,Yıldırım ve Yılmaz ,2004:16)

Hastanelerin faaliyetlerini kesintisiz devam ettirebilmesi,verilen hizmetin etkili ve verimli olabilmesi için insangücünün uygun yöntemlerle işyükünü karşılayacak şekilde planlanması gerekmektedir. İnsangücünün planlaması, işgücünü en etkin şekilde değerlendirmelidir ki, bu ancak belli bir sistematikle gerçekleşebilir. Norm kadro çalışmaları burada devreye girmektedir. Norm kadro çalışmaları örgütlerin görevlerini etkin ve verimli bir şekilde yerine getirebilmeleri için uygulanan çalışmalardır. Bu çalışmaların en önemli amaçlarından birisi, görevlerin yerine getirilmesi için gereken kadronun nitelik ve sayısının belirlenmesidir. Bu amaçla yapılan norm kadro çalışmaları, örgüt içerisinde yer alan görevlerin gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan, ideal kadronun nitelik ve nicelik yönüyle belirlenmesidir. Burada önemli olan amaçların gerçekleştirilmesi ve bu yöndeki işlerin yapılması için gerekli olan ideal kadronun yani, olması gerekenden ne daha az, ne de daha fazla kadronun belirlenmesidir(Yılmaz,Özdem;2004:116) Norm kadro uygulaması ile kişiye göre iş yerine; tanımı yapılmış, standartları ve nitelikleri belirlenmiş işe ve kadroya göre uygun kişinin seçilmesi amaçlanmaktadır.(Bilgin ve Aytürk;2003:159)

Norm kadro çalışmaları ve uygulaması kişi başına düşen iş yükünü belirlemesi ve de işgücü paylaşımının hem adil hem de insani boyutlarda olabilmesi açısından çok önemlidir. Hastalara gereksinim duydukları bakım faaliyetlerini veren hemşirelerin sayısının belirlenmesi ve sağlanması süreci olarak tanımlanabilecek olan hemşire insangücünün planlamasının amacı, etkili ve etkin hemşirelik bakımı sunabilme ve tahmin edilen hasta bakım ihtiyaçlarına göre uygun sayıda hemşire sağlamaktır. Bu amaca ulaşabilmek için sağlık kurumları, öncelikle hastanede veya klinikte sunulan hizmetin iş yükünü belirlemelidir.(Yıldırım,2002:57)

İş yükü analizi, kurumda mal veya hizmet üretimini gerçekleştirebilmek için gerekli işgücü miktarının adam/saat cinsinden tespitine yönelik işlemlerden oluşur.Gerekli zaman (saat) cinsinden iş yükünün bulunabilmesi için öncelikle, yapılan iş ölçümleri sonucunda ele alınan her iş için ortalama miktar ve zamanın hesaplanması gerekir. İş ölçümü ‘nitelikli bir işçinin, tanımlanmış bir işi belirlenmiş bir çalışma hızı ile yapabilmesi için gerekli zamanı saptamak amacıyla hazırlanmış tekniklerin uygulanmasıdır’ Hemşire iş yükü ölçümlerinde hemşirelik bakımı için hasta ihtiyaçlarına odaklanmak gereklidir. İş yükü ölçümünde hasta sınıflandırma sistemleri, hemşire ihtiyacı ile ilgili kararlar vermek için temel gösterge olarak kullanılmaktadır(Seçim,1988:23;Timur;2004 [http://www.aso.org.tr/ dosyanisan2004.html](http://www.aso.org.tr/dosyanisan2004.html), Şahin ve ark., 2000:338)

Hemşirelik hizmetlerinin verimliliğini değerlendirmek, hemşirelerin yaptığı faaliyetleri analiz etmek ve hemşirelik iş yükünü ölçmek amacıyla iş etüdü kullanılmaktadır. İş etüdü, gelişme olanağı yaratabilmek amacı ile, belirli bir olayı ya da etkinliği ekonomik ve etkinlik yönünden etkileyen tüm faktörleri araştıran ve insan çalışmasını geniş kapsamda inceleyen bir teknik olup, özellikle metod etüdü ve iş ölçümü teknikleri için kullanılan genel bir terimdir.(Yıldırım ve Yılmaz,2004:16, Timur,2005:86)

İş ölçümü tek başına bir teknik olmayıp, bazı tekniklerden oluşmaktadır. İş ölçümünde kullanılan başlıca teknikler, iş örnekleme, zaman etüdü, önceden saptanmış hareket sistemleri ve standart veridir. Bu teknikler arasında en yaygın olarak kullanılan ise zaman etüdüdür. Zaman etüdü, belirli koşullar altında yapılan belli bir işin öğelerinin zamanını ve derecesini kaydederek bir çalışma hızında yapabildiği için gereken zamanı saptamakta kullanılan bir iş ölçümü tekniğidir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hastanelerde üretilen hizmetin en önemli boyutu olan ameliyathane hemşirelik hizmetlerinin iş yükünü tespit ederek norm kadrolarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evreni Ankara il merkezinde açılması planlanan hizmet yelpazesi geniş (özellikle alanların mevcut olacağı) özel bir hastane oluşturmaktadır (45 yoğun bakım yatağı, 150 hasta yatağı, 9 ameliyat masası vs.) .Sağlık grubunun ayrıca hizmet sunduğu farklı branşları bulunan farklı hastanelerde mevcuttur. Ocak 2014 ile Nisan 2014 tarihleri arasında, sıklıkla genel cerrahi ameliyatlarının yapıldığı, 3 ameliyat masasının bulunduğu, bir ameliyathanede yapılmıştır. Bu ameliyathanede yapılan ameliyatların sayısı ve süreleri esas alınarak 9 ameliyat masası için gerekli hemşire sayısı hesaplanmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Uygulamada görüşme teknikleri kullanılmıştır. Veriler toplanırken çalışmaya katılan kişilere uygulamanın amacı ve kendilerinden beklenen iş açıklanmıştır. Araştırmaya katılanlar amacın farkında olarak ancak normalden farksız bir çalışma sistemi içinde çalışmaya dahil olmuşlardır. Yapılan ölçümler sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak Excel programında değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Hastanenin 9 tane ameliyathanede bir tane kadın doğum servisinde olmak üzere 10 adet ameliyat masası mevcuttur. Kadın doğum ameliyathanesinin hesaplaması ayrı gerçekleştirilmiştir.

Her branştaki ameliyat için gerekli hazırlık süresi: belirli bir beceri düzeyindeki hemşire ve henüz belirli bir beceri düzeyine erişememiş hemşireye ameliyathanede hazırlığı en uzun ve en kısa süren ortalama birer vaka hazırlanmış her iki hemşirenin çalışma sürelerinin aritmetik ortalaması alınmış ve sonuçta iki hemşirenin çalışma sürelerinin de aritmetik ortalaması bulunarak belirli bir süre tespit edilmiştir (Tablo 1).

Genel bir sonuç olması itibarıyla bir vaka hazırlığı süresi 15 dakika olarak belirlenmiştir. Aşağıdaki tabloda belirlenen süreler üzerinden aritmetik ortalama ile vaka hazırlık süreleri standart hale getirilmiştir.

Tablo 1:Vaka Hazırlık Süreleri

Vaka Tipleri	Deneyimli Hemşire	Deneyimsiz Hemşire	Aritmetik Ortalama
Büyük Ölçekli Bir Vaka	15 dakika	25 dakika	20 dakika
Küçük Ölçekli Bir Vaka	6 dakika	14 dakika	10 dakika
Aritmetik Ortalama	10,5 dakika	19,5 dakika	15 dakika

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde kaç ameliyat yapıldığı tespit edilmiştir. Her ay için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Günlük ortalama kaç ameliyat yapıldığı belirlenmiştir. Bir ayda çalışma günleri toplamı 26 olarak hesaplamaya dahil edilmiştir. Her ameliyat için ara sayısı tespit edilmiştir. Günlük ameliyat adedinin bir eksiği ara sayısı olarak tesbit edilmiştir. Standart ele alınan vaka hazırlık süresi ortalama ameliyat adedi ile çarpılarak pasif çalışma süresi bulunmuştur. Uygulama tablosunda bu hesaplama sonucu görülmektedir. Hastanede hastaların ameliyat salonuna giriş ve salondan çıkış zamanları bilgi işlem sistemine veri olarak girilmektedir. Bu sistemin yardımıyla vakaların ne kadar sürede gerçekleştiği toplam olarak belirlenebilmektedir. Ayrıca vakalar TTB ve SUT sınıfına görede ayrılarak izlenebilmektedir. Her ameliyat için gerekli ön hazırlık(pasif çalışma süresi) aşaması önceden belirlenen ortalama hazırlık süresi baz alınarak ameliyat adedi ile çarpılarak aylık toplam pasif çalışma süresi belirlenmiştir. Bu şekilde belirlenen aktif vaka sürelerine pasif çalışma süreleri de eklenerek bir vaka için hazırlık aşaması dahil toplam süre belirlenmiştir. Aylık yasal çalışma süresi saat cinsinden olduğu için veriler saat cinsinden ele alınmıştır. Bu nedenle veriler, sistemde dakika cinsinden yer aldığı için saat cinsine çevrilmiştir. Yasal aylık çalışma saati her ay için değişkenlik göstermesi sebebiyle aylık çalışma süresini sabit alabilmek adına yasal aylık çalışma sürelerinin yıllık toplamına dayanılarak aylık aritmetik ortalaması alınmıştır Burada ameliyathanenin genel işleyişine ait işlemler analize tabi tutulmamıştır. Ameliyathane genel işleyişinin ameliyathane sorumlu hemşiresinin sorumluluğunda olması sebebiyle araştırmanın sonucunu etkileyecek bir etki yapmadığı düşünülmektedir. Bu işlemlere ortalama hemşire devir oranı(turnover) eklenerek gerçek norm tespit edilmiştir.

Tablo 2:Ameliyathane Norm Kadro Verileri

AY	ADET	AMELİYAT SÜRESİ (Dakika)	GÜNLÜK ORTALAMA AMELİYAT ADEDİ	ARA SAYISI	PASİF ÇALIŞMA SÜRESİ (Dakika)
Ocak	674	54.071	26	25	374
Şubat	679	55.481	26	25	377
Mart	690	53.447	27	26	383

TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ (Dakika)	TOPLAM ADET	TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ (Saat)	YASAL AYLIK ORTALAMA ÇALIŞMA SÜRESİ	ARA SAYISI	NORM HEMŞİRE	NORM TOPLAM
54.445	690	907	180	26	5,04	15,12
55.858	690	931	180	26	5,17	15,52
53.830	690	897	180	26	4,98	14,95
60.174	690	911	180	26	5,57	16,72
		ORTALAMA	15,480		5,57	16,72
		Ortalama HDO (Hemşire Devir Oranı) :% 5				
		NORM	17,55			

4. Tartışma ve Sonuç

Ameliyathanede iş yüküne göre bulunması gereken hemşire sayısının belirlenmesi sonucuna göre bu ameliyathanede kadrolu toplam 18 hemşirenin bulunması gerektiği belirlenmiştir. Bu çalışma ile ameliyathane biriminin kadrosu belirlenmiştir.

Norm kadroya yönelik çalışmalar oldukça fazla olmasına karşın sağlık sektöründe, özellikle ameliyathaneye yönelik çalışma azdır. Uygulama yapılan ameliyathane genel bir ameliyathane olduğu için branş bazlı bir çalışma yapılamamıştır. İşlemlerin sürelerinin ölçümünde bir hemşirenin rol aldığı işlem süreleri değerlendirilmiş ve bu doğrultuda hesaplamalar yapılmıştır. Ameliyat hazırlık süreleri, her ameliyat için ayrı ayrı hesaplanmamış, büyük ve küçük ameliyathane hazırlık süreleri deneyimli ve deneyimsiz personele ayrı ayrı hazırlatılarak sürelerin aritmetik ortalaması alınmış ve belirlenen büyük ve küçük ameliyathane hazırlık sürelerinin aritmetik ortalaması alınarak standart kabul edilen bir süre üzerinden çalışmalar yürütülmüştür. Pazar günleri ameliyat sıklığı sonucu etkilemeyecek kadar az olduğu için pazar günleri çalışma günlerine dahil edilmemiştir.

Ameliyathanede yapılan işlemlerin süreleri, işlemin uygulama prosedürü, çalışmanın yapıldığı ünite, hemşirelerin yürüme mesafesi ve ameliyathanenin fizik yapısı, hemşirelerin gerekli malzemelere zamanında ulaşım ulaşamamaları, yapılan ameliyathaların sınıflandırma şekli gibi bir çok faktöre göre değiştiğinden, elde edilen süreler evrensel veriler gibi değerlendirilmeyip, başka kurumlarda yapılan çalışmalarla karşılaştırılması genelde uygun değildir. Yıldırım ve Yılmaz (2004) çalışmalarında 9 ameliyat masası için günde 23, toplamda 29 hemşire hesaplamışlardır.

Sağlık kuruluşlarının büyük bir alana hizmet verdiği göz önüne alındığında hem yeterli hizmet verilebilmesi hem de hizmet kalitesinin istenen standartlarda olabilmesi için norm kadro çalışmalarına gerek vardır. Hizmet gurubunun büyüklüğü norm kadro çalışmalarının çok iyi planlanmasını gerektirir.

Benzer çalışmaların birimler bazında farklı mülkiyet ve statüdeki (eğitim, özel dal vb) hastanelerde yapılmasında yarar bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. ANÇEL, Gülsüm (1996), Hemşirelerde Zamanı Verimli Kullanma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, s:2
2. BİLGİN, K., Ufuk ve AYTÜRK, Nihat (2003), Türkiye’de Kamu Kuruluşlarında Norm Kadro, Türk İdare Dergisi, Yıl 75, Sayı 438, Mart, s:159
3. CAN, Halil, AKGÜN, Ahmet, KAVUNCUBAŞI, Şahin (1998), Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, s:5
4. CANMAN, Doğan, ÖKTEM, Kemal (1992), Kamu Yönetiminde İnsan Kaynağının Geliştirilmesinde İnsangücü Planlaması, Amme İdaresi dergisi, Cilt 25 sayı 4, s:31-55
5. ERİĞÜÇ, Gülsün (2000), Sağlık Personelinin Kişisel Özelliklerine Göre İş Doyumu Üzerine Bir İnceleme, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 5 sayı 3, s:10
6. KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, s:76
7. SABUNCUOĞLU, Zeyyat (1997), Personel Yönetimi, 8. Baskı, Furkan Ofset, Bursa, s.95
8. SABUNCUOĞLU, Zeyyat (2000), İnsan Kaynakları Yönetimi, Ezgi Kitabevi, Bursa, s:28
9. YILDIRIM, D (2002), Hemşire İnsangücü Planlaması, Hemşire dergisi, cilt XII, Sayı 48 s:57-70.
10. ŞAHİN, Ümit, MERİÇ, Mürevvet, ŞAHİN, Sevgi Yıldız (2000), 3. Ulusal Sağlık ve Hastaneler Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Uluslar arası Katılımlı: 338-345
11. ŞANTAŞ, Fatih, ÖZER, Özlem VE ÇIRAKLI, Ümit (2012), Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsangücü Planlaması, Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Cilt: 2, Sayı: 2, ss. 45-59,
12. SEÇİM, Hikmet (1988) “Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri (I) İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama”, Verimlilik Dergisi, Sayı 1, s. 23
13. TİMUR, Hikmet (2004), Norm Kadro Saptama Teknikleri ve Norm Kadro Kılavuzunu Hazırlama Yöntemi <http://www.aso.org.tr/dosyanisan2004.html>, Erişim Tarihi: 10.06.2014
14. TİMUR, Hikmet (2005) İş Ölçümü İş Planlaması ve Verimlilik, Siyasal Yayınevi, Ankara, s.86.
15. YILDIRIM, Dilek, YILMAZ, Sevdâ (2004), Bir Ameliyathanede Günlük Çalışması Gereken Hemşire Sayısının Belirlenmesi, s:15-16
16. YILMAZ, Kürşad., ÖZDEM, Güven (2004), Norm Kadro Çalışmalarının Üniversitelerde Uygulanabilirliği: Nitel bir Araştırma, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, cilt:37, sayı:2, sayfa:116

SAĞLIK KURUMLARINDA PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRMENİN ÇALIŞAN MOTİVASYONUNA ETKİSİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Aydan YÜCELER*

Mehmet KILINÇ**

Ş. Didem KAYA***

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, çalışanların içten gelen bir istekle kurum adına daha fazla çaba sarf etmelerini sağlamayı hedefleyen motivasyon unsurunun oluşumunda psikolojik güçlendirme kavramının etkisini incelemektir. Bu bağlamda öncelikle kavramsal çerçeve verilmeye çalışılmış ve yapılan bir anket çalışması ile psikolojik güçlendirmenin çalışan motivasyonu üzerindeki etkisi, motivasyonun göstergeleri olarak kabul edilen iş tatmini, işten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık dikkate alınarak incelenmiştir. Söz konusu anket üç kısımdan oluşmakta olup bunlar; demografik özellikler, psikolojik güçlendirme ölçeği ve motivasyon ölçeğidir. Çalışma, Konya ilinde faaliyet gösteren Konya Numune Hastanesi ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet veren 230 çalışan üzerinde uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Psikolojik güçlendirme ve iş tatmini arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre psikolojik güçlendirme ile iş tatmini göstergeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Psikolojik güçlendirme, personel güçlendirme, motivasyon

*Yrd. Doç. Dr., Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü ayuceler@konya.edu.tr

**Yüksek Lisans Öğrencisi, Konya Numune Hastanesi, mehmetkilinc_@hotmail.com

***Yrd. Doç. Dr., Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü dkaya@konya.edu.tr

AN APPLICATION ON THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT ON EMPLOYEE MOTIVATION IN HEALTH INSTITUTIONS

ABSTRACT

The purpose of this study to analyse the effect of concept of psychological empowerment on generation of motivation factor that aim at providing employees' making more effort for the institution with heartfelt willing. In this sense, conceptual framework is tried to be expressed primarily and the effect of psychological empowerment on motivation factor of employees and job satisfaction, intention of quitting job and absenteeism for reasons as illnesses that are accepted as indicators of motivation are analyzed with a questionnaire study performed. The concerning questionnaire consists of three parts: demographical features, psychological empowerment scale and motivation scale. The study was applied to 230 employees working for Konya Numune Hospital and Konya Research and Training Hospital that are active in the province of Konya. SPSS 16.0 program are used for the statistical analyses while evaluating the findings obtained in the study. As a result of Pearson correlation analyses carried out to understand the relationship between psychological empowerment and job satisfaction, it is assessed that $p < 0.01$ significance level in 95% confidence interval. According to research results, it is revealed that there is a significant relationship between psychological empowerment and job satisfaction indicators.

Keywords: Psychological empowerment, Employee empowerment, Motivation

1. Giriş

Günümüz rekabet ortamında işletmeleri başarıya götürecek ve fark yaratacak en önemli kaynaklardan biri işletmenin sahip olduğu işgücünün yetenekleri ve kapasitesidir. İşletmeler çalışanlarını motive ederek, yeteneklerini ve yaratıcılıklarını ortaya koymalarını sağlamak zorundadırlar. Bunun en önemli nedeni çalışanlardan en üst noktada fayda sağlayabilmek ve onların daha içten gelen bir istekle örgütsel amaçlar için çalışmalarını sağlayabilmektir. Bunu yapmak için yararlanılabilecek kavramlardan biride psikolojik güçlendirmedir.

Bu bağlamda her seviyedeki işgücünün psikolojik güçlendirmeyle bilgisinin, enerjisinin, yaratıcılığının ve motivasyonunun artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Psikolojik olarak güçlendirilmiş çalışanların daha fazla inisiyatif kullandıkları, iş konusundaki bilgilerine ve uzmanlıklarına olan güvenlerinin arttığı, sonuç olarak kendilerini daha motive hissettikleri gözlemlenmektedir.

Toplumun sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılayan sağlık kurumlarının, emek yoğun örgütler olduğu düşünüldüğü zaman, sağlık kurumlarının başarısı ya da başarısızlığı büyük ölçüde çalışan personelinin motivasyonuna bağlıdır. Sonuç olarak motivasyon ile yakından

ilişkili olan psikolojik güçlendirme kavramının sağlık kurumlarında incelenmesi ayrıca önem arz etmektedir.

1.1. Personel Güçlendirme Kavramı

Personel güçlendirme kavramı, yöneticilerin çalışanlara kendi işlerini kontrol edebilecek gücü sağlamanın avantajlarının farkına vardıkları 1960’lı yıllara dayansa da kavram olarak ortaya çıkışı 1980’li yılların başıdır. Yine 1990’lı yıllara kadar güçlendirme kavramı katılımcı yönetim, toplam kalite yönetimi, bireysel gelişim, kalite çemberleri ve stratejik planlama gibi başlıklar altında ele alınmıştır (Hemedoğlu vd., 2012: 88). 1990 sonrasında ise küresel iş ortamı, artan rekabet, sürekli ve çok hızlı değişen dış çevre, çalışanların eğitim düzeylerinin, beklentilerinin ve ihtiyaçlarının artması, işletmelerin müşterilerine daha hızlı cevap verme zorunluluğu, bilgi teknolojisindeki ilerlemeler, bilgi ve insan unsurunun günümüz işletmelerinde en temel rekabet üstünlüğü sağlayan faktörler olarak kabul edilmesi, hiyerarşiye dayanan emir-komuta yapısının mevcut koşullara cevap vermemesi günümüz organizasyonlarında personeli güçlendirme faaliyetlerine başvurulmasını gerekli kılmıştır (Somuncuoğlu, 2013: 5)

Güçlendirmenin çok boyutlu bir yapıya sahip olması, konu ile ilgili uzmanların güçlendirmeyi tanımlarken farklı birçok kavram kullanması güçlendirmenin tanımlanmasını güçleştirmektedir (Çekmecelioğlu ve Eren, 2007: 14). Bu bağlamda güçlendirme kavramı bu güne kadar farklı yazarlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Yapılan bu tanımlar bazı açılardan ortak bir payda da buluşuyor olsa da, henüz güçlendirme tanımı üzerinde tam bir uzlaşmaya varılmış değildir (Çöl, 2004: 6). Ancak ilgili literatür incelendiğinde, güçlendirme konusunda çalışan yazarlardan bir kısmının, konuya güçlendirmenin gerçekleşebilmesi için üst yönetime düşen görev ve sorumluluklar ile yöneticiler tarafından yerine getirilmesi gereken faaliyetler açısından yaklaştığı görülürken, bir kısmının da güçlendirmenin gerçekleşebilmesi için üst yönetimin neler yapması gerektiğine değil, yapılanların işgörenlerce nasıl algılandığı konusuna odaklandığı görülmektedir (Çöl, 2008: 36).

Bu açıklamalar açısından personel güçlendirme kavramıyla ilgili olara yapılan belli başlı tanımlar şu şekilde sıralanabilir (Hales ve Klidas, 1998: 89; Cunningham et al., 1996: 144, Erstad, 1997: 325; Çöl, 2008: 36; Polat vd, 2010: 4; Koçel, 2005:416, Dönmez; 2012: 6; Doğan, 2006:25; Durmaz, 2011: 12; Conger ve Kanungo, 1988:471-473, Thomas ve Velthouse, 1990:668; Spreitzer, 1995: 1444)

- Hales ve Klidas güçlendirmeyi, bilgi, enformasyon ve gücün astlarla paylaşılması,
- Cunningham ve arkadaşlarına göre güçlendirme, karar verme gücünün, bu güce sahip olmayanları da kapsayacak şekilde yeniden dağıtılmasıdır,
- Erstad için güçlendirme; işgörelere işleriyle ilgili kararları vermelerini sağlayacak imkanların sunulması ya da onlara kendi faaliyetlerinin sorumluluğunu üstlenebilecekleri bir ortamın sağlanmasıdır,
- Çalışanların kendilerini motive olmuş hissettikleri, bilgi ve uzmanlıklarına olan güvenlerinin arttığı, inisiyatif kullanarak harekete geçmek arzusu duydukları, olayları kontrol edebileceklerine inandıkları ve organizasyon amaçları doğrultusunda uygun ve anlamlı buldukları işleri yapmalarını sağlayan uygulamaları ve koşullarıdır,

- Conger ve Kanungo a göre güçlendirme, astların görev davranışlarında hem öncü olarak kişisel girişimde bulunabilmeleri, hem de bu davranışlarını devam ettirmede ısrarlı olmalarıdır,

- Thomas ve Velthouse'a göre personeli güçlendirme, çalışanlara güç vermeyi, yetki vermeyi, çalışanları harekete geçirmeyi, onlara enerji vermeyi ifade eder ve çalışanların güdülenmesinde klasik olmayan bir düşünceyi benimser, çalışanların daha esnek denetimini olanaklı kılar, yönetimin sahip olduğu yeni paradigmanın motivasyon ile ilgili içeriğine işaret eder.

- Spreitzer'da, Thomas ve Velthouse'un yaptığı tanımlamaya benzer olarak güçlendirmeyi; anlam, yetkinlik, otonomi ve etki olmak üzere dört bileşenden oluşan motivasyonel bir yapı olarak tanımlamaktadır.

Bu açıklamalardan hareketle güçlendirmeyi; astların işleriyle ilgili tüm kararları yönetici destek ve onayına gereksinim duymaksızın alabilmeleri için gereken eğitim ve kendini geliştirme imkanlarının sunulması, bağımsız hareket etmeyi teşvik eden örgütsel bir ortamın hazırlanması, işin tamamlanması konusunda gereken yetkinin ve sonuçtan doğacak sorumluluğun astlara devredilmesi ve bütün bunların astlarca kendilerini güçlendiren uygulamalar olarak algılanması, şeklinde tanımlayabiliriz. (Çöl, 2008: 38)

1.1.1. Personel Güçlendirme Türleri

Yukarıdaki açıklamalar ışığında temel olarak, Sosyo-Yapısal Güçlendirme ve Psikolojik-Motivasyonel Güçlendirme şeklinde iki farklı personel güçlendirme türünden söz edilebilir. Bu kavramlar bazı çalışmalarda davranışsal boyut ve bilişsel boyut olarak da adlandırılmaktadır (Demir, 2010: 27).

- **Sosyo Yapısal (Davranışsal) Güçlendirme:** personeli güçlendirme konusunda üst yönetime düşen görev ve sorumlulukların neler olduğunu ve yönetimin ne yapması gerektiğini açıklamaya çalışırken, aynı zamanda personeli güçlendirmeyi engelleyen sınırlamaların nasıl ortadan kaldırılabilirliğini de açıklamaya çalışır (Bolat, 2008: 66). Buna göre sosyo yapısal güçlendirme işgörenlerin bilgiye ulaşmaları, desteklenmeleri, işlerini yapabilmek için gerekli kaynaklara sahip olmaları ve son olarak öğrenme ve gelişme fırsatlarına sahip olmaları şeklinde tanımlamak mümkündür (Polatçı ve Özçalık, 2013: 19).

- **Psikolojik (Bilişsel) Güçlendirme:** İşgörenlerin yapısal güçlendirme koşullarını psikolojik olarak nasıl yorumladıklarını ifade etmektedir. En sade haliyle psikolojik güçlendirme, işgörenlerin kendilerini güçlendirilmiş hissedip hissetmediklerine ilişkin algılarıdır. Güçlendirmenin psikolojik boyutu olarak da tanımlanabilen psikolojik güçlendirme, çoğu zaman yönetsel uygulamalara tam olarak bağımlı değildir. Bu güçlendirme türü daha çok işgörenlerin yönetsel uygulamaları algılamaları ve onlara karşı geliştirdikleri tutumlarla ilişkilidir (Polatçı ve Özçalık, 2013: 20)

1.1.2. Psikolojik Güçlendirme Boyutları

Psikolojik güçlendirme kavramı Spreitzer tarafından motivasyonel yapı olarak anlamlılık, yeterlilik, özerklik (kendi kendini yönetme) ve etki şeklinde dört boyutta tanımlanmıştır (Tekin ve Köksal, 2012: 4245; Çavuş ve Demir, 2010: 217; Toplu ve Akça, 2013: 225; Çöl, 2008: 37)

• **Anlamlılık (meaning)**, personelin bireysel idealleri ve standartları doğrultusunda iş amacı ve hedeflerinin değerini ifade etmektedir. İş rolünün gerekleri ile inançlar, değerler ve davranışlar arasındaki uyumu içermektedir. Diğer bir deyişle, yürütülen işin gerekleri ile işgörenin inançları, değerleri ve davranışları arasındaki uyum arttıkça, işin birey için taşıdığı anlam da artmaktadır.

• **Yeterlilik (competence)**, bireyin, işini en iyi şekilde yapabileceği yönünde kendi yeteneklerine olan inancıdır.

• **Özerklik (self-determination)**, bireyin iş yöntemleri, temposu ve girişimi hakkında karar verebilmesi gibi iş faaliyetlerini başlatma ve düzenleme konusunda seçme ve uygulama şansının olması, işle ilgili karar alma aşamalarında, iş davranışlarını değiştirme ve düzenleme aşamalarında işgörenin otonomiye tek elde toplamasıdır. Başka bir deyişle özerklik, işte atılacak adımların, sarf edilecek eforun ve kullanılacak yöntemlerin belirlenmesinde işgörenin üst yönetimden bağımsız karar alabilme özgürlüğüdür.

• **Etki (impact)**, stratejik, yönetsel ve operasyonel iş çıktıları üzerinde bireyin bıraktığı etkinin derecesidir. Çalışanların kişilerin yaptıklarını sonucunda veya verdikleri kararlarla etkili olabilmesi, diğer bir ifadeyle, davranışlarda bir farklılık yaratmadaki derecesini ifade etmektedir.

1.2. Motivasyon Kavramı

Çalışanların gereksinimlerini karşılama ve onları çalışmaya özendirme, işletmeler açısından karmaşık ve zor bir süreçtir. Çalışanlarını motive etmek, verimlerini artırmak ve onları elinde tutmak isteyen işletmeler, öncelikle çalışanlarının gereksinimlerini iyi analiz edebilmeli, daha sonra da onlara motivasyonlarını sağlayabilecek bir çalışma ortamı ve sistemi sunmalıdırlar. Bunun için de motivasyon kavramının ve sürecinin iyi anlaşılması ve kullanılması gerekmektedir (Altok, 2009: 4).

Yaptığı işten yeterince tatmin olmayan, mutsuz olan ve motive olamayan personelin dış müşterisine istenilen hizmeti vermesi oldukça zordur. Bu bağlamda, işletmelerin en temel politikası, dış müşterilerinin istek, ihtiyaç ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanması yanında, iç müşterisinin istek, ihtiyaç ve beklentilerinin de karşılanmasıdır (Toksarı, 2012: 155).

Luthans motivasyonu; amaca ulaştıran davranışı ve yönlendiriciyi aktif hale getiren fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarla başlayan bir süreç olarak tanımlamıştır (Kılıç ve Keklik, 2012: 149). Bu bağlamda motivasyon kısaca, güdülerin etkisiyle eyleme geçme ve gerçekleştirme sürecidir. Bu süreç, gereksinme, uyarılma, davranış ve doyum (amaç) aşamalarından oluşur (Öztürk, 2002: 10).

1.2.1. Motivasyon Boyutları

İşletmelerde motivasyon konusuyla ilgili çalışmalarda işgörenleri motive eden faktörlerin neler olduğuna ilişkin çeşitli yaklaşımlar ileri sürülmüştür. Bununla birlikte işletmelerde işgörenlerin motivasyonunda etkili olan faktörlerin başlıca iki bakış açısına dayanılarak açıklanmaya çalışıldığı görülmektedir. Bunlardan biri, işgörenlerin dışsal faktörler tarafından motive edildiği görüşü, diğeri ise, işgörenlerin sosyal ve parasal yararlar elde etmesi kadar kendi amaçları için daha iyi çalışarak içsel olarak motive olacağı görüşüdür (Dündar vd., 2007: 107-108).

Marco Van Herpen ve arkadaşlarının çalışmalarından hareketle, çalışanların motivasyonu daha iyi anlayabilmek için içsel ve dışsal motivasyonu ve işyerinde motivasyonun önemli göstergeleri olan iş tatminini, işten ayrılma niyetini ve hastalık nedeniyle devamsızlık konularını incelemek gerekmektedir (Öztuna, 2010: 65).

1.2.2. Motivasyon Araçları

Motivasyon konusunda evrensel nitelik taşıyan bazı özendirici araçların varlığı kabul edilse bile, her kişiye, her topluma ve her işletmeye uygun bir motivasyon modeli geliştirmek olası değildir. Bununla birlikte geçerliliği genelde kabul edilen ve birçok araştırma ile saptanan, fakat önem sırası değişen özendirici motivasyon araçları ekonomik araçlar, psiko-sosyal araçlar, örgütsel ve çalışma koşullarına bağlı yönetsel araçlar diye üç bölüme ayrılarak incelenebilir. Ekonomik araçlar genel olarak, ücret artışı, primli ücret, kara katılma, ekonomik ödül verme ve bahşişken, psiko-sosyal araçlar, çalışmada bağımsızlık, sosyal katılma, öneri sistemi, değer ve statü, gelişme ve başarının takdir edilmesi, çevreye uyum, istihdam güvencesi ve sosyal etkinliklerdir. Örgütsel ve yönetsel araçlarsa amaç birliği, yetki ve sorumluluk dengesi, eğitim ve yükselme, kararlara katılma, iletişim, iş genişletme, iş zenginleştirme, iş rotasyonu, bağımsız çalışma grupları, esnek zaman uygulaması ve fiziksel koşulların iyileştirilmesi olarak ele alınmaktadır (Karadağ, 2012: 67-84).

1.3. Psikolojik Güçlendirme Ve Motivasyon İlişkisi

Personel güçlendirme kavramı, yakından incelendiğinde katılım, yetki devri ve motivasyon ile yakından ilişkilidir ancak personeli güçlendirme kavramı bu kavramlardan daha kapsamlıdır ve uygulaması daha zordur (Koçel, 2010: 409). Güçlendirme literatürünün önemli araştırmacılarından Thomas ve Velthouse, Conger ve Kanungo'nun yaklaşımını esas alırken, iki noktayı daha çalışmalarına dahil etmişlerdir. Buna göre, güçlendirme, gerçek iş motivasyonunu sağlayan bir motivasyon türü olarak değerlendirilmiştir ve gerçek iş motivasyonuna neden olan göreve ilişkin değerlendirmeler ortaya konmaya çalışılmıştır (Erdem, 2009: 30). Bu bağlamda motivasyon kavramı çalışanların sahip olduğu bilgi ve becerilerin tam olarak iş ortamında kullanılabilmesi için yönetim tarafından uygun koşulların sağlanması mantığına dayanırken personeli güçlendirme çalışanın kendini yetiştirmesi ve geliştirmesi, sonuç olarak daha başarılı olabilmesi ve işi ile ilgili kararları verebilmesi için yönetimin neler yapabileceği şeklinde bir mantığı temel almaktadır (Hemedoğlu vd., 2012: 89).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık kurumlarında çalışanların içten gelen bir istekle kurum adına daha fazla çaba sarf etmelerini sağlamayı hedefleyen motivasyon unsurunun oluşumunda psikolojik güçlendirme kavramının etkisini incelemek araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Bu bağlamda araştırmada psikolojik güçlendirme ve motivasyon göstergeleri arasındaki ilişki ortaya konmaya çalışılacaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Konya ili; Konya Numune Hastanesi ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde hizmet veren 230 çalışan oluşturmaktadır. Araştırma için kurumlardan yazılı izin, çalışanlardan ise sözel onam alınmıştır. Haziran-Temmuz 2014 tarihlerinde araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık hizmet çalışanlarına toplamda 300 adet soru formu dağıtılmış olup bunlardan 250 adedi toplanmıştır. Ancak 20 adet soru formu hatalı ve/veya eksik doldurulduğu için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Kullanılabilir durumda olan 230 adet soru formu, araştırma kapsamına alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket demografik özellikler, psikolojik güçlendirme ölçeği ve motivasyon ölçeği olmak üzere üç kısımdan oluşmaktadır.

Ankette psikolojik güçlendirme bağımsız değişken, motivasyon göstergeleri olarak kabul edilen iş tatmini, işten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık ise bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Anket soruları psikolojik güçlendirme ölçümünde Spreitzer’in (1995) “Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement and Validation” isimli makalesinden, iş tatmini ölçümünde David J. Weiss ve arkadaşlarının (1967) hazırladığı Minnesota İş Tatmini Ölçeğinden (Minnesota Satisfaction Questionnaire MSQ) kısaltılmış formdan (MSQ short form), işten ayrılma niyetiyle ilgili ölçümü Won-Jae Lee’nin (2008) ve Marco Van Herpen ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarından, hastalık nedeni ile devamsızlık ifadeleri ise yine Marco Van Herpen ve arkadaşlarının (2005) “The Effects of Performance Measurement and Compensation on Motivation: An Empirical Study” adlı makalesinden ve Alexander Mikalachki ile Jeffrey Gandz’in (1979) hazırladıkları “Measuring Absenteeism” isimli çalışmasından hazırlayan Aybars Tetik Öztuna’nın “Psikolojik Güçlendirmenin Çalışan Motivasyonu Göstergeleri ile İlişkisi ve Bir Uygulama” (2010) isimli tez çalışmasından alınmıştır.

Anketin güvenilirlik değerleri şu şekildedir;

- Psikolojik güçlendirme ölçeği 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek için hesaplanmış Cronbach alfa değeri 0,914 olup ölçek güvenilirdir.
- Motivasyon göstergeleri ölçeği 26 ifadeden oluşmaktadır ve ölçek için hesaplanmış Cronbach alfa değeri ilk 20 soru (iş tatmini ölçeği) için 0,905 ve geri kalan 6 soru için (İşten ayrılma niyeti ve Hastalık nedeni ile devamsızlık) 0,866 olup ölçek güveniliridir.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Psikolojik güçlendirme ve iş tatmini arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Araştırmada 100 anket Konya Numune Hastanesinden, 130 anket ise Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden toplanmıştır. Buna göre araştırmaya katılanların %43,5'i Konya Numune Hastanesinde, %56,5'i ise Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde faaliyet göstermektedir.

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri ise şu şekildedir;

- Katılımcıların yaş ortalamasına baktığımızda, %28,7'sinin 31-35 yaş aralığında olduğu görülmektedir.. Oransal olarak en büyük ikinci yaş grubu ise %22,6 ile 26-30 yaş aralığıdır.
- Katılımcıların %46,1' i erkek, %53,9'u kadındır.
- Katılımcıların medeni durumlarına baktığımızda, %71,7'si evli, %28,3'ü bekarıdır.
- Katılımcıların %1,3'ünün ilkökul-ortaokul, %23,5'inin lise, %67,8'inin üniversite, %7,4'ünün ise lisanüstü/doktora mezunu olduğu görülmektedir.
- Katılımcıların %59,4'ü Sağlık Personelinden (Hemşire, Sağlık Memuru, Anestezi Tek., Radyoloji Tek. vs.) ve %40,4'ünün ise İdari Personelden (Tıbbi Sekreter, VHKİ, Memur vs.) oluşmaktadır.
- Katılımcıların hizmet yılı değerlendirildiğinde %34,3'ü 0-5 yıl, %38,3'ü 6-10 yıl, %11,7'si 11-15 yıl, %7,8'i 16-20 yıl ve %7,8'i 20 yıl ve üzeridir.

Tablo 1. Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Ort.	Std.Sap.
Psikolojik Güçlendirme	3,74	0,73
Motivasyon Göstergeleri		
İş Tatmini	3,34	0,60
*İşten Ayrılma Niyeti	2,34	0,90
*Hastalık Nedeni ile Devamsızlık Yapma		

Tabloya göre Psikolojik güçlendirme değişkeni ortalaması 3,74 olarak hesaplanmıştır. Bu değere bakarak çalışanların kendilerini orta derecenin biraz üzerinde psikolojik olarak güçlü hissettikleri belirtilebilir. Boyutlar açısından bakıldığında ise çalışanların kendilerini yetkin hissettikleri ve yaptıkları işin kendileri için bir anlamı olduğunu düşündükleri, kendilerini orta derecenin biraz üzerinde özerk algıladıklarını ve orta derecede etkili hissettikleri söylenebilir.

Motivasyon göstergelerine ait ortalama değerlere bakıldığında ise çalışanlar ortalamanın biraz üzerinde işlerinden tatmin olduklarını ifade etmektedirler. İşten ayrılma niyetlerinin az olduğunu ve hastalık nedeniyle kullandıkları izinlerin diğer çalışanlara kıyasla artmadığını düşündükleri gözlemlenmektedir.

Tablo 2. Psikolojik Güçlendirme Boyutlarının Çalışanların Hastanede Yürüttükleri Görevler Açısından Karşılaştırılması

	Hastanedeki görev	1 (n=137)		2 (n=93)		Mann Whitney U testi	
		Ort.	SS	Ort.	SS	Z	p
1.	Yaptığım iş benim için çok önemlidir.	4,31	0,86	3,92	1,04	-3,17	0,002
2.	İşimle ilgili yaptığım faaliyetlerin benim için özel bir anlamı vardır.	3,93	0,95	3,80	1,02	-1,001	0,317
3.	Yaptığım iş benim için anlamlıdır.	4,20	0,81	3,90	0,90	-2,724	0,006
4.	İşimi yapmak için gerekli yeteneklere sahip olduğuma eminim.	4,17	0,80	4,10	0,89	-0,442	0,658
5.	İşimi yapmak için gerekli kapasite açısından kendime güvenim vardır.	4,26	0,81	4,31	0,90	-0,969	0,333
6.	İşimi yapmak için gerekli becerilere uzmanlık seviyesinde sahibim.	3,95	0,83	3,94	0,91	-0,066	0,947
7.	İşimi nasıl yapacağıma karar vermede özerkliğe sahibim.	3,64	1,09	3,11	1,18	-3,524	0
8.	İşimi nasıl yürüteceğime kendi başıma karar verebilirim.	3,79	1,07	3,11	1,12	-4,674	0
9.	İşimi nasıl yapacağım konusunda bağımsız davranabileceğim fırsatlara sahibim.	3,50	1,03	2,99	1,16	-3,437	0,001
10.	Bölümümdeki gelişmeler üzerindeki etkim oldukça fazladır.	3,38	1,10	3,46	1,14	-0,513	0,608
11.	Bölümümdeki olaylar üzerinde kontrolüm oldukça fazladır.	3,34	1,09	3,54	1,17	-1,338	0,181
12.	Bölümümdeki olaylar üzerindeki nüfuzum oldukça fazladır.	3,35	1,15	3,43	1,19	-0,517	0,605

Tabloya göre hastanede yürütülen görev bağlamında psikolojik güçlendirmenin anlam (1. ve 3. Madde) ve özerklik (7.,8.,9. madde) boyutları açısından anlamlı bir fark söz konusudur. Buna göre sağlık personelinin anlam ve özerklik algılarının idari personele oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Motivasyon Göstergelerinden İş Tatmininin Çalışanların Hastanede Yürüttükleri Görevler Açısından Karşılaştırılması

	Hastanedeki görev	1 (n=137)		2 (n=93)		Mann Whitney U testi	
		Ort.	SS	Ort.	SS	Z	p
1.	Her zaman meşgul edebilmesi açısından	3,67	0,96	3,49	0,97	-1,668	0,095
2.	İşimde kendi başıma çalışma imkânı	3,47	0,96	3,05	1,07	-2,904	0,004
3.	Zaman zaman değişik şeyler yapma imkânı	3,15	1,04	2,78	1,01	-2,958	0,003
4.	Toplumda “önemli biri” olma imkânı	3,28	1,05	3,12	1,02	-1,339	0,18
5.	Üstümün çalışanlarını idare etme şekli	3,26	1,07	3,27	1,11	-0,223	0,823
6.	Üstümün karar vermedeki yetkinliği	3,42	0,95	3,35	1,04	-0,407	0,684
7.	Yaptığım işlerin benim vicdanıma aykırı olmaması	3,93	0,81	4,00	0,89	-0,791	0,429
8.	İşimin sürekli istihdam sağlaması	3,85	0,81	3,67	0,93	-1,604	0,109
9.	Diğer insanlar için bir şeyler yapabilme imkânı	4,09	0,79	3,87	0,85	-2,126	0,033
10.	İnsanlara ne yapacaklarını söyleme imkânı	3,70	0,83	3,18	0,93	-4,318	0
11.	Kabiliyetlerimi kullanabileceğim bir iş yapma imkânı	3,65	0,83	3,38	1,06	-1,741	0,082
12.	Hastane politikalarının yürürlüğe konulma şekli	2,94	1,07	3,11	1,09	-1,253	0,21
13.	Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından	2,94	1,21	2,85	1,15	-0,79	0,43
14.	Bu işteki gelişme imkânları	3,07	0,97	2,88	1,04	-1,545	0,122
15.	Kendi fikir ve kanaatimi kullanabilme özgürlüğü	3,20	0,99	3,03	1,13	-1,105	0,269
16.	Kendi iş yapma yöntemlerimi deneme imkânı	3,15	0,87	2,96	1,02	-1,688	0,091
17.	Çalışma koşulları	2,95	1,11	3,46	0,94	-3,568	0
18.	Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile geçinme tarzı	3,38	1,01	3,91	0,93	-3,962	0
19.	İyi bir iş çıkardığımda aldığım övgü	3,01	1,01	3,01	1,11	-0,229	0,819
20.	İşten aldığım başarı hissi	3,45	0,96	3,20	1,04	-1,878	0,06

Tabloya göre motivasyon göstergelerinden iş tatmini ölçeğinin 2-3-9-10-17-18 numaralı maddelerinde hastanede yürütülen görev açısından anlamlı bir fark söz konusudur.

Araştırmanın alt amaçlarından biri olarak psikolojik güçlendirme ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Buna göre elde edilen sonuçlar ve yorumu aşağıda tabloda verilmiştir.

Tablo 4. Psikolojik Güçlendirme Ve İş Tatmini Korelasyon Matrisi

	Psikolojik güçlendirme	İş tatmini
Psikolojik güçlendirme	1	
İş tatmini	0.538*	1

Not: *p<.001

Tablodaki korelasyon matrisinde görüldüğü gibi Psikolojik güçlendirme ve iş tatmini arasında istatistiksel bakımdan anlamlı (p<001) bir ilişki vardır. Bu bağlamda Psikolojik güçlendirme ile iş tatmini arasında istatistiksel açıdan doğrusal, pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırmanın diğer alt amaçlarından olan psikolojik güçlendirme ile işten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucu elde edilen bulgular ve yorumu aşağıda tabloda verilmiştir;

Tablo 5. Psikolojik Güçlendirme Ve İşten Ayrılma Niyeti Ve Hastalık Nedeni İle Devamsızlık Korelasyon Matrisi

	Psikolojik güçlendirme	İşten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık
Psikolojik güçlendirme	1	
İşten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık	-0,228*	1

Tablo incelendiğinde psikolojik güçlendirme işten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık değişkeni arasındaki ilişkinin negatif yönlü olduğu aralarında anlamlı ve doğrusal bir ilişkinin olmadığı görülmektedir.

Son olarak çalışma süreleri açısından motivasyon göstergeleri arasında bir farklılık olup olmadığı konusuna baktığımızda sonuçlar ve yorumu aşağıdaki tablodaki gibidir;

Tablo 6. Çalışma Süreleri İle Motivasyon Göstergeleri Arasındaki İlişki

	Çalışan motivasyonu göstergeleri		0-5 yıl (n=79)		6-10 yıl (n=88)		11-15 yıl (n=27)		16-20 yıl (n=18)		20+ (n=18)		Kruskal Wallis Testi		
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	χ^2	p	
21.	Sık sık işimden ayrılmak istediğimi hissediyorum														
	2,44	1,17	2,68	1,11	3,07	1,14	2,72	1,36	2,22	0,88	8,535	0,074			
22.	İş bulabileceğimi bilsem işimden ayrılırım														
	2,38	1,12	2,60	1,23	3,22	1,40	2,72	1,13	2,22	1,00	10,041	<0,05			
23.	Yeni iş fırsatlarımı araştırıyorum.														
	2,27	1,20	2,42	1,18	2,48	1,16	2,33	0,97	2,22	1,06	1,634	0,803			
24.	Son yıllarda işyerimden hastalık nedeni ile aldığım izinlerin bölümümdeki diğer çalışanlara kıyasla arttığını düşünüyorum.														
	1,99	1,01	2,24	1,19	2,33	1,30	2,83	1,34	2,11	1,32	7,012	0,135			
25.	Son yıllarda işyerimden hastalık nedeni ile aldığım izinlerin hastanedeki diğer çalışanlara kıyasla arttığını düşünüyorum.														
	1,91	0,95	2,18	1,19	2,44	1,25	2,72	1,41	2,00	1,33	8,013	0,091			
26.	Son yıllarda işyerimden hastalık nedeni ile aldığım izinlerin çalıştığım sektöre kıyasla arttığını düşünüyorum.														
	2,00	1,00	2,16	1,17	2,30	1,10	2,56	1,25	2,06	1,35	4,574	0,334			
	Toplam	2,16	0,76	2,38	0,99	2,64	0,79	2,65	1,00	2,14	0,94	10,074	<0,05		

Tabloya göre çalışma süreleri açısından çalışan motivasyonu göstergeleri farklılık göstermektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerini en iyi gösteren göstergelerden biri de sağlık hizmetleridir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerdeki hata ve noksanlık sakatlığa hatta ölüme kadar götüren telafisi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilir. İnsanların sağlık sorunlarını çözmek gibi zor bir mesleği olan sağlık personelinin motivasyonlarının yeterli düzeyde olması, hizmet sundukları hastalar ve kurum için daha faydalı olacaktır. İşini severek güler yüzlü hizmet veren personel, hem hasta – hasta yakınları için iyi bir etki oluşturacak, hem de motivasyon olumlu bir geri dönüşüm sağlayarak, çalışana iş tatmini ve insanlara faydalı olmanın iç huzurunu verecektir (Soykenar, 2008: 61). Sonuç olarak motivasyon ile yakından ilişkili olan psikolojik güçlendirme kavramının sağlık kurumlarında incelenip, sağlık çalışanlarının psikolojik açıdan ne derece güçlü olduklarının ortaya konulması ve motivasyonlarına etkisini araştırmak ayrıca önem arz etmektedir.

Bu bağlamda araştırmada elde edilen temel bulgular aşağıda verilmiş olup söz konusu sonuçlar genel olarak literatür ile tutarlıdır;

- Kavramlar demografik özellikler açısından incelendiğinde psikolojik güçlendirme ölçeği için katılımcıların görüşlerinin sadece hastanedeki görevleri açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Söz konusu bu farklılık anlamlılık boyutunun 1. ve 3. maddesinde ve özerklik boyutunun üç maddesinde tespit edilmiştir. Bu bağlamda sağlık personelinin idari personele göre işlerine daha fazla anlam yükledikleri ve daha özerk oldukları söylenebilir.
- Benzer şekilde motivasyon göstergelerinden iş tatminine yönelik ölçeği demografik özelliklere göre incelenmesi yapıldığında sadece bazı maddelerde çalışanların hastanedeki görevleri açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Söz konusu bu farklılıklar ölçeğin 2-3-9-10-17-18 numaralı maddelerinde gözlemlenmiştir.
- Psikolojik güçlendirme ile motivasyon göstergelerinden sadece iş tatmini arasında orta dereceli ve pozitif bir ilişki söz konusudur.
- Psikolojik güçlendirme ile işten ayrılma niyeti ve hastalık nedeniyle devamsızlık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Ancak anlamlı bir ilişkinin bulunamamış olması bu ilişkilerin gerçekten bulunmadığı anlamına gelmeyebilir.

Sonuç olarak psikolojik güçlendirme ile motivasyon göstergeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunduğu, ancak bu ilişkinin daha çok psikolojik güçlendirme ile iş tatmini arasındaki ilişkiden kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmanın sadece Konya Numune Hastanesi ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmış olması nedeniyle sonuçlar genellenemeyebilir. Konu ile ilgili olarak özellikle sağlık kurumlarında yapılacak benzer çalışmaların artması daha kesin sonuçların elde edilmesinde önemli katkılar sağlayacaktır.

Kaynakça

1. ALTOK Tuğba (2009); **Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Hizmet ve İmalat İşletmelerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma**; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; Isparta.
2. BOLAT Tamer (2008); **Dönüşümcü Liderlik, Personeli Güçlendirme ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi**; Ankara: Detay Yayıncılık Ltd. Şti.; 1. Baskı.
3. CONGER Jay A., Rabindra N. Kanungo (1988); **The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice**, Academy of Management Review, Vol:13, No:3, 1988, pp.471-482.
4. CUNNINGHAM Ian, Jeff Hyman, Chris Baldry (1996); **Empowerment : The Power To Do What?**; Industrial Relations Journal; Vol.27; No.2; pp. 143-154.
5. ÇAVUŞ Mustafa Fedai, Yeter Demir (2010); **Personel Güçlendirme ve Tükenmişlik: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma**, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi; ss. 216-222; 28-30 Mayıs; Antalya.
6. ÇEKMECELİOĞLU Hülya Gündüz, Erol Eren (2007); **Psikolojik Güçlendirme, Örgütsel Bağlılık ve Yaratıcı Davranış Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi**; İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi; Yıl:18; Sayı: 57; s. 13-25. <http://isletmeiktisadi.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2013/04/Y%C3%B6netim-57-2007-2.pdf>
7. ÇÖL Güner (2004); **Güçlendirme ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma**; Yayınlanmamış Doktora Tezi; Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; Gebze.
8. ÇÖL Güner (2008); **Algılanan Güçlendirmenin İşgören Performansı Üzerine Etkileri**; Doğu Üniversitesi Dergisi; 9 (1), s. 35-46.
9. DEMİR Kemal (2010); **İnsan Kaynakları Uygulamalarının İşyerinde Psikolojik Güçlendirmeye Etkisi: Bir Araştırma**; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Yüksek Lisans; İstanbul.
10. DOĞAN Selen (2006); **Personel Güçlendirme: Empowerment**; İstanbul: Kare Yayınları; 2. Basım.
11. DÖNMEZ Gökhan (2012); **Personeli Güçlendirme Ve Tükenmişlik İlişkisi: İş Yükü-Kontrolü Modeli Açısından Bir Değerlendirme**; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; Balıkesir.
12. DURMAZ Irmak (2011); **PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME ALGISININ İÇ GİRİŞİMCİLİK ÜZERİNE ETKİSİ**; Yayınlanmamış Doktora Tezi; Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı; Ankara.

- 13.DÜNDAR Süleyman, Hatice Özutku, Fatih Taşpınar (2007); **İçsel ve Dışsal Motivasyon Araçlarının İşgörenlerin Motivasyonu Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir İnceleme**; Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 2, s. 105-119.
- 14.ERDEM F. Senem (2009); **Liderin Güçlendirme Davranışı, Çalışanın Psikolojik Güçlendirme Algısı ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Kültürel Değişkenler Çerçevesinden İncelenmesi: Otomotiv Endüstrisinde Farklı Ülkelerde Faaliyet Gösteren Bir İşletmede Yapılan Değerlendirme**; Yayınlanmamış Doktora Tezi; Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; Ankara.
- 15.ERSTAD, Margaret (1997); **Empowerment And Organizational Change**; International Journal of Contemporary Hospitality Management; Vol.9; No.7; pp. 325-333.
- 16.HALES, Colin, Klidas, Antonis (1998); **Empowerment In Five-Stars Hotels: Choice, Voice Or Rhetoric?**; International Journal of Contemporary Hospitality Management; Vol.10; No.3; pp. 88-95.
- 17.HEMEDOĞLU Enis, Mahmut Koçak, Aslihan Özkan, Başak Melek Berberoğlugil (2012); **Psikolojik Güçlendirmenin Finansal Olmayan Performans Üzerindeki Etkileri**; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi; Eskişehir; 13(2); s. 87-105.
- 18.KARADAĞ Meltem (2012); **Örgütlerde Çalışanların Kişilik Özellikleri ve Motivasyon –Ampirik Bir Araştırma**; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; Muğla.
- 19.KILIÇ Recep, Belma Keklik (2012); **Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma**; Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi; Sayı: 2, s. 147-160.
- 20.KOÇEL Tamer (2005); **İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik, Modern, Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar**, Beta Basım Yayınları; İstanbul: Arıkan Yayıncılık.
- 21.KOÇEL, Tamer (2010); **İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik, Modern, Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar**, İstanbul: Beta Basım Yayınları.
- 22.ÖZTUNA Aybars Tetik (2010); **Psikolojik Güçlendirmenin Çalışan Motivasyonu Göstergeleri İle İlişkisi ve Bir Uygulama**; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; İstanbul.
- 23.ÖZTÜRK Havva (2002); **Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Performans Düzeyleri**; Yayınlanmamış Doktora Tezi; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; İstanbul.
- 24.POLAT Mustafa, Cem Harun Meydan, İsmail Tokmak (2010); **Personel Güçlendirme, Örgütsel Özdeşleşme Ve Örgütsel Sinizm İlişkisi Üzerine Bir Araştırma**; KHO Bilim Dergisi; Cilt: 20; Sayı: 2.
- 25.POLATÇI Sema, Fatih Özçalık (2013); **Yapısal ve Psikolojik Güçlendirmenin İşyeri Nezaketsizliği ve Tükenmişliğe Etkisi**; İşletme Bilimi Dergisi, 1(2), s. 17-34.

- 26.SOMUNCUOĞLU Ayşe Banu (2013); **Psikolojik Güçlendirme ve İş Tatmini Arasındaki İlişki ve Bir Uygulama**; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; İstanbul.
- 27.SOYKENAR Mehmet (2008); **Sağlık İşletmelerinde Personelin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde Örnek Bir Uygulama**; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı; İzmir.
- 28.SPREITZER Gretchen M. (1995); **Psychological Empowerment in The Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation**; Academy of Management Journal; Vol:38; No:5; pp. 1442-1465.
- 29.THOMAS Kenneth W., Betty A. Velthouse (1990); **Cognitive Elements of Empowerment: An Interpretive Model of Intrinsic Task Motivation**; Academy of Management Review; Vol: 15; No: 4; pp. 666-681.
- 30.TOKSARI Murat (2012); **İçsel Pazarlama Bağlamında, İç Müşterinin Çalıştığı İş Yerinden Tatmin Olma Düzeyi İle Demografik Özellikleri Arasındaki Farklılıkların Tespitine Yönelik Ampirik Bir Çalışma**; Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; Sayı: 32, s.155-183
- 31.TOPLU Duygu, Meltem Akça (2013); **Öğrenen Organizasyonun Psikolojik Güçlendirme Üzerindeki Etkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma**; İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi Yıl:12 Sayı:23 Bahar 2013 s.221-235.
- 32.Yasemin TEKİN, Can Deniz Köksal (2012); **Otel İşletmelerinde Personeli Güçlendirme Uygulamaları: Antalya’da Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma** Employee Empowerment Practices In Hotel Businesses: A Research In Five Star Hospitality Businesses In Antalya; Journal of Yasar University; 25(7) 4241-4267.

İSTANBUL'DA HİZMET VEREN ÖZEL HASTANELERİN LOGO TASARIMLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Selincan YAKIŞIK*

Murat D. ÇEKİN**

Ş. Burak BEKAROĞLU***

ÖZET

İstanbul'da faaliyet gösteren özel hastanelerin isim ve logoları üzerine yapılan bu araştırmada, hastane isimlerinin, logoda kullandıkları harf karakterlerinin, renklerin ve figürlerin birbirleri ile ilişkileri incelenmiş ve istatistiksel olarak ki-kare ve t-testleri uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, herhangi bir zincire bağlı olmayan hastanelerin logolarında sembol kullanımı daha fazladır. Hastane logolarında mavi renk daha çok kullanılmıştır. Logolarında büyük harf karakterini kullanan hastaneler kırmızı ve beyaz rengi tercih etmiştir. Hastanelerin büyük çoğunluğu isimlerini seçerken yer veya bölge adından yararlanmışlardır. Yer/bölge adı olan hastanelerin logolarında insan figürü daha çok kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kurum kimliği, kurumsal kültür, görsel kimlik, logo, özel hastaneler

*Sağlık Yöneticisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Lisans Programı, selinyakisik@gmail.com

**Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, muratcekin@yahoo.com

***Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, bbekaroglu@marmara.edu.tr

A RESEARCH ON LOGO DESIGNS OF PRIVATE HOSPITALS IN ISTANBUL

ABSTRACT

This paper studies the names and logos of private hospitals operating in Istanbul. Names of hospitals, fonts in logo design, relation between colors and figures have been investigated. Chi-square and Student-t tests have been applied for statistics. Results indicate that symbol usage is higher in logo design of stand-alone hospitals, the ones not connected to a hospital chain. Blue color is mostly used in logo design. Red and white colors are preferred in logo design in which uppercase characters are used. As for the names of hospitals, most of them use district or region names. Human figures are mostly used in logo design of hospitals that have place/region names.

Key Words: corporate identity, corporate culture, visual image, logo, private hospitals

1. Giriş

Marka, bir ürünü, kurumu veya hizmeti temsil eden ve diğerlerinden ayıran kimlik ismidir. Markanın doğru telaffuz edilmesi, kolay okunup anlaşılması, iletişimde sıkıntı yaratmaması, akılda kalıcı olması önemlidir.

Marka kimliğini yaratmak için kullanılan yardımcı unsurlar vardır. Bunlardan biri, ürünün, kurumun veya hizmetlerinin özelliklerini, değerlerini ve mesajını yansıtan slogandır. İyi bir slogan kısa, özgün, etkileyici, ayırt edicidir.

Tüketicilerin dikkatini ilk olarak görsel ifadeler çektiği için, dünyadaki bütün markalar görsel iletişime önem atfetmekte ve bu alanda büyük yatırımlar yapmaktadır. Görsel ifadelerin en başta geleni logodur.

Logo, bir markayı tanıtmak üzere yazı ve görsel unsurlarla oluşturulan ve markayla bütünleşen simgedir. Logoda kullanılan unsurlar hitap ettiği kişilerde çağrışımlar yapar. Araştırmalar, logonun hedeflenen tüketici kitlesinin bilinçaltına marka ile ilgili yaratılmak istenen imaja ait bilgiler gönderdiğini ve marka farkındalığını arttırdığını göstermektedir (Esmer, 2013). Logo tasarlarken hedef kitlenin kültürel özellikleri dikkate alınmalı ve logonun ürünü, kurumu veya hizmeti en iyi şekilde yansıtmasına özen göstermelidir. İyi bir logo tasarımı itibar sağlar, imaja devamlılık katar.

Logo yaratırken uyulması gereken ilkeler şunlardır: Sade, kolay anlaşılır, kolay hatırlanır olmalıdır. Mümkün olduğunca az sayıda renkten oluşmalıdır. Kolay okunabilen fontlar içermelidir. Özgün olmalı, başka logoları mümkün olduğunca az çağrıştırmalıdır. Her türlü ölçüde ve yüzeyde anlaşılabilir olmalıdır. Her çeşit baskı ve kesim tekniği ile sorunsuz kullanılabilir (Çakı, 2010).

1.1. Logonun Unsurlar

Bir logo, aşağıda sıralanan unsurlardan oluşmaktadır.

- İsim: Logoda marka ismi tam olarak veya -başharf gibi- kısmen yer alabilir veya hiç bulunmayabilir.
- Tipografi: Harflerin özel bir tasarımla kullanılmasıdır. Ürün, kurum veya hizmet ismine ait tek veya birkaç harf, tek veya birkaç kelime, uygun harf karakterleri (font) ile yazılır. Stilize yazı tek başına veya şekille bütünleştirilerek kullanıldığında müşterileri etkiler ve farklılığı algılamada yardımcı olur.
- Şekil: İnsanlar tarihte yazıdan önce şekiller ve sembollerle iletişim kurmuştur. Beyin yazıdan önce şekli algılar. Şeklin akılda kalıcılığı ve markaya özel olma ihtimali yazıdan yüksektir. İllüstrasyon ve resimler, şirketin ismini, misyonunu veya ürünün özelliğini yansıtacak biçimde kullanılır. Kullanılan şekiller anlaşılır, tanımlayıcı, etkileyici ve akılda kalıcı olmalıdır. Hizmete dayalı ve teknolojik şirketler soyut işaretleri daha çok tercih etmektedir (Leblebici, 2009).
- Renk: Kurum kimliğinin ve markanın yapısal ögesi olarak, ikna etmede, iletişim kurmada ve hedef kitlenin ilgisini çekmede önemli rol oynar (İçli ve Çopur, 2008). Rengin algılanması kültürden kültüre farklı olabilir. Logoda bir renk kullanmak ve bu rengi basılı malzemelere yerleştirmek rengi sahiplenmeye yetmez. Renk, markanın bir parçası hâline gelmeli, onunla bütünleşmelidir. Renklerin yarattığı çağrışımlar markaya faydalı olur (Ustaoğlu, 2012).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmamız, özel hastanelerin logolarını oluştururken hangi isim, tipografi, şekil ve rengi tercih ettiklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu tanımlayıcı çalışmada, Popelka'nın (2011) hastanelerin logo tasarımları üzerine yaptığı yüksek lisans tezinden ve ülkemizde Öztürk (2006), Leblebici (2009), Işıklı (2012) ve Ustaoğlu'nun (2012) genel olarak logolar üzerine gerçekleştirdikleri yüksek lisans tezlerinden yararlanılmıştır. Ülkemizde sağlık sektöründe logolar üzerine yapılmış bir çalışma bulunmaması nedeniyle çalışmamız özgündür.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışma evrenini, İstanbul'da faaliyet gösteren toplam 158 özel hastane oluşturmaktadır. Bir hastane zincirine bağlı olmakla birlikte farklı logo kullanan hastaneler ayrı ayrı analize alınmış, bağlı buldukları hastane zinciri ile aynı logoyu kullanan 20 hastane ise -mükerrer ölçümleri önlemek amacıyla- analize alınmamıştır. Sonuç olarak çalışmanın örnekleme 138 hastaneyi içermektedir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri 1 Kasım 2013 ile 20 Ocak 2014 tarihleri arasında, özel hastanelerin web sayfalarından toplanmıştır. Hastanelerin güncel isim listesi, faaliyet gösterdikleri ilçeler ve yatak sayılarına ait bilgiler, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır.

3. Bulgular

Çalışmanın bulguları, tanımlayıcı bulgular ve analiz bulguları olmak üzere iki başlık altında sunulmaktadır.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

138 hastaneden en eskisi 1794 yılında, en yenisi 2013 yılında, en çoğu 1999 yılında faaliyete başlamıştır. Ortalama hastane yaşı 21.5 (SS = 31.3) yıldır. Hastanelerin 65'i (%47) bir hastane zincirine bağlı değilken, 73'ü (%53) bir hastane zinciri içinde yer almaktadır. Yatak sayıları 10 ile 505 arasında değişmekte olup, ortalama yatak sayısı 87'dir (SS = 91.3). Hastanelerin 129'u (%93.5) genel, 9'u (%6.5) dal hastanesi olarak hizmet vermektedir. Sunulan toplam tıbbî hizmet sayıları ortalaması 15.2'dir (SS = 5.8). 131 (%95) hastanenin SGK ile genel veya dal anlaşması vardır. 66 (%47.8) hastane ISO 9001 belgesine, 29 (%21) hastane JCI belgesine, 3 (%2.2) hastane EFQM belgesine sahiptir.

109 (%79) hastanenin isminde “hastane” kelimesi, 29'unda (%21) “hospital” kelimesi, 38'inde (%27.5) yer/bölge ismi, 24'ünde (%17.4) kurucu kişi/grup/misyon ismi, 26'sında (%18.8) türetilmiş kelime kullanılmıştır.

120 (%87) hastanenin logosunda sembol, 18'inde (%13) slogan vardır. Hastanelerin 106'sı (%76.8) logosunda büyük harf, 32'si (%23.2) küçük harf, 106'sı (%76.8) tırnaksız harf, 32'si (%23.2) tırnaklı harf karakteri kullanmıştır.

61 (%44.2) hastanenin logosunda soğuk, 29'unda (%21) sıcak, 48'inde (%34.8) karma renk türü bulunmaktadır. 99 (%71.7) hastanenin logosunda mavi renk, 48'inde (%34.8) kırmızı renk, 43'ünde (%31.2) beyaz renk vardır.

55 (%40) hastanenin logosunda sembolik veya soyut figür, 34'ünde (%24.6) tıbbî figür, 27'sinde (%19.6) insan figürü, 24'ünde (%17.4) bitki figürü kullanılmıştır.

3.2. Analiz Bulguları

3.2.1. Ki-kare Analizleri

Ki-kare testi bulgularına göre, hastane zincirine bağlı olmayan 65 hastanenin 62'si (%95.4), zincire bağlı 73 hastanenin 58'i (%79.4) logosunda sembol kullanmıştır. Zincire bağlı olmayan hastanelerin logolarında sembol kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 7.70$, $\phi = -0.24$, $P < 0.01$). Zincire bağlı hastanelerin 5'inin (%6.8), bağlı olmayan hastanelerin 13'ünün (%20) logosunda slogan bulunmaktadır. Zincire bağlı olmayan hastanelerin logolarında slogan kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 5.24$, $\phi = -0.20$, $P < 0.05$).

JCI akreditasyonu bulunmayan 109 hastanenin 100'ü (%91.7), JCI akreditasyonuna sahip 29 hastanenin 20'si (%69) logosunda sembol kullanmıştır. JCI akreditasyonu bulunmayan hastanelerin logolarında sembol kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 10.48$, $\phi = -0.28$, $P < 0.01$).

129 genel hastanenin 20'si (%15.5), 9 dal hastanesinin 5'i (%55.6) logosunda siyah renk kullanmıştır. Dal hastanelerinin logolarında siyah renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 9.10$, $\phi = 0.26$, $P < 0.01$). Sloganı olmayan 103 hastanenin 79'u (%76.7), sloganı olan 35 hastanenin 20'si (%57.1) logosunda mavi renk kullanmıştır. Sloganı olmayan hastanelerin logolarında mavi renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 4.93$, $\phi = -0.19$, $P < 0.05$). Sloganı olmayan 103 hastanenin 31'i (%30.1), sloganı olan 35 hastanenin 17'si (%48.6) logosunda kırmızı renk kullanmıştır. Sloganı olan hastanelerin logolarında kırmızı renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 3.93$, $\phi = 0.17$, $P < 0.05$).

ISO 9001 kalite güvencesine sahip 66 hastanenin 26'sı (%39.4), ISO 9001 kalite güvencesi bulunmayan 72 hastanenin 17'si (%23.6) logosunda beyaz renk kullanmıştır. ISO 9001 kalite güvencesine sahip hastanelerin logolarında beyaz renk kullanımı daha fazladır (χ^2

= 4.00, $\phi = 0.17$, $P < 0.05$). Logosunda sembol bulunan 120 hastanenin 25'i (%20.8) siyah renk kullanmıştır. Siyah renk tercihi yalnızca logosunda sembol bulunan hastanelere özgüdür ($\chi^2 = 4.60$, $\phi = 0.18$, $P < 0.05$).

Logosunda büyük harf kullanan 106 hastanenin 45'i (%42.5), küçük harf kullanan 32 hastanenin 3'ü (%9.4) kırmızı renk kullanmıştır. Logosunda büyük harf kullanan hastaneler kırmızı rengi daha fazla tercih etmiştir ($\chi^2 = 11.86$, $\phi = 0.30$, $P < 0.01$). Logosunda küçük harf kullanan 32 hastanenin 8'i (%25), büyük harf kullanan 106 hastanenin 9'u (%8.5) yeşil renk kullanmıştır. Logosunda küçük harf kullanan hastaneler yeşil rengi daha fazla tercih etmiştir ($\chi^2 = 6.20$, $\phi = -0.21$, $P < 0.05$). Logosunda büyük harf kullanan 106 hastanenin 38'i (%35.8), küçük harf kullanan 32 hastanenin 5'i (%15.6) beyaz renk kullanmıştır. Logosunda büyük harf kullanan hastaneler beyaz rengi daha fazla tercih etmiştir ($\chi^2 = 4.69$, $\phi = 0.18$, $P < 0.05$). Logosunda büyük harf kullanan 106 hastanenin 21'i (%19.8), küçük harf kullanan 32 hastanenin 1'i (%3.1) gri renk kullanmıştır. Logosunda büyük harf kullanan hastaneler gri rengi daha fazla tercih etmiştir ($\chi^2 = 5.10$, $\phi = 0.19$, $P < 0.05$).

Logosunda tırnaksız harf karakteri kullanan 106 hastanenin 71'i (%67), tırnaklı harf karakteri kullanan 32 hastanenin 28'i (%87.5) mavi renk kullanmıştır. Logosunda tırnaklı harf karakteri kullanan hastaneler mavi rengi daha fazla tercih etmiştir ($\chi^2 = 5.10$, $\phi = -0.20$, $P < 0.05$).

İsminde “hastane” kelimesi geçen 109 hastanenin hiçbiri pembe renk kullanmazken, “hospital” kelimesi geçen 29 hastanenin 2'si (%7) pembe renk kullanmıştır. Pembe renk tercihi yalnızca isminde “hospital” kelimesi geçen hastanelere özgüdür ($\chi^2 = 7.62$, $\phi = 0.23$, $P < 0.01$).

İsmini yer/bölge'den alan 38 hastanenin 11'i (%29), yer/bölge'den almayan 100 hastanenin 9'u (%9) turuncu renk kullanmıştır. İsmini yer/bölge'den alan hastanelerin logolarında turuncu renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 8.84$, $\phi = 0.25$, $P < 0.01$). İsmini yer/bölge'den alan 38 hastanenin 17'si (%44.7), yer/bölge'den almayan 100 hastanenin 26'sı (%26) beyaz renk kullanmıştır. İsmini yer/bölge'den alan hastanelerin logolarında beyaz renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 4.51$, $\phi = 0.18$, $P < 0.05$).

İsmini kurucu kişi/grup/misyon'dan alan 24 hastanenin 2'si (%8.3), kurucu kişi/grup/misyon'dan almayan 114 hastanenin 1'i (%0.9) mor renk kullanmıştır. İsmini kurucu kişi/grup/misyon'dan alan hastanelerin mor renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 5.18$, $\phi = 0.19$, $P < 0.05$).

İsmini tarihî şahsiyet/olay'dan alan 10 hastanenin 4'ü (%40), tarihî şahsiyet/olay'dan almayan 128 hastanenin 13'ü (%10.2) yeşil renk kullanmıştır. İsmini tarihî şahsiyet/olay'dan alan hastanelerin yeşil renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 7.65$, $\phi = 0.23$, $P < 0.01$).

İsmi türetilmiş kelimedenden oluşmayan 112 hastanenin 17'si (%15.2) logosunda yeşil renk kullanırken, ismi türetilmiş kelimedenden oluşan hastanelerin hiçbiri logosunda yeşil renk kullanmamıştır. Yeşil renk tercihi yalnızca ismi türetilmiş kelimedenden oluşmayan hastanelere özgüdür ($\chi^2 = 4.50$, $\phi = -0.18$, $P < 0.05$). İsmi türetilmiş kelimedenden oluşan 26 hastanenin 8'i (%30.8), türetilmiş kelimedenden oluşmayan 112 hastanenin 14'ü (%12.5) logosunda gri renk kullanmıştır. İsmi türetilmiş kelimedenden oluşan hastanelerin logolarında gri renk kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 5.26$, $\phi = 0.19$, $P < 0.05$).

Hastane zincirine bağlı olmayan 65 hastanenin 20'si (%30.8), zincire bağlı olan 73 hastanenin 7'si (%9.6) logosunda insan figürü kullanmıştır. Zincire bağlı olmayan hastanelerin logolarında insan figürü kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 9.80$, $\phi = -0.27$, $P < 0.01$).

129 genel hastanenin 29'u (%22.5), 9 dal hastanesinin 5'i (%55.6) logosunda tıbbî figür kullanmıştır. Dal hastanelerinin logolarında tıbbî figür kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 4.96$, $\phi = 0.19$, $P < 0.05$).

İsmini yer/bölge'den alan 38 hastanenin 2'si (%5.3), yer/bölge'den almayan 100 hastanenin 22'si (%22) logosunda bitki figürü kullanmıştır. İsmini yer/bölge'den almayan hastanelerin logolarında bitki figürü kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 5.37$, $\phi = -0.20$, $P < 0.05$). İsmini yer/bölge'den alan 38 hastanenin 13'ü (%34.2), yer/bölge'den almayan 100 hastanenin 14'ü (%14) logosunda insan figürü kullanmıştır. İsmini yer/bölge'den alan hastanelerin logolarında insan figürü kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 7.15$, $\phi = 0.23$, $P < 0.01$).

İsmini tarihî şahsiyet/olay'dan alan 10 hastanenin 5'i (%50), tarihî şahsiyet/olay'dan almayan 128 hastanenin 19'u (%14.8) logosunda bitki figürü kullanmıştır. İsmini tarihî şahsiyet/olay'dan alan hastanelerin logolarında bitki figürü kullanımı daha fazladır ($\chi^2 = 8.00$, $\phi = 0.24$, $P < 0.01$).

3.2.2. T-Testi Analizleri

T-testi bulgularına göre, logosunda sembol bulunmayan hastanelerin yatak sayısı, sembol bulunanlara göre ortalama 61.3 (SS = 85.9) fazladır ($t = 2.26$, $P < 0.05$). Logosunda yeşil renk kullanmayan hastanelerin yatak sayısı, yeşil renk kullananlara göre ortalama 29.9 (SS = 37.8) fazladır ($t = 2.36$, $P < 0.05$). Logosunda insan figürü kullanmayan hastanelerin yatak sayısı, insan figürü kullananlara göre ortalama 45.1 (SS = 27.5) fazladır ($t = 4.18$, $P < 0.001$).

Logosunda sembol bulunmayan hastanelerin, sembol bulunanlara göre ortalama 4 (SS = 5.9) dalda daha hizmet sundukları tespit edilmiştir ($t = 3.89$, $P < 0.001$).

Logosunda tıp, insan, bitki figürü dışında veya sembolik bir figür kullanan hastanelerin, kullanmayanlara göre ortalama 14.5 (SS = 44.5) yıl daha eski oldukları tespit edilmiştir ($t = -2.32$, $P < 0.05$).

4. Tartışma ve Sonuç

İstanbul'da hizmet veren özel hastanelerin çoğunluğu logolarında anlam ifade eden veya etmeyen semboller kullanarak görsel iletişime önem verdiklerini belli etmektedir.

Özel hastanelerin büyük çoğunluğu logolarında mavi renk kullanmaktadır. Maviyi, kırmızı ve beyaz renkler takip etmektedir. Mavi rengin dinlendirici, yatıştırıcı, sakinleştirici, güven ve sadakat hissi verici olması, hastaneler tarafından daha çok tercih edilmesini açıklayabilir. Kırmızı rengin dikkat çekici olması yanında kan ve ruhu temsil etmesi; beyaz rengin saflık ve temizliği çağrıştırması yanında ölümsüzlüğü temsil etmesi sağlık alanında sık kullanılmalarının sebebi olabilir.

Logolarında sembol kullanan hastaneler, isimlerde siyah rengi tercih etmiştir. Siyah renk gücü ve büyüklüğü temsil eder (Mazlum, 2011).

Hastane logolarında kullanılan büyük harf karakterlerinde çoğunlukla kırmızı renk tercih edilmiştir. İki özellik birlikte logoyu daha dikkat çekici kılar. Küçük harf

karakterlerinde ise çoğunlukla yeşil renk kullanılmıştır. Yeşil renk rahatlatıcı özelliği dolayısıyla hastanelerde hastaları sakinleştirmek için kullanılmaktadır ve muhtemelen bu durum hastane logolarına da yansımıştır.

Logolarında tırnaksız harf karakterini kullanan hastanelerin çoğunluğu mavi rengi kullanmıştır. Mavi, insan gözünün görme oranının en düşük olduğu renktir. Tırnaksız harf karakteri ise sadedir, çabuk göze çarpar ve kolay anlaşılır. İki özellik bir arada sade, basit ama güçlü bir izlenim oluşturur.

İsmi kurucu kişi/grup/misyon'dan alan hastaneler logolarında daha çok mor rengi tercih etmiştir. Mor, soyluluk, zenginlik, itibar ve gösterişi temsil eder.

İsmi tarihî şahsiyet veya olay'dan alan hastaneler logolarında yeşil rengi, ismi türetilmiş kelimedenden oluşan hastaneler isimlerinde gri rengi tercih etmiştir. Gri renk ciddiyeti ve ağırlığı temsil eder.

İsmi yer veya bölge'den alan hastaneler logolarında çoğunlukla insan figürünü, ismi tarihî şahsiyet veya olay'dan alan hastaneler ise daha çok bitki figürünü kullanmıştır. İnsan ve bitki figürleri, iyi bir logoda bulunması gereken basitlik, doğallık ve anlamlılık özelliklerini taşır.

Sonuç olarak, çalışmamızda hastane isimlerinin, logoda kullanılan harf karakterlerinin, renklerin ve figürlerin birbirleri ile ilişkili oldukları görülmüştür.

Kaynaklar

- 1.ÇAKI, Ahmet (2010), Türkiye'de Amblem-Logo Tasarımının Gelişim Süreci, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 2.ESMER, Şükriye (2013), Marka İletişim Stratejileri Açısından Sosyal Medyanın Pazarlama İletişim Aracı Olarak Kullanılması ve Bir Uygulama, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 3.İÇLİ, Gülnur Eti, Mehmet Erol Çopur (2008), Pazarlama İletişiminde Renklerin Rolü, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(1), s. 22-33.
- 4.İŞIKLI, Sinem (2012), Grafik Tasarımında Logo ve Amblemen Sektörlere Göre Renk Algısı, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 5.LEBLEBİCİ, Hatice (2009), Marka Görsel Kimliği Unsurlarından Logoya Yönelik Tüketici Algılarını Belirleme Üzerine Bir Çalışma, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 6.MAZLUM, Özge (2011), Rengin Kültürel Çağrışımları, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 31, s. 125-137.
- 7.ÖZTÜRK, Gülay (2006), Logonun Kurum Kimliği Üzerindeki Etkisi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5(9), s. 1-17.
- 8.POPELKA, Becky Therese (2011), Perceptual and Emotional Response to Shape and Color: A Study for Healthcare Logo Design, Iowa State University Master of Fine Arts Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 9.USTAOĞLU, F. Diğdem (2012), Kurum Kimliği Çerçevesinde Logo Tasarımını ve Rengini Anlamlandırmaya Yönelik Bir Çalışma, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

SAĞLIK PAZARLAMASI VE UYGULAMALARI

Sefer GÜMÜŞ*

Murat KORKMAZ**

Bülent KILIÇ***

Ali Serdar YÜCEL****

Ayhan AYTAÇ*****

Fikriye TOKER*****

ÖZET

Özel alanda sağlık sektöründeki gelişmeler ve özel sağlık kuruluşlarının hızla artması beraberinde artan rekabet ve maliyetler, müşteri memnuniyeti, kaliteli hizmet talepleri vb. nedenlerle sağlık sektöründe pazarlama faaliyetleri her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Bu bağlamda pazarlama anlayışı kapsamında hizmet kalitesi ve sağlık turizmine yönelik olarak katılımcılara 35 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Araştırma Denizli, Ankara, Afyon ve İstanbul ili kapsamında 892 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. araştırmada kullanılan anketin güvenilirlik katsayısı 0.896 olarak bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 18 İstatistik programı kullanılmıştır. Analiz kapsamında, güvenilirlik analizi, frekans tabloları, betimleyici istatistikler, Korelasyon analizlerinden faydalanılmıştır.

Araştırma sonunda, katılımcıların Türk sağlık turizmine ilişkin görüşleri, alınan hizmet ve tesis fiyatlandırması, sağlık kurumlarının hijyen ve genel özellikleri ile genel bilgi ve görüşler faktörleri arasında cinsiyet, milliyet, hizmet tipi, ülke ve gelire göre orta ve kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

*Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

**Güven Grup A.Ş. Finans Yönetmeni

***Ortopedi Uzmanı, Tekirdağ

****Fırat Üniversitesi Besyo

*****Trakya Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat A.D.

*****Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi A.D.

GİRİŞ

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilite etmek ve sonuçta toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir (Bakan, 2012).

Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet verilmektedir. Hastaların hizmetlerden yararlanmasının ertelenmesi de söz konusu değildir. Çünkü yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenmeyecek özelliktedir (Ayhan, 2011).

Sağlık hizmetleri özellikle teknolojinin ilerlemesine paralel olarak her geçen gün gelişmiş arz talep eğrisi yukarılara doğru çıkmıştır. Özellikle arzda meydana gelen çeşitlilik sağlık sektöründeki rekabeti de artırmış bu durum da hizmetlerin pazarlanmasının önemini iyice artırmıştır. Bu durumla ilgili olarak Akkılıç (2002), rekabetin gelişmesine paralel olarak sağlık sektöründe pazarlama fonksiyonunun önemini artırdığını ifade ederken, tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarının ölçülmesi ve tahmin edilmesinin ön plana çıktığını belirtmiştir. Sağlık sektörü içerisinde pazarlama anlayışı ve uygulamaları önemini artırırken bireylerin istek ve ihtiyaçlarına uygun hizmet sınıflandırmalarının gerçekleştirilmesi rekabet ortamında firmaları ön plana çıkarmakta ve tercih edilirliklerini artırmaktadır.

Genel hizmet sektörlerinin yanı sıra ülkemizde sağlık hizmetleri sektöründe de son yıllarda önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Sayısı hızla artan özel sağlık kurumlarından dolayı rekabet yoğunlaşmakta, ayrıca yapılan düzenlemelerle hastaların, hem özel sağlık kurumlarından ve hem de kamuya ait diğer sağlık kurumlarından hizmet almalarının yolu açılmaktadır. Bu nedenle, böylesi bir ortamda kurumların rekabetçi üstünlük oluşturabilmesi ve bunu devam ettirebilmesi için hastaların memnuniyetini esas alan müşteri odaklılık ilkesine göre hareket etmeleri bir zorunluluk haline gelmektedir (Öz ve Uyar 2014).

“Pazarlama, bireysel ve kurumsal amaçları tatmin edecek değişimleri sağlamak üzere mal, hizmet ve fikirlerin şekillendirilmesi, fiyatlandırılması, dağıtımı ile tutundurulmasını planlama ve uygulama sürecidir” (Trout 2003: 19).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda pazarlamanın amacı; hedef pazarın tatmin düzeyini geliştirmek ve tüketicilerin beklentilerini karşılayan daha nitelikli hizmetleri sunarak işletme amaçlarına ulaşmaktır (Akkılıç 2002). Özellikle hedef pazar olarak nitelendirilen yararlanıcıların tatmin düzeylerinin geliştirilmesi ve daha iyi hizmet sunma anlayışı pazarlamanın temel anlayışını temsil etmektedir. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de bu anlayışın yerleşmesi kalite uygulamalarını da ön plana çıkarmıştır.

Toplumun tüm kesimlerine yönelik, örgütlü bir sağlık hizmeti anlayışı ve uygulamasının yaygınlaşması, II. Dünya Savaşı sonlarına rastlar. Aynı dönemlerde pazarlama biliminin boyutları da geniş alanlara yayılmaya başlamıştır. Özellikle 1960’lı yıllarda sadece ürünlerin değil kişilerin, hizmetlerin ve düşüncelerin pazarlama çalışmaları başlatılmıştır. Modern pazarlama anlayışı, hizmet ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlarda son 25 yılda giderek daha da önem kazanmıştır (Odabaşı, 2002).

Pazarlamanın sağlık hizmetlerinde uygulanamayacağına dair birçok görüş de olmasına rağmen son yıllarda özel sağlık hizmetlerinin de yaygınlaşmasıyla birlikte pazarlama sağlık hizmetlerinde gittikçe önem kazanmaya başlamıştır (Çelik, 2009). Sağlık hizmetlerinde pazarlama anlayışının gelişmesine ve yaygın bir şekilde kullanılmasına neden olan gelişmeler şöyle özetlenebilir (Tengilimoğlu vd. 2009: 208):

- Aşırı uzmanlaşma ve hızlı teknolojik gelişmeler,
- Artan maliyet baskıları,
- Fon sağlamanın giderek zorlanması,
- Sağlık kuruluşlarının sayısında görülen artışlar ve hizmet dublikasyonları, oluşan atıl kapasiteler,
- Rekabetin yoğunlaşması, yeni yasal düzenlemeler,
- Değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi, tüketicilerin giderek bilinçlenmesi ve tüketici tatminsizlikleridir.

Hedef pazarın tatmin düzeyini ve tüketicilerin beklentilerini karşılayan, daha nitelikli hizmet sunumu ile işletme amaçlarının gerçekleştirilmesini sağlayan pazarlama faaliyetleri, uzun süre etik kaygılar nedeniyle sağlık sektöründe göz ardı edilmiştir (Özbaşar 1997: 9). Fakat sağlık sektöründe artan rekabet ve maliyetler, atıl kapasiteler, hızlı teknolojik gelişmeler, sağlık personelinin profesyonelleşmesi, tüketicinin bilinçlenmesi, tüketici tatminsizliği, işletmecilik anlayışının ortaya çıkışı, hükümet kısıtlamaları, kaynakların etkin ve verimli kullanımı konusunda kamuoyu baskısı (Tengilimoğlu 2000: 188; Erdem 2007: 72) gibi nedenler sağlık işletmelerini pazarlama faaliyetlerinden yararlanma yoluna itmiştir. Hem tüketici hem de sağlık işletmeleri açısından önemli getirileri olmasına rağmen pazarlama faaliyeti, sağlık alanının hassasiyeti nedeniyle daha bir dikkat gerektiren konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Karaçor ve Arkan, 2014).

Sağlık hizmetinin sunulduğu özel sağlık kuruluşlarının sayılarının artması ve hizmet talep bireylerin memnuniyetlerinin ön plana çıkması rekabet ortamını doğurmuş ve pazarlama uygulamalarının genişlemesi ve yaygınlaşmasını kaçınılmaz kılmıştır. Özellikle gelişen teknoloji ile birlikte alanda meydana gelen uzmanlaşma ve maliyetlerin artması sağlık hizmetlerinde pazarlamanın öneminin bir kat daha artırmıştır. Toplumsal beklentilerin gelişmesi ve artması uzmanlaşma ile birleşince rekabetin acımasız ortamında sektördeki kuruluşlar pazarlama faaliyetlerine daha fazla yönelmek durumunda kalmışlardır.

Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında, pazarlamanın diğer uygulama alanlarına göre gerek sağlık hizmeti sektörünün kendine has özelliklerinden ve gerekse sağlık konusunun hassasiyetinden kaynaklanan farklı özellikleri vardır (Akkılıç, 2002).

Sağlık hizmetleri, hayati konularla ilgili hizmetler olduklarından, tüketici için belirsizlik ve risk söz konusudur. Tüketici, verilen hizmetin teknik kalitesini değerlendirecek kadar bilgi sahibi değildir. Her zaman standart kalite elde etmek zordur (Köseoğlu, 2007).

Verilen ve verilecek hizmetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedirler. Örneğin, kuaför hizmet almak için gelen müşterisi için belli bir saat verebilir fakat sağlık hizmeti almak için gelmiş acil durumda olan bir hastaya böyle bir davranışta bulunmak oldukça zordur (Sağnak, 2010).

Sağlık hizmetlerinde, hizmet kalitesi ve hizmet sonucunda elde edilecek tatmin, diğer hizmet türleri ile karşılaştırıldığında son derece belirsizdir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde tüketicilerin akılcı olmayan davranışları söz konusudur. Bazı hasta grupları kendi başlarına seçim yapamadıkları için sağlık hizmetinin talebi hasta yakınlarından gelmektedir (Güler, 2006).

Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri sektördeki pazarlama uygulamalarının başarı ya da başarısızlığını belirlemektedir. Zira sektörel farklılıkların dikkate alınması ile atılacak adımların belirlenmesi firmaların başarılarını doğrudan etkilemekte ve sektörde bir adım öne geçmelerine aracılık etmektedir. Bu bağlamda yukarıda bahsedilen pazarlama özelliklerinin sektörel özellikler dikkate alınarak uygulanması sağlık hizmetleri sektöründeki barı çitasını yukarı ya da aşağı çekecektir.

Öte yandan, sağlık hizmetleri sektörü ürünlerinin pazarlamasına yönelik tüm eleştirilere karşın; rekabetin olduğu özgür ülkelerde, sağlık sektöründeki pazarlama uygulamalarının da tüketicilerin (hastaların) daha fazla doyum sağlamasına olanak vereceği açıktır. Kaynakların iyi kullanılıp tüketicinin daha çok doyum sağlamasına yönelik uygulamalar ancak pazarlama anlayışı ile mümkündür. Kamuya ait sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda pazarlama anlayışı henüz yeterli düzeye gelememiştir; ancak özel sağlık kuruluşlarının sayısının artması gözle görülür bir pazarlama anlayışının uygulanmaya başladığını göstermektedir. Ancak pazarlamanın temelini oluşturan değişim (mücadele) sürecinin etkili ve verimli olabilmesi sağlık hizmetleri sektöründe de çağdaş pazarlama anlayışının iyi uygulanmasına bağlıdır. (Güngören ve Orhan, 2013).

Sağlık sektöründe sağlık kurumları yöneticiliği yerini yeni yeni almaya başlayan pazarlama tekniklerini iyi kullanmak zorundadır. Sağlık işletmeleri sunulan hizmetlerin en uygun düzeyde pazarlayabilmek amacı ile medikal kadroyu ve diğer bölümlerin pazarlamasını yapmak ve ulaşılmak istenen kitle için stratejik planlamalar yapmalı ve o kitleye uygun imaj geliştirmelidir. Günümüzde artık birçok sağlık işletmesi ileri düzeydeki pazarlama tekniklerini kullanmaya başlanmıştır (Cantürk, 2012).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin pazarlanması reklam algısının ötesine geçmiş, hizmet alımında belirleyici unsur olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamak noktasında göz ardı edilemeyecek duruma gelmiştir. Pazarlama artan rekabet ortamında kar marjını artırabilmek ve daha kaliteli hizmet sunmak için özellikle özel sektördeki sağlık kuruluşları açısından vazgeçilmez bir unsur haline dönüşmüştür. Sağlık kuruluşları müşteri taleplerini karşılayarak onları tatmin edecek hizmeti sunmak durumundadırlar. Bunu sağlamanın en temel ve çağdaş yolunun ise pazarlamadan geçtiği söylenebilir.

Amaç, Kapsam ve Yöntem

Uygulamalı olarak gerçekleştirilen bu araştırmada ölçekli bir anket kullanılmıştır. Kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesine ilişkin sorular, ikinci bölümde ise 5'li likert ölçekten oluşan 35 soru bulunmaktadır. Araştırma yaklaşık olarak 15 ay sürmüştür. Bu süre içerisinde özellikle sağlık turizmüne ilişkin hizmet eden bölgeler ele alınmıştır. Türkiye örnekleme içerisinde Denizli, Ankara, Afyon ve İstanbul illeri yer almaktadır. Sağlık turizmi iki yönden ele alınmıştır. Birinci yönü kaplıca ve doğal termal bölgeler ikinci yön ise tıbbi "cerrahi" yönden uygulamalar değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin büyük çoğunluğu yabancı uyruklu ve sağlık hizmeti almak için Türkiye'ye gelmiş turistlerdir. Araştırmanın en yoğun uygulama kısmı İstanbul ilidir. İstanbul ilinden katılım sağlayan bireyler özellikle diş, saç ekimi, estetik cerrahi ve ortopedik tedavilere yönelik hizmet almak için gelen sağlık tüketicileridir. İstanbul ili dışındaki sağlık tüketicilerine ilişkin yapılan araştırmada ise daha yoğun olarak doğal termal kaplıca için gelen ortopedik rahatsızlık yaşayan romatizmalı hastalardır. Bu anlamda katılım sağlayan bireylerin demografik

dağılımları farklılık göstermektedir. Özellikle yerli katılımcılar belirli dönemlerde daha yoğun olurken yaz aylarında ise yabancı turizmcilerin yoğunluğu dikkat çekmektedir. Araştırmamızda daha önceden kullanılmış bir ölçme aleti "anket" kullanılmıştır. Bu ankette kullanılan bazı sorular değiştirilmiş ve anket araştırmaya yönelik uyarlanmıştır. Araştırma çerçevesinde hazırlanan anket bir ön teste tabi tutulmuştur. Ön teste toplam 120 katılımcı eşlik etmiş ve bunlardan elde edilen bulgular güvenilirlik testine tabi tutulmuştur. Güvenirlilik testi sonucunda Alpha kat sayısı olarak 0,781 kat sayısı elde edilmiştir. Elde edilen bu sayı oldukça güvenilirdir. Asıl araştırmamıza 412 kadın ve 480 erkek olmak üzere toplam 892 katılımcı eşlik etmiştir. Katılımcıların tamamına anket soruları bir Arapça ve İngilizce bilen iki dil uzmanının yardımıyla katılımcılara yöneltilmiştir. Katılımcılardan sağlanan bilgiler ve alınan cevaplar anket formlarına yazılmıştır. Hiç bir katılımcının kimlik bilgisi anket ve araştırmaya yansıtılmamıştır. Katılımcıların tamamı rast gele seçilerek ve kendi rızaları alınarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 18 İstatistik programı kullanılarak farklı analiz teknikleri ile analiz edilmiş ve bulgular yorumlanmıştır.

Değişkenlere ilişkin yapılan analizlerde verilere ilk önce gruplama uygulanmıştır. Sorular gruplanarak yapılan gruplama sonucu detaylı olarak analizin ileriki bölümlerinde incelenmiştir. Gruplamadan elde edilen değerler Korelasyon analizine alınarak analiz sonuçları elde edilmiştir. Verilerin analizinde PASW Statistic 18 paket programı kullanılmıştır.

Verilerin Analizi

Anket uygulaması sonucu elde edilen veri seti PASW Statistic 18 (SPSS-Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Analiz kapsamında, güvenilirlik analizi, frekans tabloları, betimleyici istatistikler, Korelasyon analizlerinden faydalanılmıştır.

Uygulama ve Analizler:

Güvenilirlik analizi:

Tablo 1. Ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi

Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
,896	35

Güvenirlilik analizi sonuçlarına bakıldığında analize dâhil edilen 35 maddenin çok yüksek güven düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Demografik İstatistikler:

Katılımcılara ait demografik istatistikler incelendiğinde;

- %46'sının kadın, %54'ünün erkek olduğu
- %60 Evli, %40'ı bekar.
- %47'si Türk, %53'ü Yabancı
- %38'inin çocuğu vardır, %62'sinin yoktur.
- %15'inin bir çocuğu, %13'ünün iki çocuğu, %10'unun üç çocuğu vardır.

Tablo 2. Katılımcılara ilişkin bazı demografik özellikler

		Frekans	Sütun N %
Cinsiyet	Kadın	412	46%
	Erkek	480	54%
Medeni Durum	Evli	533	60%
	Bekar	359	40%
Milliyet	Türk	416	47%
	Yabancı	476	53%
Çocuğunuz var mı?	Evet	347	38%
	Hayır	549	62%
Çocuk sayısı	Yok	549	62%
	1	133	15%
	2	114	13%
	3	100	10%

Katılımcıların;

- %14'ü saç ekimi için, %17'si Diş sağlığı için, %20'si estetik cerrahi için, %3'ü Diğer, %45'i ise Termal & Romatizmal hastalıklar için Türkiye'ye gelmişlerdir.
- %14'ü Arap ülkelerinden, %32'si Avrupa ülkelerinden, %37'si Afrika ülkelerinden, %3'ü Balkanlardan, %14'ü ise Amerika veya herhangi bir diğer dünya ülkesinden gelmektedir.
- %61'i 1-5 yıl arasında, %33'ü 5-10 yıl arasında, %4'ü 10-15 yıl arasında, %2'si ise 20 yılın üzerinde sağlık sorunu yaşamaktadır.
- %24'ü Mühendis, %22'si Yönetici, %11'i Kamu çalışanı, %14'ü İşçi, %28'i ise Emeklidir.
- %33'ünün geliri 201-500, %50'sinin geliri 501-1000, %17'sinin geliri 1001-2500 lira arasındadır.
- %85'inin sosyal güvencesi vardır, %15'inin yoktur.

Tablo 3. Katılımcılara ilişkin bazı demografik özellikler

		Frekans	Sütun N %
Aşağıdaki Sağlık Hizmet Türlerinin Hangisinden Faydalanmak Üzere Türkiye'ye Geldiniz?	Saç ekimi	127	14%
	Diş sağlığı	155	17%
	Estetik cerrahi	178	20%
	Diğer	30	3%
	Termal & Romatizmal	402	45%
Hangi ülkedesiniz	Arap ülkesi	127	14%
	Avrupa ülkesi	282	32%
	Afrika ülkesi	330	37%
	Balkanlar	30	3%
	Amerika ve diğer dünya ülkesi	123	14%
Kaç yıldır sağlık sorunu yaşıyorsunuz	1-5 yıl	544	61%
	5-10 yıl	295	33%
	10-15 yıl	34	4%
	15-20 yıl	0	0%
	20 yıl ve üzeri	19	2%
Meslek bilginiz nedir	Mühendis	214	24%
	Yönetici	200	22%
	Kamu	101	11%
	İşçi	127	14%
	Emekli	250	28%
Geliriniz nedir (USD)	201-500	295	33%
	501-1000	447	50%
	1001-2500	150	17%
Sosyal güvenceniz var mı?	Evet var	761	85%
	Hayır yok	131	15%

KORELASYON ANALİZİ:

Katılımcıların verdikleri cevaplar gruplandırılarak korelasyon analizine uygun hale getirilmiştir. Analiz sonucunda aşağıdaki sonuçlar edilmiştir.

Hizmet kalitesi ile ilgili olarak sorulan toplam 35 madde gruplandırılarak 4 faktörel alt boyuta yüklenmiştir

5. Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler
6. Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma

7. Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler
8. Genel bilgi ve görüşler

H1: Hizmet kalitesi ölçekleri cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

Cinsiyete göre hizmet ölçeklerine bakıldığında

- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, genel bilgi ve görüşler ile orta dereceli pozitif ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Tablo 4. Ölçeğe ilişkin alt boyutların cinsiyet değişkenine göre korelasyon analizi

Control Variables			Correlations			
			TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER
Cinsiyet	TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	Correlation	1,000	,586	,560	,500
		Significance (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		df	0	889	889	889
	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	Correlation	,586	1,000	,720	,635
		Significance (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		df	889	0	889	889
	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	Correlation	,560	,720	1,000	,607
		Significance (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		df	889	889	0	889
	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER	Correlation	,500	,635	,607	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		df	889	889	889	0

H2: Hizmet kalitesi ölçekleri milliyete göre farklılaşmaktadır.

Milliyete göre hizmet ölçeklerine bakıldığında;

- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, genel bilgi ve görüşler ile orta dereceli pozitif ilişkili

- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Tablo 5. Ölçeğe ilişkin alt boyutların milliyet değişkenine göre korelasyon analizi

Control Variables			Correlations			
			TÜRK SAĞLIK TURİZMINE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER
Milliyet	TÜRK SAĞLIK TURİZMINE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	Correlation	1,000	,582	,557	,494
		Significance (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		df	0	889	889	889
	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	Correlation	,582	1,000	,720	,630
		Significance (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		df	889	0	889	889
	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	Correlation	,557	,720	1,000	,602
		Significance (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		df	889	889	0	889
	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER	Correlation	,494	,630	,602	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		df	889	889	889	0

H3: Hizmet kalitesi ölçekleri hizmet tipine göre farklılaşmaktadır.

Hizmet tipine göre hizmet ölçeklerine bakıldığında

- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, genel bilgi ve görüşler ile orta dereceli pozitif ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Tablo 6. Ölçeğe ilişkin alt boyutların hizmet türü değişkenine göre korelasyon analizi

Correlations						
Control Variables			TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER
Aşağıdaki Sağlık Hizmet Türlerinin Hangisinden Faydalanmak Üzere Türkiye'ye Geldiniz?	TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	Correlation	1,000	,591	,569	,501
		Significance (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		df	0	889	889	889
	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	Correlation	,591	1,000	,724	,634
		Significance (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		df	889	0	889	889
	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	Correlation	,569	,724	1,000	,606
		Significance (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		df	889	889	0	889
	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER	Correlation	,501	,634	,606	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		df	889	889	889	0

H4: Hizmet kalitesi ölçekleri ülkeye göre farklılaşmaktadır.

Ülkeye göre hizmet ölçeklerine bakıldığında

- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, genel bilgi ve görüşler ile orta dereceli pozitif ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Tablo 7. Ölçeğe ilişkin alt boyutların ülke değişkenine göre korelasyon analizi

Correlations						
Control Variables			TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER
Hangi ülkesiniz	TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	Correlation	1,000	,588	,563	,498
		Significance (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		df	0	889	889	889
	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	Correlation	,588	1,000	,722	,631
		Significance (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		df	889	0	889	889
	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	Correlation	,563	,722	1,000	,604
		Significance (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		df	889	889	0	889
	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER	Correlation	,498	,631	,604	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		df	889	889	889	0

H5: Hizmet kalitesi ölçekleri gelire göre farklılaşmaktadır.

Gelire göre hizmet ölçeklerine bakıldığında

- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile orta dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, genel bilgi ve görüşler ile orta dereceli pozitif ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili
- Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler, genel bilgi ve görüşler ile kuvvetli dereceli pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Tablo 8. Ölçeğe ilişkin alt boyutların gelir değişkenine göre korelasyon analizi

Control Variables			Correlations			
			TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER
Geliriniz nedir (USD)	TÜRK SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİZ	Correlation	1,000	,590	,562	,506
		Significance (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		df	0	889	889	889
	ALINAN HİZMETE VE TESİSLERE YÖNELİK FİYATLANDIRMA	Correlation	,590	1,000	,723	,636
		Significance (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		df	889	0	889	889
	SAĞLIK KURUMLARININ HİJYEN VE GENEL ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK GÖRÜŞLER	Correlation	,562	,723	1,000	,609
		Significance (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		df	889	889	0	889
	GENEL BİLGİ VE GÖRÜŞLER	Correlation	,506	,636	,609	1,000
		Significance (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		df	889	889	889	0

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME:

- Katılımcıların demografisi incelendiğinde; çoğunluğunun kadın, evli, yabancı milliyetli, çocuksuz, dış tedavisi için ülkeye gelen, Afrika ülkelerinden gelen, 5-10 yıldır sorun yaşayan, yönetici, 3501 USD'nin üzerinde gelire sahip, sosyal güvencesi olmayan kişilerden oluştuğu belirlenmiştir.
- Gruplandırma sonucu 4 faktör ortaya çıkmıştır.
 - o Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler
 - o Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma
 - o Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler
 - o Genel bilgi ve görüşler

- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma ile Cinsiyet, Milliyet, hizmet tipi, ülke ve gelire göre orta düzeyde pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile Cinsiyet, Milliyet, hizmet tipi, ülke ve gelire göre orta düzeyde pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.
- Türk sağlık turizmine ilişkin görüşler, genel bilgi ve görüşler ile Cinsiyet, Milliyet, hizmet tipi, ülke ve gelire göre orta düzeyde pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler ile Cinsiyet, Milliyet, hizmet tipi, ülke ve gelire göre kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.
- Alınan hizmete ve tesislere yönelik fiyatlandırma, genel bilgi ve görüşler ile Cinsiyet, Milliyet, hizmet tipi, ülke ve gelire göre kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.
- Sağlık kurumlarının hijyen ve genel özelliklerine yönelik görüşler, genel bilgi ve görüşler ile Cinsiyet, Milliyet, hizmet tipi, ülke ve gelire göre kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur.

Bu bağlamda, sağlık hizmetleri sektöründe faaliyette bulunan sağlık kuruluşları içinde buldukları rekabet ortamında mevcut durum analizlerini yapmalı ve pazarlama stratejilerini gözden geçirmelidir. Çalışmada sağlık turizmi, alınan hizmet ve tesis fiyatlandırması, sağlık kurumlarının hijyen ile genel özellikleri arasında pozitif yönde bulunan ilişki günümüz sağlık sektöründe kalite ve hizmet anlayışının artan öneminin göstergesidir. Sağlık sektörü kuruluşlarının pazarlama karmaları içerisinde stratejilerini belirlerken kaliteli ürün ve hizmet sunumunun ön plana alındığı müşteri odaklılık ilkesini benimseyerek hareket etmeleri gerektiği söylenebilir.

Pazarlama anlayışına sahip sağlık kuruluşları hem yurt içi hem de yurt dışı hasta talepleri ve geleceğe dönük hasta beklentilerini tespit edebilecek, kurum politikasını bu yönde belirleyerek, daha kaliteli ve beklentilerin üzerinde bir hizmet sunumu gerçekleştirebilecektir.

Kaynaklar

1. Akkılıç ME., (2002). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama (Tüketicilere Yönelik Anket Uygulaması). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 12 (1): 203-218.
2. Ayhan, E., (2011). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında İnovasyonun Önemi Malatya'da Faaliyet Gösteren Hastanelerde Bir Uygulama, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. GAZİANTEP.
3. Bakan, S., (2012). Türkiye'deki Kamu, Üniversite ve Özel Hastanelerin On-Line Sağlık Hizmetleri Sunumunun Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. ERZURUM.

4. Cantürk, Ö., (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği, yüksek lisans tezi, Atılım üniversitesi, sosyal bilimler enstitüsü, Ankara. S.41,42.46.
5. Çelik, A., (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı. Yüksek Lisans Tezi. İZMİR.
6. Erdem Ş., (2007). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
7. Güler, E., (2006). Sağlık Sektöründeki Mal Ve Hizmetler İçin Yapılan Reklamların Hukuksal Boyutunun Türkiye’deki Durumu, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İSTANBUL.
8. Güngören, M., Orhan, F., (2013). Sağlık Hizmetleri Sektörünün Rekabetçilik Analizi: 5 Güç Modeli Çerçevesinde Ankara ili’nde Bir Uygulama, KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi / KSU Journal of Social Sciences 10 (1).
9. Karaçor, S., Arkan, A., (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma, Selçuk İletişim, 2014, 8 (2): 90-118.
10. Köseoğlu, P., (2007). Aydın ve İzmir’deki Periton Diyaliz Hastalarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. AYDIN.
11. Odabaşı, Y., (2002). (ed. Timur, N.). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması içinde (ss. 1-110). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
12. Öz M., Uyar E., (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 16 (26): 123-132.
13. Özbaşar, ŞB., (1997). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Ürün Politikası ve Ürün Hattı Yönetimi: Teori ve Vak’alarla Analiz, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
14. Sağnak, P., (2010). Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; Gata Hastanesinde Bir Araştırma, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. ANKARA.
15. Tengilimoğlu D., (2000). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 55 (1), 187-202.
16. Trout J., (2003). Pazarlamanın Sihirli Lambası, Hakan Tunçel (çev), Capital Yayınları, İstanbul.

TÜRKİYE’DEKİ HASTANELERİN WEB HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilaver TENGİLİMOĞLU*

Nilgün DOĞAN**

Aysu KURTULDU***

Alper GÜZEL****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, ülkemizdeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinin online olarak sundukları hizmetleri belirleyerek, e-pazarlamanın sağlık hizmetlerinde en çok hangi biçimlerde kullanıldığını belirlemektir. Araştırmada 01.02.2014-31.03.2014 tarihleri arasında Türkiye’de hizmet veren kamu hastanelerinin (n=259), üniversite hastanelerinin (n=55) ve A grubu özel hastanelerin (n=48) web siteleri incelenmiştir. Hastanelere ait web sitelerinde, hasta-hasta yakını ve ziyaretçilere kolaylık sağlayan ne tür uygulamalara yer verdikleri belirlenmeye çalışmıştır. Teknolojik gelişmelerin hayatımızın her alanında kullanıldığı göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetlerinin en önemli girdisi olan hasta ve hasta yakınlarının kaliteli hizmet alabilmelerini sağlamak, zaman ve maliyet tasarrufu sağlamak, müşteri memnuniyetini arttırmak için ve daha geniş pazarlar dilimlerine ulaşabilmek için hastanelerin web-sitelerini oluşturmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hastane, web sayfası, e-pazarlama

*Prof.Dr., Atılım Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, dilaver.tengilimoglu@gmail.com

** Ahmet Yesevi Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Öğrencisi,
hsyn23@windowslive.com

*** Öğr. Gör. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, aysukurtuldu@trakya.edu.tr

****Öğr. Gör., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü
alper_guzel@hotmail.com, guzel@gazi.edu.tr

EVALUATION OF WEB-SITES OF HOSPITALS IN TURKEY

ABSTRACT

The aim of this study was to determine online services which have been presented by public, private and university hospitals. In this study we examined web-sites of public hospital (n=259), A-group university hospitals (n=55) and private hospitals (n=48) in Turkey between 01.02.2014-31.03.2014. In this study, we were to determine content of web-sites of hospitals which convenience to patient and patients' relatives. According to the datas, hospitals should be constituted their web-sites for improving quality of health services, to satisfy the patients and patients' relatives, to save on time and costs and to reach large market shares.

Key Words: hospital, web sites, e-marketing

1. Giriş

Sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı dünyada ve ülkemizde hızla gelişen faaliyetlerin başında gelmektedir. Her ne kadar sağlık hizmetlerinde pazarlamanın etik boyutu sık sık tartışma konusu olsa da şüphesiz ki hizmetlerin etkin ve verimli hale getirilebilmesi, tüketici beklenti ve taleplerinin tahmin edilebilmesi, yatırım planlarının doğru şekilde gerçekleştirilebilmesi ve hizmet sunulan pazarda stratejik bir konuma gelinmesi için pazarlama fonksiyonunun kullanılması şarttır.

En yaygın şekliyle pazarlama kavramı; kişisel ve örgütsel amaçlara ulaşmayı sağlayacak mübadeleleri gerçekleştirmek üzere, fikirlerin, malların ve hizmetlerin geliştirilmesi, fiyatlandırılması, tutundurulması ve dağıtılmasına ilişkin planlama ve uygulama süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Peter, Donallely, 1998).

Satış, elde bir ürün olduğu anda başlar, pazarlama ise daha ürün olmadan başlamaktadır. Pazarlama şirketin insanların neye ihtiyacı olduğunu ve şirketin ne yapması gerektiğini bulması için önündeki ev ödevi gibidir. Bir ürün veya hizmetin pazarda nasıl yürütüleceğini, nasıl fiyatlandırılacağını, nasıl dağıtılacağını ve nasıl ilerletilebileceğini pazarlama belirler. Bunlardan anlaşılabilceği gibi pazarlama kısa vadeli bir satış çabası değil, uzun vadeli bir yatırım gayretidir (Kotler, 2004).

Pazarlama kavramının gelişim süreci incelendiğinde başlangıçta yalnızca sınırlı çevrelere ulaşabilen, ürün odaklı tanıtım çalışmaları şeklinde iken, yıllar geçtikçe teknolojiye meydana gelen hızlı ilerlemenin de etkisiyle çok daha geniş kitlelere hitap edilmesini sağlayan, tüketici odaklı yaratıcı çalışmalar haline geldiği görülmektedir. Diğer taraftan özellikle 1960'ların sonlarıyla 1970'lerin başlarında pazarlamanın sadece işletmelere özgü bir faaliyet olmadığı; kar amacı gütmeyen kuruluşları da içine alacak şekilde kapsamının genişletilmesi ve tanımda bazı sosyal boyutların da yer alması gerektiği tartışmaları yapılmıştır (Tengilimoğlu vd, 2008). 2000'li yıllar ABD sağlık sektöründe pazarlamanın uzmanlık seviyesi olarak en üst düzeyde uygulamaların yer bulduğu yıllar olarak

görülmektedir. 90'lı yılların sonu 2000'li yılların başıyla sağlık sektöründe hedef 'hasta insan' değil aynı zamanda 'sağlıklı insan'lar olarak yeniden tanımlanmıştır (Cengiz, 2013). Meydana gelen bu değişiklikler geleneksel pazarlamanın yanında elektronik pazarlama kavramının yer almaya başladığı görülmektedir.

E-pazarlama kavramı, tüketici ile iletişim sağlayarak, doğru içeriği, tüketicinin ihtiyaç duyduğu anda sunmak şeklinde tanımlanmaktadır (Scott, 2007).

Günümüzdeki değişimin boyutları; piyasaların küreselleşmesi, bilgi teknolojisinin ve bilgisayar sistemlerinin yaygınlaşması, hiyerarşinin ortadan kalkması ve sonuç itibarıyla XIX. asrın ortalarında ortaya çıkan örgüt yapılarının tümüyle değişmesi anlamına gelmektedir. Genel olarak ifade edilmek gerekirse, yeni bilgi ekonomisinde zenginliğin temel kaynağı doğal kaynaklar ve fiziki emek yerine, bilgi ve haberleşmedir (Ekin, 1998). İnternet, insanların her türlü bilgiye çok kısa bir zamanda ulaşmasını ve diğer insanlarla çok hızlı bir şekilde iletişim kurabilmesini sağlayarak insan yaşamına önemli katkılar getiren bir iletişim aracıdır. Gelişen dünyada internetin ortaya çıkış amacı iletişimi artırarak, bilgi paylaşımını kolaylaştırmak ve araştırmacılara yeni olanaklar sunmaktır. İnternetin günlük yaşamdaki öneminin artmasıyla birlikte, değişik alanlardan daha fazla kişi, her gün çeşitli nedenlerle internete bağlanmakta ve interneti kullanmaktadır. İnternetin yaygınlaşması, ürün ve hizmetlere daha ucuza ve daha hızlı erişim imkanı sağlaması sebebiyle e-pazarlama işletmeler tarafından tercih edilmeye başlanmıştır. Dünya üzerindeki pazarların ve müşterilerin gösterdiği değişim sebebiyle meydana gelen farklılıkların anlaşılmasının gerekliliği, müşteri odaklı tutumun sergilenmesi, Pazar bölümlenimin öneminin artması, tüketicilerin doğrudan ürün veya hizmete değil ürünün veya hizmetin faydasına yönelmesi elektronik pazarlama kavramı gibi güncel uygulamaların daha başarılı yürütülmesi için üzerinde durulması gereken noktalar (Hooley vd., 2004).

Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında ise; her ne kadar çeşitli dezavantajları olsa da, e-pazarlama hizmetlerin daha modern hale gelmesi için kullanılan en etkili faaliyet alanı haline almıştır. E-pazarlama faaliyetleri sayesinde sağlık hizmeti sunan kurumlar faaliyetlerini güncel hale getirebilmekte, yeni sistem ve işlemlerin tanıtım ve tutundurma faaliyetlerini daha yaygın ve güvenilir şekilde gerçekleştirebilmekte, diğer işletmeler ve sektörlerle işbirliği kurabilmektedirler (<http://www.marketo.com/assets/uploads/How-to-Leverage-Digital-Marketing-in-the-Healthcare-Industry.pdf?20130819131714>, Erişim tarihi: 01.07.2014).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada; ülkemizdeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinin online olarak sundukları hizmetleri belirleyerek, WEB ve internet hizmetlerini hangi amaçlar için kullanıldığını ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini Türkiye'de hizmet veren kamu hastanelerinin, üniversite hastanelerinin ve A grubu özel hastanelerin web siteleri oluşturmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada 01.02.2014-31.03.2014 tarihleri arasında Türkiye’de hizmet veren kamu hastanelerinin (n=259), üniversite hastanelerinin (n=55) ve A grubu özel hastanelerin (n=48) web siteleri incelenmiştir. Hastanelere ait web sitelerinde, hasta-hasta yakını ve ziyaretçilere kolaylık sağlayan ne tür uygulamalara yer verdikleri belirlenmeye çalışmıştır.

3. Hipotezler

H1: Web sitesi sahipliği açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.

H2: Hastanelerin çevrimiçi randevu verme durumu kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.

H3: Hastanelerin çevrimiçi sonuç verme durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.

H4: Hastanelerin elektronik ortamda doktor seçimi hizmeti sunma durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.

H5: Hastanelerin web sitesinde sağlık danışma hattı bulunma durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.

H6: Hastanelerin e-ziyaret hizmeti verme durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.

H7: Hastanelerin web ortamında e-dilek, şikayet, istek, öneri hizmeti alma durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.

4. Bulgular

Hastanelerin web sitelerinde, e-randevu, e-sonuç verme, doktor seçimi, sağlık danışma, e-ziyaret, e-bülten, şikayet-öneri, gibi hasta ve hasta yakınlarına yönelik hizmetlere erişimi kolaylaştıran, zaman tasarrufu sağlayan, memnuniyet üzerine doğrudan etkisi olabilecek web uygulamalarının kullanılıp kullanılmadığı incelenmiştir.

Tablo 4.1: Web Sitesi Sahipliği

	Kamu Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri		Özel Hastaneler	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Var	233	89,9	54	98,1	46	95,8
Yok	26	10,1	1	1,9	2	4,2
Toplam	259	100	55	100	48	100

H1: Web sitesi sahipliği açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır. (RED)

Araştırması yapılan 259 kamu hastanesinin %89,9’unda web sitesine bulunurken,%10,1’inin web sitesinin olmadığı görülmüştür. Üniversite hastanelerinin hemen hemen hepsinde 1’i (%1,9’u) hariç web sitesi yer almaktadır. Aynı şekilde özel hastanelerinde büyük bir çoğunluğunda (%95,8’inde) web sitesi bulunmaktadır.

Tablo 4.2: Hastanelerin Çevrimiçi Randevu Verme Durumu

	Kamu Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri		Özel Hastaneler	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Var	140	60,1	29	53,7	32	69,5
Yok	93	39,9	25	46,3	14	30,5
Toplam	233	100	54	100	46	100

H2: Hastanelerin çevrimiçi randevu verme durumu kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır. (RED)

Web sitesi bulunan 233 kamu hastanesi arasından %60,1’i hastalara çevrimiçi randevu alabilme hizmeti sunarken, %39,9’u bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 54 üniversite hastanesi arasından %53,7’si hastalara çevrimiçi randevu alabilme hizmeti sunarken, %46,3’ü bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 46 özel hastane arasından %69,5’i hastalara çevrimiçi randevu alabilme hizmeti sunarken, %30,5’i bu hizmeti sunmamaktadır.

Tablo 4.3: Hastanelerin Çevrimiçi Sonuç Verme Durumu

	Kamu Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri		Özel Hastaneler		p
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Var	222	95,3	34	63	37	80,4	0,000
Yok	11	4,7	20	37	9	19,6	
Toplam	233	100	54	100	46	100	

H3: Hastanelerin çevrimiçi sonuç verme durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır.(KABUL)

Web sitesi bulunan 233 kamu hastanesi arasından %95,3’ü çevrimiçi olarak laboratuvar sonuç verme hizmeti sunarken, %4,7’si bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 54 üniversite hastanesi arasından %63’ü çevrimiçi olarak laboratuvar sonuç verme hizmeti sunarken, %37’si bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 46 özel hastane arasından %80,4’ü çevrimiçi olarak laboratuvar sonuç verme hizmeti sunarken, %19,6’sı bu hizmeti sunmamaktadır. Çevrimiçi sonuç verme açısından üniversite, devlet ve özel hastaneler arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=46,199$, $p=0,000$).

Tabloda görüldüğü gibi kamu hastanelerinin web sitelerinde özel ve üniversite hastanelerinin web sitelerine göre çevrimiçi sonuç verme hizmeti daha fazla yer almaktadır.

Tablo 4.4: Hastanelerin Elektronik Ortamda Doktor Seçimi Hizmeti Sunma Durumu

	Kamu Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri		Özel Hastaneler		p
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Var	99	42,5	1	1,9	2	4,3	0,000
Yok	134	57,5	53	98,1	44	95,7	
Toplam	233	100	54	100	46	100	

H4: Hastanelerin elektronik ortamda doktor seçimi hizmeti sunma durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır. (KABUL)

Web sitesi bulunan 233 kamu hastanesi içerisinde %42,5'i çevrimiçi doktor seçimi hizmeti sunarken, %57,5'i bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 54 üniversite hastanesi içerisinde %1,9'u çevrimiçi doktor seçimi hizmeti sunarken, %98,1'i bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 46 özel hastane içerisinde %4,3'ü çevrimiçi doktor seçimi hizmeti sunarken, %95,7'si bu hizmeti sunmamaktadır. Elektronik ortamda doktor seçimi hizmeti sunma durumu açısından üniversite, devlet ve özel hastaneler arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=51,424$, $p=0,000$). Tabloda görüldüğü gibi kamu hastanelerinin web sitelerinde doktor seçimi hizmetleri diğer hastanelere göre daha yaygın şekilde kullanılmaktadır.

Tablo 4.5: Hastanelerin Web Sitesinde Sağlık Danışma Hattı Bulunma Durumu

	Kamu Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri		Özel Hastaneler		p
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Var	146	62,7	19	35,2	23	50	0,001
Yok	87	37,3	35	64,8	23	50	
Toplam	233	100	54	100	46	100	

H5: Hastanelerin web sitesinde sağlık danışma hattı bulunma durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır. (KABUL)

Web sitesi bulunan 233 devlet hastanesi içerisinde %62,7'si sitelerinde sağlık danışma hizmeti sunarken, %37,3'ü bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 54 üniversite hastanesi içerisinde %35,2'si sitelerinde sağlık danışma hizmeti sunarken, %64,8'i bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 46 özel hastane içerisinde %50'si sitelerinde sağlık danışma hizmeti sunarken, %50'si bu hizmeti sunmamaktadır. Sağlık danışma hattı bulundurma açısından üniversite, devlet ve özel hastaneler arasında fark vardır ve bu fark

istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=14,368$, $p=0,001$). Tabloda görüldüğü gibi kamu hastaneleri ve özel hastanelerin web sitelerinde üniversite hastanelerine göre sağlık danışma hizmeti daha çok yer almaktadır.

4.6. Hastanelerin E-Ziyaret Hizmeti Verme Durumu

	Kamu Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri		Özel Hastaneler		p
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Var	2	0,086	2	3,7	5	10,9	0,001
Yok	231	99,14	52	96,3	41	89,1	
Toplam	233	100	54	100	46	100	

H6: Hastanelerin e-ziyaret hizmeti verme durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır. (KABUL)

Web sitesi bulunan 233 devlet hastanesi arasından %0,086'sı e-ziyaret hizmeti sunarken, %99,14'ü bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 54 üniversite hastanesi arasından %3,7'si e-ziyaret hizmeti sunarken, %96,3'ü bu hizmeti sunmamaktadır. Web sitesi bulunan 46 özel hastane arasından %10,9'u e ziyaret hizmeti sunarken, %89,1'i bu hizmeti sunmamaktadır. E-ziyaret hizmeti verme durumu açısından üniversite, devlet ve özel hastaneler arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=14,887$, $p=0,001$). Tabloda görüldüğü gibi kamu, özel ve üniversite hastanelerinin web sitesinde e-ziyaret hizmeti çok fazla yer almasa da özel hastanelerin web sitelerinde bu hizmet diğer hastanelerin web sitelerinden daha fazla yer almaktadır.

Tablo 4.7: Hastanelerin Web Ortamında E-Dilek, Şikayet, İstek, Öneri Hizmeti Alma Durumu

	Kamu Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri		Özel Hastaneler		p
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	
Var	138	59,2	22	40,7	31	67,4	0,016
Yok	95	40,8	32	59,3	15	32,6	
Toplam	233	100	54	100	46	100	

H7: Hastanelerin web ortamında e-dilek, şikayet, istek, öneri hizmeti alma durumu açısından kamu, özel ve üniversite hastaneleri arasında fark vardır. (KABUL)

Web sitesine sahip 233 devlet hastanesi arasından e-dilek, şikayet, istek, öneri hizmeti sunan site oranı %59,2 iken, bu hizmeti web sitesinden sunmayan hastane oranı %40,8'dir. Web sitesine sahip 54 üniversite hastanesi arasından e-dilek, şikayet, istek, öneri

hizmeti sunan site oranı %40,7 iken, bu hizmeti web sitesinden sunmayan hastane oranı %59,3'tür. Web sitesine sahip 46 özel hastane arasından e-dilek, şikayet, istek, öneri hizmeti sunan site oranı %67,4 iken, bu hizmeti web sitesinden sunmayan hastane oranı %32,6'dır. E-Dilek, Şikayet, İstek, Öneri Hizmeti Alma Durumu açısından üniversite, devlet ve özel hastaneler arasında fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=8,323$, $p=0,016$). Tablo görüldüğü gibi özel hastanelerin web sitelerinde e-dilekçe, şikayet, istek, öneri hizmeti daha fazla kullanılmaktadır.

Bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, üniversite ve özel hastanelerin kamu hastanelerine göre web sitelerini daha fazla düzenledikleri görülmektedir. Özel hastanelerin çevrimiçi randevu verme hizmetini daha fazla verdiği görülmüştür. Kamu hastanelerinde çevrimiçi randevunun yaygın şekilde kullanılmamasının sebebi MHRS sisteminin etkin hale getirilmesi şeklinde yorumlanabilir. Diğer taraftan çevrimiçi sonuç verme hizmetinin kamu hastanelerinde daha fazla yer aldığı bulgular arasında yer almaktadır. Bunun sebebi, kamu hastanelerinde özellikle polikliniklerde hasta yoğunluğunun fazla olması sebebiyle yığılmaları önlemek ve zaman tasarrufu sağlamak olarak gösterilebilir. E-şikayet-Öneri hizmetleri açısından bakıldığında ise özel hastanelerin bu hizmeti web sitelerinde diğer hastanelere göre daha fazla bulundukları görülmektedir. Kamu hastanelerinde SABİM ve hasta hakları birimlerinin aktif olarak hizmet vermesi web sitelerinde bu hizmetin yer alma gerekliliğini ortadan kaldırmaktadır.

5. Tartışma ve Sonuç

Bilişim teknolojilerindeki hızlı gelişim ve ilerlemeler tüm dünyada internet kullanımının yaygınlaşmasını sağlamıştır. Her ne kadar üretici ve tüketici arasındaki yüzyüze iletişimi ortadan kaldırırsa da internet ve e-pazarlama uygulamaları sayesinde hızlı, düşük maliyetli, etkin ve zamandan tasarruf sağlanarak hizmet sunumları gerçekleştirilebilmektedir. Eğitim, alışveriş, bankacılık gibi alanların yanı sıra son yıllarda internet ve web sayfaları sağlık hizmetlerinde de yaygın şekilde kullanılmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetlerinde değişen müşteri beklentilerini karşılamak, artan rekabet ortamı içerisinde varolabilmek, kıt kaynakları etkili kullanabilmek ve sunulan yüksek teknoloji kaliteli sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişilere daha yaygın şekilde ulaştırabilmek için internet ve elektronik hizmetlerden yararlanılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Gerçekleştirilen bu çalışmada hastanelerin web siteleri incelenerek, hasta ve hasta yakınlarına kolaylık sağlayan uygulamaların nasıl kullanıldığı belirlenmeye çalışılmıştır.

Sınırsız bilgi kaynağı olan internet, sağlık gibi insan hayatını doğrudan ilgilendiren bir kavramla birleşince, hastane web sitelerinin önemi bir kat daha artmaktadır. Bu nedenle kamu, üniversite, özel hastanelerin web sitesi sahiplik oranının daha yüksek düzeyde olması, sitelerin daha ayrıntılı hazırlanması ve güncel tutulması gerekmektedir.

Hastaların, hastaneye gitmeden istedikleri gün ve saate randevu alınmasını sağlayan çevrimiçi randevu ve laboratuvar sonuçlarının web üzerinden erişiminin sağlanabildiği çevrim içi sonuç verme; bütün hastanelerin web sitelerinde olması gereken bir sistem olduğu düşünülmektedir. Bu hizmetler sayesinde hastaların bekleme süreleri azalacak, zaman tasarrufu sağlanacak, özellikler laboratuvar testlerinin basılı halde verilmesi sebebiyle oluşan kırtasiye giderlerinin önüne geçilecek, gereksiz yığılmalar önlenmiş olacaktır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı, fiziki ve altyapısı yeterli olan hastanelerde Ekim 2007'den itibaren hekim seçme hakkı hizmeti sunulmaktadır. Buna rağmen hasta ve yakınlarının doktor seçme gibi en temel haklarından olan bu hizmetin, devlet hastanelerinin web sitelerinde düşük bir oranda kaldığı, üniversite ve özel hastanelerin ise bu hizmeti sunmada çok büyük eksikliklerinin olduğu tespit edilmiştir.

İnsanların sağlık sorunları ve gelişmeleri takip etmek, zaman tasarrufu sağlamak ve daha güncel bilgilere ulaşmak amacıyla hastane web sitelerini ziyaret ettikleri bilinmektedir. Bu nedenle tüm hastane web sitelerinde sağlık danışma hizmetinin kapsamlı bir biçimde daha yüksek oranlarda sunulması gerektiği düşünülmektedir.

E-ziyaret hizmeti ziyaretçi sayısını azaltacağı düşünüldüğünde, bu hizmetlerin yaygınlaşması hastane enfeksiyonlarını kontrol altına almada ve azaltmada etkili olacağı kaçınılmaz bir gerçektir. Bu da, düşük oranlarda seyreden bu hizmetlerin tüm hastanelerin web sitelerinde yaygın olarak kullanılması gerektiğini ortaya çıkarmaktadır.

Bir kurumun veya özel sektörde bir firmanın gelişmesi ve büyümesi adına, kendisinden hizmet veya mal satın alan insanların düşüncelerinin ne denli önemli olduğu bilinmektedir. Bu sebeple hastane yönetimlerinin de yapılan yanlışları, eksikliklerini, hatalarını görmesinde ve bunlara karşı birtakım stratejiler geliştirmesinde hasta ve hasta yakınlarının hastaneler hakkında olumlu ya da olumsuz düşüncelerinin aktarıldığı e-dilek, şikayet, istek, öneri hizmeti önemlidir. Diğer taraftan bu hizmetin web sitelerinde daha etkin olarak kullanılması sayesinde, yapılan olumlu işlerinde bilinip, hasta memnuniyeti açısından hizmet kalitesini artırmada faydası olacağı düşünülmektedir.

Tüm bunlar düşünüldüğünde asli görevi sağlık hizmeti sunmak olan tüm hastanelerin, web sitesine sahip olmaları, web sitesi olan hastanelerin de etkin olarak çevrimiçi hizmet sunma ve bu sitelerde yer verdikleri bilgileri sürekli güncellemeleri gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye' de sağlık hizmeti sunan devlet, üniversite ve özel hastanelerin web sitelerinden çevrimiçi olarak sundukları hizmetlerin araştırıldığı bu çalışmada, beklenen seviyede olmasa da özel hastanelerin çevrimiçi hizmet sunmada diğer hastanelere göre daha ileri seviyede olduğu tespit edilmiştir. Özel hastanelerin ardından devlet hastaneleri, sitelerinde çevrimiçi hizmet sunumu bakımından, üniversite hastanelerine göre daha fazla yer vermektedir. Ülkemizde sağlık hizmeti sunmada çok önemli bir işlevi olan üniversite hastanelerinin, web sitelerinden çevrimiçi olarak sağlık hizmeti sunmada istenen düzeyde olamadığı ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi yükseltecek, insanlara her açıdan büyük kolaylıklar sağlayacak olan çevrimiçi sağlık hizmeti sunumu konusunda, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel hastanelerin ciddi bir çalışma ile, bu hizmetleri web sitelerinde çok daha etkin ve kapsamlı bir şekilde barındırmaları gerekmektedir.

Çağın getirdiği teknolojik yeniliklerin, insan hayatı için en önemli öge olan sağlık alanında daha etkin olarak kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Hastane web sitelerinde online sağlık hizmetleri sunumunun, etkin ve verimli bir şekilde kullanılması sayesinde, ülkemizin her tarafında özellikle de doğu bölgelerinde kırsal kesimden sağlık hizmeti almak için şehir merkezlerine gelen insanlara zaman kazanma ve mali açıdan önemli bir fayda

sağlayacağı açıktır. Bu sayede insanlar muayene olmak ya da tahlil sonuçlarına baktırmak için saatlerce beklemekten kurtarılacak, hastanelere olan ziyaretçi akını azaltılacak, gerektiğinde hastalar hekimleri ile interaktif görüşme yapabilecek duruma gelecektir. Ayrıca hastanelerin sosyal medyada yararlanması ve hastane imajın ve bilinirliğinin artırılmasında etkili olacak önemli araçlardır.

Bu çalışmanın devamında ülkemizde sağlık hizmeti sunan ve bunu kontrol yetkisi olan Sağlık Bakanlığı, belirlenecek kriterlere sahip olan devlet hastanelerinin, üniversite hastanelerinin ve özel hastanelerin, web sitesi olma ve web sitelerinde online olarak verilebilecek sağlık hizmetlerini sunma konusunda birtakım yasal yaptırımlar uygulaması gerekmektedir. Bunun ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin kalite çitasını yükseltmeye çıkaracağı açıktır.

Kaynaklar

1. CENGİZ, Emrah (2013), ‘Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması’, Ed. Haydar Sur, Tunçay Palteki, *Hastane Yönetimi*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 961-980.
2. EKİN, Nusret (1998), ‘Bilgi Ekonomisinde Elektronik Ticaret’, İstanbul Ticaret Odası, Yayın: 1998-61.
3. HOOLEY, Graham, John Saunders (2004), *Marketing Strategy and Competitive Positioning*, FT Prentice Hall.
4. KOTLER, Philip (2004), *Günümüzde Pazarlamanın Temelleri*, Optimist Yayınları.
5. PETER, J.P., J.H. Donalley (1998), *Marketing Management, Knowledge, Skill*, Mc Graw Hill Companies, Boston.
6. SCOTT, David. M. (2007), *Pazarlamanın ve İletişimin Yeni Kuralları*, MediaCat.
7. TENGİLİMOĞLU, Dilaver, Mahmut Akbolat, Oğuz Işık (2008), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım.
8. <http://www.marketo.com/assets/uploads/How-to-Leverage-Digital-Marketing-in-the-Healthcare-Industry.pdf?20130819131714>, Erişim tarihi: 01.07.2014.

BİYOKİMYA LABORATUVARLARINDA ÇALIŞILAN TESTLERİN BİRİM MALİYET ANALİZLERİ: YERKÖY DEVLET HASTANESİ'NDE BİR ÇALIŞMA

İsmail ŞİMŞEK*

İsmail AĞIRBAŞ**

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, maliyet analizi tekniklerini kullanarak Yerköy Devlet Hastanesi'nin 2013 yılı tıbbi, idari, mali ve teknik verilerine göre biyokimya laboratuvarında çalışılan testlerin birim maliyetlerini belirlemektir. Maliyet analizleri; geçmiş dönem verilerinden faydalanılarak gelecekteki finansal planlamalara yardım etmek, maliyetlerin azaltılması, çalışanların performanslarının belirlenmesi, sunulan hizmet kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında rasyonel karar alma imkanı sağlama gibi konularda yöneticilere yol göstermektedir. Bu amaçla öncelikle oluşan giderler ve hastanenin gider yerleri belirlenmiştir. Çalışmada kademeli dağıtım yöntemi kullanılmıştır. Hesaplanmış olan birim maliyetler, Sosyal Güvenlik Kurumunun hastanelere verdikleri hizmetin karşılığı olarak yaptığı ödeme miktarı ile karşılaştırılmıştır.

Çalışma sonucunda hesaplanan birim maliyetlerinden en düşük olanları 1,07 TL ile Glukoz, AST, LDH, Total Biluribin, Direkt Biluribin, Albumin, Fosfor, Klor ve Periferik Yayma; en yüksek olanı ise 99,12 TL ile Eritrosit Süspansiyonudur.

Hesaplanmış olan birim maliyetlerin tamamı geri ödeme rakamlarının üzerinde kaldığı bulunmuştur. Hastanenin maliyet kontrolü yaparak giderlerini azaltması, ancak maliyetler yine de ödenen tutarlardan fazla olursa geri ödeme kurumları ile hizmet sunum fiyatları konusunda görüşülmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: birim maliyet, laboratuvar, maliyet analizi

* Dr., Yozgat Kamu Hastaneleri Birliği Yerköy Devlet Hastanesi, Başhekim Yardımcısı, drisimsek@hotmail.com

** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, agirbasismail@yahoo.com

UNIT COST ANALYSIS OF TESTS IN BIOCHEMISTRY LABS: A STUDY IN YERKÖY PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT

The purpose of the study is to determine the unit costs of the tests performed in biochemistry laboratory; by using cost analyzing theories with the medical, administrative, financial and technical records of 2013 of Yerköy Public Hospital. Cost analysis guides to administrative personnel in assisting forthcoming financial plans, controlling costs, determining performances of employees, improving quality of care and rational decision-making process regarding pricing of healthcare services by using data obtained in former periods. With this purpose, firstly, actual costs and cost places of the hospital are determined. Gradual deployment method was used in the study. Calculated unit costs were compared with refunds paid by Social Refund Association with regard to services performed by the hospitals.

Among unit costs estimated at the end of study, lowest unit costs were estimated Glucose, AST, LDH, Total Bilurubin, Direct Bilurubin, Albumin, Phosphor, Chloride and Peripheral Smear by 1,07 TL while highest unit cost for Erythrocyte Suspension by 99,12 TL.

It was found out that all of the unit costs calculated were above the refund. It was suggested that the expenses of the hospital should be lowered with cost control. But if costs were more than the payments, service charges must be negotiated with social refund associations.

Key words: Unit cost, laboratory, cost analysis

1.Giriş

Sağlık hizmetlerinde çıktı kalitesindeki düzelmeye oranla daha hızlı yükselen sağlık harcamaları, ülkeleri daha ucuza ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunmaya ve bu konuda tedbirler almaya zorlamıştır. Özellikle maliyet kontrolü ve takibi ile maliyetlerin düşürülmesine yönelik çalışmalar arttırılmaktadır. Sağlık kurumlarında özellikle hastanelerde giderlerin önde gelen niteliği, bu giderlerin büyük bir bölümünün devlet bütçesi ile karşılanmasından ötürü hastane yöneticilerinin bu giderleri düşürme eğilimine girmemeleridir. Oysa yönetimin başarısı hizmet kalitesini düşürmeden giderlerin düşürülmesi ile ölçülür. (Simpson, M.G. 1996)

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin kontrol altına alınmasıyla hastane yöneticileri; maliyetlerin azaltılması, sunulan hizmet kalitesinin artırılması, kullanılan her türlü girdi ve çıktının etkin ve verimli kullanılması, çalışanların performanslarının belirlenmesi gibi konularda daha doğru kararlar alabilmektedir. Hastaneler tarafından verilen hizmetlerin hastaneler tarafından ücretlerinin belirlenememesi de hastane yöneticilerini maliyetleri kontrol altına almaya yönlendirmiştir. Hastanelerde binlerle ifade

edilen farklı kalem malzemenin kullanılıyor olması maliyetlerin kontrol edilmesinin ne kadar zor olduğunu ifade etmek açısından önemlidir. (Kısakürek M.M., 2010)

Bu çalışmalar ancak ayrıntılı bir maliyet analizi çalışması ile yapılabilir. Maliyet analizi, hastanenin ürettiği hizmetin üretimi sürecinde rol oynayan maliyet merkezlerinde oluşan maliyetlerin, nihai çıktı sunan maliyet merkezlerine mantıklı bir şekilde dağıtılması ve bu maliyetlerin analiz edilmesi sürecidir. (Şahin İ. 1992)

Maliyet analizleri yönetim muhasebesinin kullandığı en önemli finansal yönetim araçlarından birisidir. Maliyet analizleri geçmiş dönemlere ilişkin maliyet muhasebesi verilerinden yararlanılarak ileriye dönük finansal planlamalara yardımcı olmak amacıyla yapılan analizlerden oluşmaktadır. (Ağırbaş 1993:4)

2.Yöntem

Bu araştırmada tanımlayıcı (descriptive) araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışma belirli bir dönemi kapsadığı için kesitsel bir araştırmadır. Verilerin analizi Excel programında “Fiili Tam Maliyet Yöntemi” ile incelenecek ve birim maliyetler hesaplanacaktır. Hesaplanan maliyetler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen Sağlık Uygulama Tebliği’ndeki fiyatlarla karşılaştırılacaktır.

2.1.Evren

Araştırmanın evrenini Yozgat ili Kamu Hastaneleri Birliği bünyesinde faaliyet gösteren Yerköy Devlet Hastanesi’nin 2013 yılı tıbbi, idari, mali ve teknik kayıtları oluşturmaktadır.

2.2.Örnekleme

Hastanenin tüm birimleri örnekleme yapılmadan analiz kapsamına alınmıştır ve belgelenmiş olan yıl boyunca gerçekleşen tüm faaliyetlere ait bilgilerin tamamı araştırmada kullanılmıştır.

3.Bulgular

3.1.Gider Yerlerinin Belirlenmesi

Hastanede esas üretim gider yerlerinde 22 temel bölüm, yardımcı üretim gider yerlerinde 13 temel bölüm, destek hizmetler gider yerlerinde 13 temel bölüm ve genel yönetim hizmetleri gider yerlerinde ise 17 temel bölüm olduğu tespit edilmiştir.

3.2. Gider Çeşitlerinin Analizi

Hastanenin gider yerlerini belirledikten sonra, bu bölümlerde kullanılan ve tüketilen giderlerin çeşitleri belirlenmiştir. Hastanedeki gider çeşitleri; direkt ilk madde ve malzeme giderleri, direkt personel giderleri ve genel üretim giderlerinden oluşmaktadır.

3.2.a. Direkt İlk Madde ve Malzeme Giderleri

Yerköy Devlet Hastanesi’nin direkt ilk madde ve malzeme giderleri, tıbbi malzeme giderleri ve ilaç giderlerinden oluşmaktadır.

Tıbbi malzeme giderleri; hastane bilgi sistemi kayıtlarından 2013 yılında alınan tıbbi sarf malzemelerin bölüm bazında gider yerlerine göre dağılımı alınmıştır. 2013 yılı için tıbbi sarf malzemelerin toplam tüketim tutarı 1.255.583 TL olarak tespit edilmiştir.

İlaç Giderleri; hastane bilgi sisteminden 2013 yılında eczaneye alınan giriş işlemi yapılmış ilaçların gider yerlerine göre kullanıldığı miktarlar listelenmiştir. 2013 yılı için toplam ilaç tüketimi 248.122 TL olarak tespit edilmiştir.

3.2.b. Direkt Personel Giderleri

Mutemetlik biriminden, hastane personellerinin brüt maaşları, denge tazminatı ödemeleri, performans dayalı ek ödemeleri ve nöbet ücretleri; isimlere göre sıralanarak alınmıştır. Poliklinik, klinik ve alt birimlere personel giderlerinin dağıtılabilmesi için personellerin hangi birimlerde çalıştığı tespit edilmiştir ve ilgili gider yerlerine dağıtım yapılmıştır. Birden fazla birimde çalışan kişilerin direkt personel giderleri dağıtılırken ilgili birimde çalıştığı süreler göz önüne alınarak hesaplamalar yapılmıştır. Toplam 9.317.955 TL olan direkt personel giderlerinin % 47,82 si hastane döner sermaye bütçesinden; geri kalan % 52,18 i ise genel bütçe kaynaklarından karşılanmıştır.

3.2.c. Genel Üretim Giderleri

Dolaylı ilk madde ve malzeme, dolaylı işçilik ve diğer tüm genel üretim giderleri bu bölümde ele alınıp dağıtımları yapılmıştır. Yerköy Devlet Hastanesi için toplamda 30 farklı genel üretim gideri tespit edilmiştir.

3.3. Birinci Gider Dağıtım

Yerköy Devlet Hastanesinin birinci dağıtım toplamı 14.856.822 TL olarak saptanmıştır. Giderlerin %10,12 si direkt ilk madde ve malzeme giderlerinden, %62,72 si direkt personel giderlerinden ve %27,16 sı genel üretim giderlerinden oluşmaktadır.

Tablo 1. Yerköy Devlet Hastanesinin Gider Çeşitlerinin Toplam Yüzdeleri

HASTANE GİDER ÇEŞİTLERİ	%
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ	10,12
DİREKT PERSONEL GİDERLERİ	62,72
GENEL ÜRETİM GİDERLERİ	27,16
1.GİDER DAĞITIMI TOPLAMI	100

3.4.İkinci Gider Dağıtım

Birinci gider dağıtım sonrası gerçekleşen giderlerden genel yönetim hizmetleri giderleri ve destek hizmetler giderlerinin esas hizmet üretim merkezlerine ve yardımcı üretim merkezlerine kademeli dağıtım ölçütlerine göre dağıtım yapılmıştır. Birinci dağıtım sonuçlarına göre en fazla maliyetten en az maliyete göre sıralanmış ve ikinci dağıtım bu sıralamaya göre yapılmıştır. Birinci dağıtım sonucuna göre toplam 3.681.343 TL esas üretim ve yardımcı üretim gider merkezlerine dağıtılmıştır.

İkinci dağıtım sonucuna göre hastanenin bütün giderlerinin % 69,53 ü esas üretim gider yerlerinde; % 30,47 si ise yardımcı üretim gider yerlerinde gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2. İkinci Gider Dağıtım Özet Tablosu

SIRA NO	ESAS ÜRETİM G.Y.	TOPLAM MALİYET	ORAN	SIRA NO	YARDIMCI ÜRETİM G.Y.	TOPLAM MALİYET	ORAN
1	DAHİLİYE SERVİSİ	809.653	5,45	1	BIYOKİMYA LABORATUARI	1.495.508	10,07
2	G.CERRAHİ SERVİSİ	530.646	3,57	2	AMELİYATHANE	1.504.455	10,13
3	ÇOCUK HAST. SERVİSİ	496.312	3,34	3	RÖNTGEN	477.089	3,21
4	K.DOĞUM SERVİSİ	590.395	3,97	4	BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ	217.640	1,46
5	ORTOPEDİ SERVİSİ	229.555	1,55	5	MR BİRİMİ	197.322	1,33
6	GÖĞÜS HAST. SERVİSİ	389.853	2,62	6	ULTRASON	161.857	1,09
7	KBB SERVİSİ	143.053	0,96	7	KEMİK ÖLÇÜM	66.699	0,45
8	GÖZ SERVİSİ	173.648	1,17	8	ODİYOMETRİ	117.604	0,79
9	FTR SERVİSİ	429.039	2,89	9	EVDE BAKIM	122.120	0,82
10	FTR ÜNİTESİ	217.604	1,46	10	SOLUNUM TESTİ	26.612	0,18
11	DİYALİZ SERVİSİ	1.015.607	6,84	11	ALLERJİ TESTİ	29.185	0,20
12	ACİL SERVİS	2.858.822	19,24	12	EKG BİRİMİ	60.720	0,41
13	DAHİLİYE POLİKLİNİĞİ	159.433	1,07	13	DIYET POLİKLİNİĞİ	50.231	0,34
14	G.CERRAHİ POLİKLİNİĞİ	184.182	1,24				
15	ÇOCUK HAST. POLİKLİNİĞİ	104.976	0,71				
16	K.DOĞUM POLİKLİNİĞİ	130.645	0,88				
17	GÖĞÜS HAST. POLİKLİNİĞİ	134.768	0,91				
18	ORTOPEDİ POLİKLİNİĞİ	504.889	3,40				
19	KBB POLİKLİNİĞİ	205.111	1,38				
20	GÖZ POLİKLİNİĞİ	215.398	1,45				
21	FİZİK TEDAVİ POLİKLİNİĞİ	222.694	1,50				
22	DİŞ POLİKLİNİĞİ	583.497	3,93				
TOPLAM						14.856.822	100

3.5. Biyokimya Laboratuvarı Birim Maliyet Analizleri

Biyokimya laboratuvarında çalışılan testlerin hesaplanan birim maliyetlerinin tamamı SUT puanlarının altında kalmakla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumunun hastaneye ödediği birim fiyatlarının üzerinde gerçekleşmektedir. Örneğin Glukoz testi için SUT puanı 1,69 olup hesaplanan birim maliyet 1,07 olmasına rağmen geri ödeme tutarı 1 TL dir. Bir başka örnek olarak maliyeti yüksek olan testlerden AFP (Üçlü Tarama) nin SUT puanı 57,17 olup hesaplanan birim maliyeti 36,05 olmasına rağmen hastane bu hizmetinin karşılığı olarak geri ödeme kurumundan 33,90 TL almaktadır. Geri ödeme kurumu hastanenin maliyetinin yaklaşık olarak % 6-6,5 oranında az ödeme yapmaktadır.

Tablo 3. Biyokimya Laboratuvarı Birim Maliyet Analizleri

NO	TETKİKLER	SUT PUANI	DÖN. KATSAYISI	FİİLİ ÜRETİM MİKTARI	EŞDEĞER ÜRETİM MİKTARI	FİİLİ BİRİM MALİYET	SUT FİYATI
1	GLUKOZ	1,69	1,00	23.319	23.319	1,07	1,00
2	ÜRE	1,85	1,09	15.357	16.811	1,17	1,10
3	KREATİNİN	1,85	1,09	23.099	25.286	1,17	1,10
4	AST	1,69	1,00	21.789	21.789	1,07	1,00
5	ALT	1,85	1,09	22.582	24.720	1,17	1,10
6	LDH	1,69	1,00	5.956	5.956	1,07	1,00
7	ALKALEN FOSFATAZ	1,85	1,09	10.828	11.853	1,17	1,10
8	GGT	1,85	1,09	15.950	17.460	1,17	1,10
9	TOTAL BİLİRUBİN	1,69	1,00	12.515	12.515	1,07	1,00
10	DİREKT BİLİRUBİN	1,69	1,00	12.497	12.497	1,07	1,00
11	KREATİNİN KİNAZ	2,36	1,40	5.439	7.595	1,49	1,40
12	CK-MB	8,43	4,99	10.556	52.655	5,32	5,00
13	TOTAL PROTEİN	1,85	1,09	4.722	5.169	1,17	1,10
14	ALBUMİN	1,69	1,00	9.766	9.766	1,07	1,00
15	ÜRİK ASİT	1,85	1,09	5.526	6.049	1,17	1,10
16	AMİLAZ	2,36	1,40	11.256	15.718	1,49	1,40
17	KALSİYUM	1,85	1,09	17.673	19.346	1,17	1,10
18	FOSFOR	1,69	1,00	5.628	5.628	1,07	1,00
19	MAGNEZYUM	4,38	2,59	5.242	13.586	2,76	2,60
20	KOLESTEROL	1,85	1,09	12.434	13.611	1,17	1,10
21	TRİGLİSERİD	2,02	1,20	12.416	14.840	1,27	1,20
22	HDL KOLESTEROL	2,70	1,60	12.400	19.811	1,70	1,60
23	LDL KOLESTEROL	4,22	2,50	12.389	30.936	2,66	2,50
24	SODYUM	1,85	1,09	17.934	19.632	1,17	1,10
25	POTASYUM	1,85	1,09	18.254	19.982	1,17	1,10
26	KLOR	1,69	1,00	11.158	11.158	1,07	1,00
27	DEMİR	1,85	1,09	5.603	6.133	1,17	1,10
28	TIBC	1,85	1,09	5.309	5.812	1,17	1,10
29	UIBC	1,85	1,09	5.424	5.938	1,17	1,10
30	HbA1c	6,75	3,99	3.307	13.208	4,26	4,00
31	OGTT	25,80	15,27	95	1.450	16,27	15,30
32	DEMİR BAĞ. KAPASİTESİ	1,85	1,09	132	144	1,17	1,10



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

33	ALKOL	25,80	15,27	420	6.412	16,27	15,30
34	HEMOGRAM (TAM KAN)	5,06	2,99	31.874	95.433	3,19	3,00
35	SERBEST T3	7,59	4,49	6.902	30.998	4,79	4,50
36	SERBEST T4	7,59	4,49	8.259	37.092	4,79	4,50
37	TSH	7,59	4,49	11.110	49.896	4,79	4,50
38	FSH	10,12	5,99	917	5.491	6,38	6,00
39	LH	10,12	5,99	799	4.785	6,38	6,00
40	BETA HCG	10,96	6,49	5.188	33.645	6,91	6,50
41	TOTAL PSA	10,96	6,49	212	1.375	6,91	6,50
42	FERRİTİN	8,43	4,99	5.604	27.954	5,32	5,00
43	VİTAMİN B12	8,43	4,99	6.391	31.879	5,32	5,00
44	PROLAKTİN	11,80	6,98	848	5.921	7,44	7,00
45	ESTRADIÖL	10,12	5,99	871	5.216	6,38	6,00
46	FOLAT	10,96	6,49	3.051	19.786	6,91	6,50
47	PARATHORMON (PTH)	11,80	6,98	262	1.829	7,44	7,00
48	TOTAL TESTOSTERON	8,43	4,99	67	334	5,32	5,00
49	PROGESTERON	11,80	6,98	901	6.291	7,44	7,00
50	CEA	11,80	6,98	941	6.570	7,44	7,00
51	CA-125	13,49	7,98	958	7.647	8,51	8,00
52	CA-15-3	13,49	7,98	795	6.346	8,51	8,00
53	CA-19-9	13,49	7,98	950	7.583	8,51	8,00
54	AFP	10,96	6,49	1.008	6.537	6,91	6,50
55	AFP (ÜÇLÜ TARAMA)	57,17	33,83	226	7.645	36,05	33,90
56	FE3 (ÜÇLÜ TARAMA)	57,17	33,83	225	7.611	36,05	33,90
57	HCG (ÜÇLÜ TARAMA)	57,17	33,83	225	7.611	36,05	33,90
58	HBsAg	12,65	7,49	4.201	31.445	7,98	7,50
59	ANTİHBs	13,49	7,98	4.124	32.919	8,51	8,00
60	ANTİ HCV	13,49	7,98	4.108	32.791	8,51	8,00
61	ANTİ HIV	12,65	7,49	1.922	14.387	7,98	7,50
62	ANTİ HAV IgM	13,49	7,98	201	1.604	8,51	8,00
63	ANTİ HAV Total	13,49	7,98	295	2.355	8,51	8,00
64	ANTİ Hbe	13,49	7,98	169	1.349	8,51	8,00
65	Hbe Ag	12,65	7,49	244	1.826	7,98	7,50
66	CMV IGG	13,49	7,98	495	3.951	8,51	8,00
67	CMV IGM	13,49	7,98	499	3.983	8,51	8,00
68	ANTİ RUBELLA IgM	12,65	7,49	511	3.825	7,98	7,50
69	ANTİ RUBELLA IgG	12,65	7,49	511	3.825	7,98	7,50
70	ANTİ TOKSOPLAZMA IgG	12,65	7,49	508	3.802	7,98	7,50
71	ANTİ TOKSOPLAZMA IgM	12,65	7,49	510	3.817	7,98	7,50
72	TROPONİN T	16,86	9,98	231	2.305	10,63	10,00
73	TROPONİN I	15,18	8,98	3.886	34.905	9,57	9,00
74	MİYOGLOBİN	17,20	10,18	4.056	41.280	10,85	10,20
75	KÜTLE CK-MB	17,20	10,18	3.802	38.695	10,85	10,20
76	PT	10,12	5,99	5.186	31.055	6,38	6,00
77	INR	10,12	5,99	5.162	30.911	6,38	6,00
78	APTT	9,11	5,39	4.767	25.697	5,75	5,40



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

79	FİBRİNOJEN	10,12	5,99	313	1.874	6,38	6,00
80	İDRAR MİKROSKOPİSİ	8,43	4,99	10.354	51.647	5,32	5,00
81	KAN GRUBU	8,09	4,79	2.821	13.504	5,10	4,80
82	PERİFERİK YAYMA	1,69	1,00	72	72	1,07	1,00
83	GEBELİK TESTİ	5,90	3,49	148	517	3,72	3,50
84	HASTA BAŞI GLİKOZ	2,53	1,50	278	416	1,60	1,50
85	KASET TEST HBsAg	4,22	2,50	246	614	2,66	2,50
86	KASET TEST AntiHCV	4,22	2,50	248	619	2,66	2,50
87	KASET TEST AntiHIV	6,07	3,59	248	891	3,83	3,60
88	KASET TEST VDRL	5,73	3,39	288	976	3,61	3,40
89	CROSS MATCH	12,14	7,18	326	2.342	7,66	7,20
90	TAZE DONMUŞ PLAZMA	75,04	44,40	20	888	47,32	44,50
91	ERİTROSİT	157,17	93,00	269	25.017	99,12	93,20
92	ASO	7,59	4,49	1.078	4.841	4,79	4,50
93	CRP	4,22	2,50	14.518	36.252	2,66	2,50
94	RF	4,22	2,50	2.321	5.796	2,66	2,50
95	SALMONELLA TH	21,59	12,78	3	38	13,62	12,80
96	SALMONELLA TO	21,59	12,78	3	38	13,62	12,80
97	SALMONELLA PO	21,59	12,78	3	38	13,62	12,80
98	SALMONELLA PH	21,59	12,78	3	38	13,62	12,80
99	BRUCELLA	2,53	1,50	912	1.365	1,60	1,50
100	BRUCELLA TÜP AGG.	4,38	2,59	240	622	2,76	2,60
101	SEDİMENTASYON	2,87	1,70	6.031	10.242	1,81	1,70
102	GAİTA PARAZİT	2,53	1,50	213	319	1,60	1,50
103	GAİTADA GİZLİ KAN	3,37	1,99	101	201	2,13	2,00
104	BOĞAZ KÜLTÜRÜ	2,53	1,50	75	112	1,60	1,50
105	İDRAR KÜLTÜRÜ	4,22	2,50	631	1.576	2,66	2,50
106	GAİTA KÜLTÜRÜ	5,06	2,99	393	1.177	3,19	3,00
107	KULAK KÜLTÜRÜ	4,22	2,50	1	2	2,66	2,50
108	YARA KÜLTÜRÜ	4,22	2,50	58	145	2,66	2,50
109	BALGAM KÜLTÜRÜ	4,22	2,50	50	125	2,66	2,50
110	VAJEN KÜLTÜRÜ	5,06	2,99	457	1.368	3,19	3,00
111	BURUN KÜLTÜRÜ	4,22	2,50	32	80	2,66	2,50
112	GRAM BOYAMA	5,90	3,49	24	84	3,72	3,50
113	GAİTADA AMİB-GIARDİA	2,53	1,50	35	52	1,60	1,50
114	EZN	5,90	3,49	5	17	3,72	3,50
115	ROTAVİRÜS	28,67	16,96	10	170	18,08	17,00
116	ADENOVİRÜS ANTİJENİ	25,80	15,27	10	153	16,27	15,30
TOPLAM EŞDEĞER ÜRETİM MİKTARI						1.403.223	
TOPLAM MALİYET						1.495.508	
EŞDEĞER ÜRETİM BİRİM MALİYETİ						1,07	

5. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırmada Yozgat ili Yerköy ilçesi Devlet Hastanesi Biyokimya Laboratuvarında 2013 yılında yapılan işlemlerin birim maliyetleri araştırılmıştır.

Hastanenin en önemli gider unsuru direkt personel giderleridir (% 62,72). Genel üretim giderleri % 27,16, direkt ilk madde ve malzeme giderleri % 10,12 dir.

Hastanenin biyokimya laboratuvarında çalışılan tüm tetkiklerin SUT puanlarının üzerinde kaldığı görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar değerlendirilerek aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

1. Tüm hastanelerde araştırma yapılan hastanede gerçekleştirilmiş olan maliyet analizi çalışması doğrultusunda bir maliyet muhasebesi sistemi kurulması için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.
2. Yapılan çalışma sonucunda personel giderleri en büyük maliyet unsurunu oluşturduğu görülmüştür. Bu yüzden biyokimya laboratuvarında gereksiz personel çalıştırılmamalıdır, personel verimliliğini arttırmak için yöntemler geliştirilmelidir.
3. Hastanede çok çeşitli giderlerden oluşan genel üretim giderlerinin birimlere göre kullanımlarına ait detaylı bilgilerin bulunmasının bunlara yönelik olarak yapılabilecek tasarruf imkanlarının araştırılarak maliyetlerin azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.
4. Maliyet analizi çalışmaları, giderlerin hastanelerin ilgili bölümlerine nasıl dağıtıldığını incelemektedirler. Türkiye de ne yazık ki yüksek lisans ve doktora tezleri dışında maliyet analizi hakkında yeterince çalışma bulunmamaktadır. Hastanenin kısıtlı olan kaynaklarını verimli şekilde kullanması ve böylece finansal zorluklarla başa çıkabilmelidir. Bunun temelinde de en önemli konu maliyet analizi çalışmalarının yapılmasıdır.
5. Maliyet analizi çalışmaları ile biyokimya laboratuvarında maliyeti yükselten ve azaltan etkenler tespit edilerek bunlara müdahale edilme imkanı oluşacaktır.
6. Hastanelerde yöneticilerin, özellikle mali yönetimden sorumlu olan yöneticilerin sağlık kurumları yöneticiliği bölümünden en az lisans düzeyinde eğitim almış kişiler olmasının etkililik ve verimlilik açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Hastane yöneticilerinde maliyet bilincinin oluşturulması ve maliyet analizi birimlerinde çalıştırılacak kişilere de bu konuda eğitimler verilmelidir.
7. İlerleyen zamanlarda devletten sağlanan kaynakların daha da azalacağı varsayılırsa hastanenin giderlerini karşılama imkanının bulunmadığı düşünülmektedir. Dolayısıyla hastanenin maliyet kontrolü yaparak giderlerini azaltması gerekmektedir. Ancak maliyetler yine de ödenen tutarlardan fazla olursa geri ödeme kurumları ile hizmet sunum fiyatları konusunda görüşmeler yapılmalıdır.
8. Geri ödeme kurumlarının tek taraflı olarak belirlediği ödeme fiyatlarının yükseltilmesi veya azaltılmasının tek yolu olarak maliyet analizi çalışmaları olarak görülmektedir. Bu gibi çalışmaların artması ile geri ödeme kurumları ile objektif kriterlere dayanan ödeme tutarları belirlenebileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1.AĞIRBAŞ, İ. (1993), Hastanelerde Maliyet Performans Analizi ve TCDD Ankara Hastanesinde Bir Uygulama, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 2.AĞIRBAŞ, İ. ve Arkadaşları (2011), Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.
- 3.BÜYÜKMİRZA, K. (2013), Maliyet ve Yönetim Muhasebesi, 18.Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.
- 4.KISAKÜREK, M.M. (2010), Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 24, Sayı:30
- 5.SIMPSON, M.G. (1996), Health, Quarterly Peryaman Pres, s:211.
- 6.ŞAHİN, İ. (1992), Hastanelerde Birim Çıktı Maliyetlerin Hesaplanması ve Yatak İşgal Oranına Göre Değişimleri, Sağlık Bakanlığı Ankara Zübeyde Hanım Doğumevinde Bir Uygulama, Ankara.

HASTANE İŞLETMELERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI – MALİYET İLİŞKİSİ: LİTERATÜR TARAMASI

Burcu NAZLIOĞLU*

Cemre Eda YAR**

ÖZET

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

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

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

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

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

*Arş.Gör., Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, bnazlioglu@gazi.edu.tr

**Uzm., Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, ceyar@gazi.edu.tr

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

ABSTRACT

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

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

The fact of increasing the quality of services that brought by outsourcing, obviously matters a great importance at health care sector. In this context, when today's competitive conditions are taken into consideration, the need for controlling costs while hospitals, located within the the health sector, perform high-quality service delivery, become an interesting topic, and many studies have been found in the field.

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

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

1. Giriş

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

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

1.1. Dış Kaynak Kullanımı Kavramı

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

İşletmelerin temel yeteneklerine odaklanarak uzmanlık alanlarına girmeyen faaliyetlerin bu konuda uzmanlaşmış işletmeler aracılığıyla sağlanmasına fırsat veren bir yönetim stratejisi olan dış kaynak kullanımı (Ergin ve Şahin, 2005: 56), işletmelerin en iyi bildikleri işlere odaklanmasına ve daha rekabetçi bir tutum sergilemesine imkân veren, üretim bakış açısından stratejik bir bakış açısına dönüşmüş bir kavramdır (Roberts, 2001: 240). Dış kaynak kullanımı, “bir kuruluşun, iç işleri kapsamında bazı fonksiyonlarını yürütme ve bu fonksiyonlar hakkında karar verme yetkisini, belirli bir sözleşme kapsamında, dış kaynaklı başka bir kuruluşa devretmesi işlemidir” (Tutar vd., 2006: 281). Diğer bir ifade ile dış kaynak kullanımı, işletmenin temel yeteneklerine odaklı kalarak daha rekabetçi bir hale gelmesi amacıyla kendi iç kaynakları yerine işletme dışında bulunan kaynaklardan mal ya da hizmetin sözleşme yaparak satın alınması anlamına gelmektedir (Kurdi vd., 2011: 451). Dış kaynak kullanımı ile işletmenin ikili ilişki kurarak bir ortak bulduğu ve bu ortak ilişkisi ile spesifik yatırımlar yapabildiği böylece işletmenin özel ihtiyaçlarına uygun mal veya hizmet üretebilmenin mümkün olduğu bir durum ortaya çıkmaktadır (Grossman ve Helpman, 2005: 136). Bu bağlamda dış kaynak kullanımı, işletmenin daha önce gerçekleştirdiği faaliyetlerin kendi uzmanlık alanına girmeyenlerini yeterli imkânı olmasına rağmen bu konuda uzmanlaşmış dışarıdan bir işletmeye devrederek rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanmasına imkân veren çağdaş bir yönetim stratejisidir (Karahana, 2009: 187).

İşletmeleri dış kaynak kullanımına yönelten nedenlerin başında şüphesiz temel yeteneklerine bağlı olarak geliştirdikleri stratejiler ile rekabete dayanan üstünlüğü elde etme ihtiyaçları gelmektedir (Gözüküçük ve Çelik, 2012: 6). Rekabet üstünlüğü elde etmenin yanı sıra işletmeleri dış kaynak kullanımına yönelten farklı nedenler de bulunmaktadır. Söz konusu nedenler, İşletmelerin tamamını etkileyen ve kontrol edemedikleri dışsal nedenler ile işletmelerin içyapılarını etkileyen ve kontrol edilebildikleri içsel nedenler olmak üzere aşağıda Tablo 1’de iki ana başlık halinde özetlenmektedir.

Tablo 1: Dış Kaynak Kullanımını Ortaya Çıkaran Nedenler

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

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

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

1. 2. Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımı

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

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

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

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

Nüfus artışı ile birlikte yaşanan nüfus, sağlık hizmet fiyatlarında ve talebindeki artış, yeni ve pahalı teknolojilerin daha fazla kullanılmaya başlaması gibi nedenler sağlık hizmetlerine yapılan harcamaları artırmakta ve hastaneleri maliyet baskıları ile karşı karşıya bırakmaktadır (Akyürek, 2013: 3). Ayrıca, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan kaynak yetersizliğine bağlı olarak faaliyetlerini sınırlı kaynaklarla sürdürüp bu kaynakları etkin bir biçimde kullanmak durumunda olan hastane işletmeleri, sağlık hizmeti maliyetlerini de rasyonel kullanabildiği ölçüde maliyetleri kontrol altında tutabilecektir. Aksi takdirde, sürekli artan maliyetler ile karşı karşıya kalacak ve kontrol yeteneğini kaybedecektir. Bu nedenle, hastane işletmelerinde tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetlerde dış kaynak kullanımı, maliyetleri

azaltarak hizmet sunumu esnekliğini ve kalitesini artırmak için en sık ve yaygın kullanılan bir yönetim stratejisidir (Yalçın vd., 2011: 86). Dolayısıyla, dış kaynak kullanımının sağlık hizmeti maliyetlerinde önemli tasarruf sağlamasının yanı sıra verimliliği artırıcı bir etkiye sahip olduğunu ifade etmek anlamlı olacaktır.

2. Literatür Taraması

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

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

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

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

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

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

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

Danvers ve Nikolov (2010)'un çalışması dış kaynak kullanımının hastane işletmelerinin kârlılığına etkisi olup olmadığı sorgulamaktadır. Dış kaynak kullanımının maliyetleri azalttığı ve stratejik faydalar sağladığı, bu iki avantajın da birlikte kârlılık

performansına etki ettiği belirtilmektedir. Makale, yönetsel dış kaynak kullanımı kararları ve kârlılık arasındaki ilişkileri incelemekte, ABD’de 16 eyalette yapılan uygulamalar sonucunda, konu ile ilgili sonuçların bölgelere göre değişiklik gösterdiği ifade edilmektedir.

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

Özdemir (2010) Kafkas Üniversitesinde dış kaynak kullanımı ile ilgili temizlikten sorumlu personel üzerinde yürüttüğü çalışmasında, üniversitenin kendi olanakları ile temizlik personeli istihdam etmesi durumunda; temizlik malzemesi gideri/personel sağlık gideri/giyim gideri gibi giderleri de kendisinin karşılayacağı, bu durumda hesaplanan ortalama yıllık maliyetin 221.000 TL olacağını; üniversitenin temizlik faaliyetini dış kaynaklardan sağlaması durumunda ise ortalama yıllık maliyetin 135.000 TL olacağını belirtmiştir.. Dış kaynak kullanımının üniversiteye 86.000 TL gibi bir maliyet tasarrufu sağlayacağı açıktır.

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

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

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

Hastanelerde dış kaynak kullanımını irdeleyen ve bu çalışma kapsamına alınan çalışmalar içinde 2000 yılının öncesine dayanan bir çalışma olan Hensley (1997) çalışmasında, uyguladıkları anketin sonuçlarına göre, hastane işletmelerinin özellikle

maliyetleri kısmak amacıyla artık çoğunlukla dışa döndükleri, yüksek kapasiteli işletmelerin yaptıkları dış kaynak kullanımı anlaşmalarının oldukça hızla artmakta olduğu belirtilmiştir.

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

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

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

Karahan (2009) çalışmasında hastanelerde dış kaynak kullanımının verimlilik üzerine etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda, 20 hastanede çalışan 85 yönetici üzerinde bir anket uygulanmış ve istatistiki değerlendirmeye tabi tutulan anketler sonucunda hastanelerde dış kaynak kullanımının maliyetleri düşürmeye yardımcı olduğu, dış kaynak kullanımı ile verimlilik arasında olumlu bir ilişki olduğunun gözlemlendiği belirtilmiştir.

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

Türk Sağlık Sisteminde sağlık reformlarının, hastane yöneticilerini kurumsal strateji ve yapılarını değerlendirerek dinamik, gelişen ve rekabetçi bir ortamda taleplere cevap vermek zorunda bıraktığını belirten Yalçın, Akın ve Şeker (2011) çalışmalarında, dış kaynak kullanımının sağlık sektörüne yaptığı katkılar üzerinde durmuş ve bir örnek olay uygulaması

ile desteklemişlerdir. Çalışmada, bir kamu hastanesinin dış kaynak kullanımı yöntemiyle radyasyon, onkoloji, spiral tomografi ve MR hizmetleri uygulamaları araştırılmıştır.

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

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

3. Sonuç ve Değerlendirme

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

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

Çalışma kapsamında ele alınan bilimsel makaleler genel olarak değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğunun içerdiği ampirik çalışmaların bulgularının dış kaynak kullanımının maliyetleri azaltmakta olduğu sonucuna ulaştığı görülmektedir. Dış kaynak kullanımının maliyetleri azaltmasının sebepleri ise hem işletmelerin yatırım maliyetlerini azaltması ve hem de finansal kaynaklarının daha verimli kullanılması olarak gösterilebilir.

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

Kaynakça

- 1.AKBULUT, Y., G. Terekli ve T. Yıldırım (2012), Outsourcing in Turkish Hospitals: A Systematic Review, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11(2), s.25-33
- 2.AKYÜREK, Çağdaş Erkan (2013),Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(2), s.1-23
- 3.APPELBAUM, E., Berg, P., vd. (2001), The Effects of Work Restructuring on Low-Wage, Low-Skill Workers in US Hospitals,
<https://www.msu.edu/~bergp/hospital%20workers%20chapter.pdf> Erişim Tarihi: 15.07.2014
- 4.AUGURZKY, B., Scheuer, M. (2007), Outsourcing in the German Hospital Sector, The Service Industries Journal, 27(3), s. 263-277.
- 5.BEKÇİ, İ., Özal, H. (2010), Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 2(3), s. 78-97
- 6.DANVERS, K., Nikolov, P. (2010), Does Outsourcing affect hospital profitability?, Journal of Health Care Finance, 37(1), s: 13-29
- 7.DÖĞÜCÜ, M. Şemsettin ve Ferhat Sayım, (2009), Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Kocaeli Örneği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, cilt.3, s.262-275
- 8.EKİN, Aslı, A. Yanık ve M. Kıyak (2012), Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dışardan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), s.1-23
- 9.ERGİN, Gülpembe ve İsmet Şahin (2005), Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Çalışma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), s. 51-70
- 10.ESATOĞLU, A. E., Ağırbaş, İ. vd (2010), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Maliyet Analizi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 63(1), s. 17-27
- 11.GÖZÜKÜÇÜK, Muharrem ve Yusuf Çelik (2012), Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(2), s.1-25
- 12.GROSSMAN, Gene M. and Elhanan Helpman (2005), Outsourcing in a Global Economy, Review of Economic Studies, 72 (1), p. 135–159
- 13.GUİMARÃES, Cristina Machado and José Crespo Carvalho (2011), Outsourcing in the Healthcare Sector-A State-of-the-Art Review, Supply Chain Forum An International Journal,12 (1), p.140-148.
- 14.GÜÇLÜ, Ali (2013), *Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Vergilendirilmesi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara
- 15.GÜNGÖR, Mine (2007), Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) : Kahramanmaraş'taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.
- 16.HENSLEY, S. (1997), Outsourcing Boom: Survey Shows More Hospitals Turning to Outside Firms for a Broad Range of Services, Modern Healthcare, 27(35), s. 51-62

- 17.HSİAO, C., Pai, J., Chiu, H. (2009), The Study on the Outsourcing of Taiwans's Hospitals: a Questionnaire Survey Research, BMC Health Services Research, 9(78), s. 1-9
- 18.KARAHAN, Atila (2009), Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma), Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,12(21),s.185-199
- 19.KARASİOĞLU, F., Çam, A. V. (2008), Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması, Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 1(1), s. 15-24
- 20.KAVUNCUBAŞI, Şahin ve Selami Yıldırım (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, 3. Bakı, Ankara
- 21.KISAKÜREK, M. M., Biçer, E. B. (2011), Maliyet Hacim Kâr Analizinin Bir Hastane İşletmesi MR Ünitesinde Uygulanması, Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, 16(2), s. 281-306
- 22.KURDİ, M. K. vd. (2011), Outsourcing in Facilities Management- A Literature Review, Procedia Engineering 20, p. 445 – 457
- 23.LYLES, Kevin D.vd (2010), Healthcare Outsourcing Overview: Staying Focused in Uncertain Time, Teaching Hospitals & Academic Medical Centers, American Health Lawyers Association, 7(1), p.1-5
- 24.MENCAHEMİ, N., Burkhardt, J., vd. (2007), To Outsource or not to Outsource: Examining the Effects of Outsourcing IT Functions on Financial Performance in Hospitals, Health Care Management Review, 32(1), s. 46-54
- 25.MOLLAHALİLOĞLU, Salih vd. (2012), Outsourcing Profile in the Turkish Health Care System, Journal of Health Care Finance 34(4), p. 74–82
- 26.MOSCHURİS, S. C., Kondylis, M. N. (2006), Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective, Journal of Health Organization and Management, 20(1), S. 4-14
- 27.OFLUOĞLU, Gökhan ve Şeyda Doğan (2009), İşletmelerde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yönteminin Organizasyon Yapısı ile Çalışma İlişkilerine Etkileri, Kamu-İş 11(1), s.139-165
- 28.ÖZDEMİR, H. Ö. (2010), Kamu Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanma “Outsourcing”: Kafkas Üniversitesi Örneği, Akademik Bakış Dergisi, 20, s. 1-13
- 29.ROBERTS, Velma (2001), Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry, Journal of Healthcare Management, 46 (4), p.239-249
- 30.SELDÜZ, H., Sevim, Ş. (2012), Sağlık Kurumlarında Faaliyete Dayalı Maliyet Yönetimi İçin Faaliyet Haritalarının Oluşturulması ve Bir Uygulama, Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi, 4(1), s. 49-71
- 31.TUTAR, A., H. İnaç ve Ü. Güner (2006), Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Makroekonomik Etkileri, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, 7(2), s.279-296
- 32.YALÇIN, İ., M. Akın ve M. Şeker (2011), Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,13 (20), s. 83-92
- 33.YİĞİT, V., Tengilimoğlu, D., vd. (2007), Outsourcing and its implications for hospital organizations in Turkey, Journal of Health Care Finance, 33(4), s. 86-92

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE PACS (PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM)/RIS (RADIOLOGY INFORMATION SYSTEM) SİSTEMİNİN MALİYET-ETKİLİLİK ANALİZİ

*Yonca ÖZATKAN**

*İsmail AĞIRBAŞ***

ÖZET

Bu çalışmada daha önce film tabanlı sistem kullanırken PACS/RIS sistemi kullanmaya başlayan Ankara'da bir üniversite hastanesinde PACS/RIS sisteminin maliyet-etkili olup olmadığı incelenerek, hastane için etkili ve tercih edilebilir olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hastanenin radyolojik tetkik giderleri (çekim, görüntüleme/film basımı, arşivleme ve dağıtma/görüntüye ulaşım) hastane bilgi sisteminden ve satın alma biriminden elde edilen veriler ile PACS/RIS öncesi ve sonrası dönemler için hesaplanarak maliyet-etkililik analizi yapılmıştır. Film-tabanlı sistem ile karşılaştırıldığında PACS/RIS sisteminin iş akışı, görüntü kalitesi, görüntüye ulaşılabilirlik, tekrar çekim açısından avantajlı, maliyet-etkili ve tercih edilebilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastanenin kapasitesi doğrultusunda, büyük hastanelerde uygun özellikte PACS/RIS kullanılmasının hastanenin radyoloji hizmetinin kalitesini ve etkililiğini artırırken maliyetleri azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *hastane, PACS/RIS, maliyet-etkililik*

* Uzm., Müdür Yardımcısı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, yozatkan@medicine.ankara.edu.tr

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, agirbas@ankara.edu.tr

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF PACS (PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM)/RIS (RADIOLOGY INFORMATION SYSTEM) IN A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

In a university hospital which changed their system from film-based to PACS/RIS a consideration is done on its effectiveness and preferability by examining if it is cost-effective. Cost-effectiveness analyse is done by calculating the radiologic examination costs before and after PACS/RIS using the data retrieved from hospital data sytem and purchasing department. It is came through that PACS/RIS system is cost-affective, preferable and favorable in work-flow, image quality, accesibility to image and avoiding of repeat imaging than film-based system. As a result, it can be mentioned that according to size of the hospital, in big hospitals using an appropriate PACS/RIS will decrease the costs while increasing the quality and effectiveness of radiology service.

Key Words: hospital, PACS/RIS, cost-effectiveness

1. Giriş

Sağlık hizmeti örgütlerinin bilgiyi alma, kaydetme, paylaşma ve karar verme süreçlerinde teknolojiye olan gereksinimleri giderek artmaktadır. Yeni teknolojilerin kullanıcıları nasıl etkilediğinin anlaşılması önemlidir. Sağlık sistemleri ve sağlık profesyonelleri, yüksek kaliteli ve hasta odaklı hizmeti daha verimli sunabilme baskısı altındadır (Srinivasan vd, 2006: 123).

Tıptaki gelişmelerin en çarpıcı izlendiği alanlardan biri radyolojidir. Radyoloji, diğer tüm tıp branşları gibi bilgi sistemlerine benzer gerek duymanın yanı sıra görüntü oluşturma ve bu görüntüleri depolama, işleme ve saklama özellikleri nedeni ile özellik gösterir (Şenol vd, 2006:1). Son on yılda radyoloji alanında yapılan ekonomik çalışmalar, kağıt ve film kullanımından vazgeçilerek CD ve web-tabanlı görüntülemenin tercih edilmesi ile birlikte, kayda değer verimlilik ve uzun dönemde maliyet tasarrufu sağlandığını göstermektedir (Macyszyn, 2013: 528).

1.1. Radyoloji

Radyoloji, x ışınları ve diğer görüntüleme yöntemlerinin tıpta tanı ve tedavi amacıyla kullanılmasıdır (www.istanbulbilim.edu.tr). Tıbbi görüntüleme cihazlarıyla çekilen radyolojik görüntülerin iki işlevi vardır. Bu işlevlere göre radyoloji iki ana başlığa ayrılır:

(1) Tanısal (Diagnostik) Radyoloji: Hastalıkları saptamak ve tanı koymakla ilgilenir.

- Röntgen

- Konvansiyonel Röntgen
 - Radyoskopi
 - Radyografi
- Dijital Röntgen
 - Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)
 - Bilgisayarlı Tomografi (BT)
 - Ultrasonografi (USG)
 - Anjiyografi
 - Mamografi

(2) Girişimsel Radyoloji: Tedavi amacıyla hastalıklı bölgeye müdahale eder. US ya da BT eşliğinde yapılan girişimsel işlemler, stereotaksik girişimler, biyopsiler, balon anjiyoplasti, stent uygulamaları, trombolitik tedaviler, embolizasyonlar, vena kavaya filtre konulması, TIPS uygulamaları, perkütan port yerleştirilmesi, abdominal aorta anevrizmalarında stent greft uygulaması gibi işlemler, girişimsel radyolojinin uygulama alanı içinde yer almaktadır (<http://radyoloji.medicine.ankara.edu.tr>).

1.2. Radyoloji Bilgi Sistemi (Radiology Information System-RIS)

Hastanın radyoloji ile ilgili bilgilerinin ve tıbbi görüntüleme cihazlarında çekilen görüntülerinin saklanması ve yönetilmesi için kullanılan sistemdir. Radyoloji bölümünün iş akışı kontrolünü sağlar.

Temel amaç, hastanın radyoloji bölümüyle ilgili randevu verme, çekim yapma, raporlama, görüntülerinin saklanması gibi işlemlerini izlemek, takip etmektir. İstemlere randevu verilmesi, tetkiklerin klinik bilgilerinin tutulması ve departmanda sadece bu bilgilere ihtiyacı olan yerlere taşınması, önceki tetkiklere erişim sağlanması ve hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) ve PACS'a gerekli bilgileri yollama gibi rolleri üstlenir (Asal, 2012:36).

1.3. Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi (Picture Archiving and Communication System-PACS)

Tanı amaçlı görüntüleme cihazlarından elde edilen görüntüler ve bunlara ait bilgi (örneğin, hastanın demografik bilgileri) ile görüntülerin elektronik ortamda etkin bir şekilde yönetilmesi amacıyla geliştirilmiştir. PACS dijital görüntülerin ayrıca tanı, raporlama, konsültasyon amaçlı olarak hem yerel hem de uzak iş istasyonlarından en etkin şekilde incelenmesini sağlayan merkezi sistemlerdir. PACS yerel ve geniş ağlar üzerinden kamusal iletişim servislerini kullanarak sağlık hizmetleri veren sistemler veya hastane içinde diğer birimlerde bulunan bilgi sistemleriyle bağlantı kurmaktadır (Yıldırım vd., 2006:25).

1.4. PACS/RIS Sisteminin Avantajları

Sistemin temel avantajı, elektronik veri toplama sebebiyle daha etkili hizmet sunumudur. Ayrıca (Strickland, 2000:82-83; Yıldırım vd.2006:26, Asal, 2012: 85-92):

- Bir görüntü sisteme bir kez girdiyse kaybolamaz, çalınamaz veya yanlış dosyalama yapılamaz. PACS'a giren görüntüler her zaman ulaşılabilir. Dolayısıyla filmin kaybolmasına bağlı tekrar çekim, hasta randevusu iptali, klinik karar vermede gecikme, hekimin ve sağlık personelinin zaman kaybı gibi durumlar ortaya çıkmaz. Tüm görüntüler gündüz ve gece hastanenin herhangi bir yerinden veya teleradyoloji varsa hastane dışından da her zaman ulaşılabilir durumdadır. Film basımının; düşük görüntü kalitesi, ayrı bir talep kağıdı, tekrar çekim, film deformasyonu, hastanın önceki filmlerini kaybetmesi, yanlış çekim, hastanın çekim sırasında isteneni yapamamış olması sebebiyle film tekrarı gibi risklerini ortadan kaldırır.
- Hastane genelindeki PACS terminalleri sayesinde aynı görüntünün hastane içindeki farklı bölümlerdeki radyologlar ve klinisyenlerce görüntülenmesini sağlar. Örneğin acil servisteki bir hastanın radyolojik tetkikinin incelenmesi için bir radyolog, beyin cerrahı, ortopedist ve acil tıp uzmanının aynı mekanda bir arada bulunması gerekmez. Hastane dışında başka şehir ya da ülkedeki radyologlara danışma amacıyla, görüntüler dışarıya gönderilebilir. Yeterli sayıda radyolog bulunmayan sağlık kuruluşları, hastane dışından raporlama hizmeti alabilir.
- PACS veri tabanı, tüm görüntülere kronolojik olarak, doğru yönlendirilmiş ve etiketlenmiş ve istenen kritere göre (ad, protokol numarası, tarih, talep eden doktor vb) kolayca ulaşılabilme olanak sağlar. Bir hastanın tüm radyolojik tetkiklerine, eski tetkikleriyle karşılaştırma yapacak şekilde PACS'ta hızlıca ulaşılabilir. Kanıtlanması zor olsa da, bunun klinik fayda sağlaması beklenir.
- Monitör üzerinde soft kopya görüntüler üzerinde inceleme yapmak, görüntüler üzerinde düzenleme yapmaya imkân verir. Negatoskop ihtiyacı ortadan kalkar. Negatoskopun ölçüsüne göre yan yana belli sayıda film karşılaştırılabilirken, PACS/RIS ile film karşılaştırma kolaylaşır. Dijital görüntüler üzerinde yapılan incelemeler, filmler üzerinde yapılan incelemelere göre daha az zaman gerektirir.
- PACS/RIS film, film kutusu, banyo solüsyonu harcamalarında, karanlık oda teknisyeni maaşlarında ve film arşiv alanından tasarruf sağlar. Daha güvenli, erişimi kolay ve hızlı bir dijital arşiv sağlar. Bu veriler, doğal afetlere veya siber saldırılara karşı hastaneden ayrı bir merkezde de yedeklenebilir.
- Film veya CD talep eden hastaya ücret karşılığında film veya CD verildiğinden hastanenin gelirini artırır.
- Film basımı için kullanılan kimyasallar, banyo suları ve atık filmlerin çevreyi kirletmesi önlenir. Bu, aynı zamanda bir sosyal sorumluluktur.
- İnsan sağlığı için daha güvenli, etkili ve doğruluk payı yüksek sonuçlar ortaya koyar. Hasta listeleriyle birlikte hastaya ait kimlik ve klinik bilgileri (kontrast maddeye alerji vs dahil) de sisteme otomatik olarak düşeceğinden, hasta güvenliğini artırır.
- Randevu, film banyosu, rapor yazımı için klinisyenlerin beklemesi gibi süreçleri ortadan kaldırdığı için zamandan tasarruf sağlar.
- İş süreçleri azalacağından personelden tasarruf sağlanır.
- Özel ve üst düzey araçlar yardımıyla çekimi yapılan bölgelerin üç boyutlu görüntülerini oluşturmak, vücut içinde sanal olarak gezinmek gibi özellikler de talebe göre sisteme eklenebilir.

- Radyolog görüntüyü incelerken aynı zamanda mikrofonla ses kaydı yapabilir. Sekreter, bu ses kaydını yazıya dökerek rapor oluşturur. Böylece radyologlar daha çok sayıda görüntü değerlendirebilir.
- Hastanın istem kağıdıyla poliklinik-klinik-radyoloji arasında yol kat etmesi önlenir.
- Akademik çalışma yapanların verilere ulaşımını kolaylaştırır.

PACS/RIS kararı verilirken en azından film tabanlı radyolojiye oranla maliyetin değişmemesi amaçlanmalıdır. Eğer mali bir tasarruf sağlanmış olursa, hastane için ayrıca bir kazanç olacaktır. PACS/RIS'in gerçek avantajı ise, etkili veri yönetimi sağlamadaki büyük artış olacaktır (Strickland, 2000: 83).

1.5. PACS/RIS Sisteminin Dezavantajları

PACS/RIS sisteminin avantajlarının yanı sıra bazı dezavantajları da bulunmaktadır (Strickland, 2000: 82-83, Asal, 2012: 92-96)

- Ucuz bir sistem değildir.
- Hizmetten beklenen ek özellikler, maliyeti artırır.
- Hastanenin bilgisayar ağının güvenli ve hızlı olması gerekmektedir.
- Yeniliğe direnç gösteren personel olabilir.
- Donanımdan kaynaklı yavaşlamalar olabilir.
- Personelin eğitimi gereklidir.
- Yatan hasta başında film incelemesinin ortadan kalkması klinisyenler tarafından olumsuz karşılanmıştır.
- Radyologlar rapor yazmadan klinisyenlerin görüntülere erişimi hatalı teşhise neden olabilir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, film tabanlı sisteme karşın PACS/RIS sisteminin maliyet-etkili olup olmadığının değerlendirilerek hastaneler için maliyet-etkili ve tercih edilebilir olup olmadığı incelenmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara'da faaliyet gösteren 937 yataklı bir üniversite hastanesi oluşturmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Hastanenin radyolojik tetkik giderleri (çekim, görüntüleme/film basımı, arşivleme ve dağıtma/görüntüye ulaşım) hastane bilgi sisteminden ve satın alma biriminden elde edilen veriler ile PACS/RIS öncesi ve sonrası dönemler için hesaplanarak maliyet-etkililik analizi yapılmıştır.

PACS/RIS sistemi Tıp Fakültesinin Ankara ili içinde yer alan iki hastanesinde Haziran 2011’de kullanılmaya başlamıştır. 2011 yılında hem film tabanlı sistem hem PACS/RIS kullanıldığından geçiş aşaması olması sebebiyle, bu döneme ait sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

3.Bulgular

3.1. PACS/RIS Öncesi Dönem

Kullanılan filmler farklı ebat ve özelliklerde olduğundan dolayı, satın alma fiyatları da değişiklik göstermektedir. HBYS’ye yalnızca fatura edilen film adetleri girildiğinden ve tekrar çekilen filmlerin kaydı tutulmadığından dolayı, tekrar çekilen film sayısı resmi kayıtlarda yer almamaktadır.

	18x24 cm	24x30 cm	25x30 cm	30x40 cm	35x35 cm	35x43 cm	30x90 cm
2009	19942	39950	22050	4750	800	300097	1850
2010	5642	14189	33575	2304	2000	295575	900
2009-10 Ort.	12792	27069	27812	3527	1400	297836	1375
Yıllık ort. tekrar çekim sayısı	512	1083	1112	141	56	11913	55
Yıllık ort. top. çekim sayısı	11304	28152	28925	3668	1456	309749	1430

Satın Alma Biriminden filmlerin ebat ve çeşitlerine göre KDV dâhil satın alma fiyatları temin edilerek, 2009 ve 2010 yılları film giderleri hesaplanmıştır.

	18x24 cm	24x30 cm	25x30 cm	30x40 cm	35x35 cm	35x43 cm	30x90 cm	TOPLAM
2009	6.780,28	62.322,00	67.032,00	4.085,00	728,00	1.320.426,80	16.779,50	1.478.153,58
2010	1.918,28	22.134,84	102.068,00	1.981,44	1.820,00	1.300.530,00	8.163,00	1.438.615,56
2009-10 ort								1.458.384,57
Yıllık ort tekrar çekim gideri (TL)	173,97	1.689,14	3.382,00	121,33	50,96	52.419,14	498,85	58.335,38
Yıllık Ort film gideri (tekrar çekim dahil) TL	4.523,25	43.917,56	87.932,00	3.154,55	1.324,96	1.362.897,54	12.970,10	1.516.719,95
Yıllık Ort film gideri (tekrar çekim dahil) \$	2.956,37	28.704,29	57.471,90	2.061,80	865,99	890.782,70	8.477,19	991.320,23

Satın Alma Biriminden banyo solüsyon giderleri temin edilmiştir.

	Birim Fiyat (KDV dahil)	Miktar	TOPLAM
Yıllık (TL)	62,37 TL	1200 kutu	74.844,00
Yıllık (\$)			48.917,00

Banyo cihazlarının bakım onarım gideri, Satın Alma ve Biomedikal ve Teknik İşler Birimlerinden temin edilmiştir.

Yıllık (TL)	125.000,00
Yıllık (\$)	81.699,34

3.2. PACS/RIS Sonrası Dönem

* Giderler

PACS/RIS cihazı yazılım, donanım ve iki yıllık bakım sözleşmesi KDV dahil dahil 1.958.800 TL'ye (1.280.261,38 \$) edinilmiş olup, amortisman gideri ise 391.760 TL (%20) olarak hesaplanmıştır.

* Ek Gelirler

Araştırmanın yapıldığı hastanede, hastanın çekilen görüntüyü talep etmesi halinde Sağlık Uygulama Tebliği uyarınca film veya CD başına 6,60 TL hastadan tahsil edilmekte olup, bu uygulamadan 2012 yılında 152.000 TL ek gelir elde edilmiştir.

* Olası Ek Faydalar

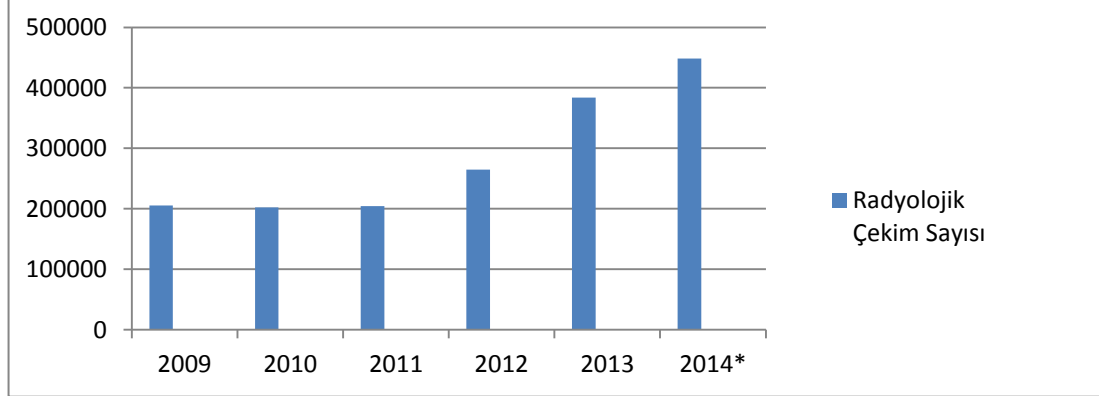
PACS/RIS sisteminin film tabanlı sisteme kıyasla radyografi tekrarlarını önleyeceği öngörülmektedir. Sung ve ark. (2009) acil serviste tekrarlanan radyografi oranının %14-25 arasında olduğunu; Sung ve ark. (2009) ile Haley ve ark. (2009) tekrar çekimlerin %4,5-7,5'inin sağlam görüntüleme ve arşivleme sistemi ile önlenebileceğini; Canural ve ark. (2009) analog cihazlarda düşük doz-yüksek doz nedeniyle film tekrar oranının %5-10 arasında değiştiğini; Tüm Radyoloji Teknisyen ve Teknikerleri Derneği (2009) tekrarlanan radyografi oranını %10 olarak belirtmiştir.

Sağlık Bakanlığı kalite endikatörlerinin incelenmesinde, tekrarlanan radyografi kayıtlarının tutulması ve önlem alınmasının hastane kalite standartlarında yer almadığı, ancak ağız ve diş sağlığı merkezleri için kalite endikatörü olarak belirlendiği görülmüştür. Araştırma yapılan hastanede PACS/RIS öncesi ve sonrası döneme ait tekrarlanan radyografi kayıtları tutulmadığından konu ile ilgili olarak anabilim dalı başkanı, sorumlu radyoloji teknisyeni ve depo sorumlusunun görüşüne başvurulmuştur. Tekrarlanan radyografi oranının PACS/RIS öncesi dönemde yaklaşık %4, PACS/RIS sonrası dönemde %1 olarak ifade edilmiştir. Tekrarlanan radyografi kayıtlarının, tekrarlanma sebepleriyle birlikte tutulması, görüntüleme hizmetlerinin kalite standartlarının geliştirilmesini sağlayacaktır.

PACS/RIS sistemi ile birlikte iş süreçlerindeki iyileşmeye bağlı olarak çekim sayılarında artış olup olmadığı irdelenmiş, 2009 yılından bu güne kadar yapılan radyolojik

tetkik sayılarının incelenmesinden, 2011 yılının Haziran ayından itibaren kullanılmaya başlayan PACS/RIS ile birlikte arttığı tespit edilmiştir.

Grafik 1: 2009-2014 yılları radyolojik çekim sayıları



*Beklenen radyolojik çekim sayısı: 2014 yılı verileri, 2014 yılının ilk üç ayına ait istatistiklere göre hesaplanmıştır.

Tablo 5: 2011-2014 yılları çekim sayıları artışı (%)

Yıllar	Çekim Sayısı (Adet)	Önceki Yıla Göre Artış (%)
2011	204.109	-
2012	264.758	29,71
2013	383.744	44,94
2014*	448.420	16,85

*Beklenen radyolojik çekim sayısı

Tablo 6: Film tabanlı ve PACS/RIS sistemlerinin karşılaştırması

GİDERLER	Film Tabanlı Sistem	PACS/RIS
Film gideri (Yıllık-TL)	1.458.384,57	-
Tekrarlanan çekim gideri (Yıllık-TL)	58.355,38	-
Film+Tekrarlanan çekim gideri (Yıllık-TL)	1.516.719,95	-
Solüsyon gideri (Yıllık-TL)	74.844,00	-
Banyo cihazları bakım onarım gideri (Yıllık-TL)	125.000,00	-
Yatırım maliyeti (TL)	-	1.958.800,00
GELİRLER		
Film/CD geliri (Yıllık-TL)		152.000,00

Tablo 6’da yer alan verilerin incelenmesinden, sistemin yaklaşık bir yılda kendini amorti ettiği ve maliyet-etkili olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Tekrar çekim ve önlenen tekrar çekim maliyetleri		
Film tabanlı dönem tekrar çekim maliyeti		
	TL	\$
2009-2010 yıllık ortalama	58.355,38	38.140,77
PACS/RIS ile önlenen tekrar çekim maliyeti		
	TL	\$
2012	75.692,76	49.472,39
2013	109.709,08	71.705,28
2014	128.195,05	83.787,62

PACS/RIS sisteminin avantajları arasında yer alan önlenen tekrar çekim maliyetleri Tablo 7’de yıllık olarak belirtilmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Literatür taramasında yurtdışı çalışmalarında film tabanlı radyolojik görüntüleme ile PACS/RIS yöntemlerinin maliyet-etkililik ve maliyet-fayda analizi çalışmalarına rastlanmış, ancak Türkiye’de yapılan çalışmaların kullanıcı görüşleri, genel derleme veya mühendislik alanında yazılım geliştirme çalışmaları ile sınırlı olduğu gözlenmiştir.

Hilsenrath ve arkadaşları (1991) çalışmalarında PACS’ın maliyet-etkililiğini irdelenmiş ve PACS’ın film tabanlı radyolojiye göre maliyetlerini saptamada belirleyici faktörleri açıklamıştır (Hilsenrath et al, 1999: 180).

Tablo 8: PACS’ın Maliyet Etkililik Analizinde Önemli Unsurlar	
Maliyetler	Etkiler
Edinme maliyeti	Doğru tanı
Gelecek edinme maliyetleri	Daha erken teşhis ve müdahale
Amortisman	Hastanenin imajının geliştirilmesi
İndirim oranları	Ulusal ar-ge hedeflerinin geliştirilmesi
İşlem hacmi	
Yatış süresinde olası azalmalar	
Personel maliyetlerine etkiler	
Filme dayalı maliyetlere etkiler	
Kaynak: Analysis of the Cost Effectiveness of PACS; Hilsenrath et al., Academic Journal of Radiology, Jan. 1991, 180	

Bryan ve arkadaşları (1999), hastanenin net maliyetlerini ve PACS'ın faydalarını ortaya koymak amacıyla yaptıkları çalışmada, Londra'da bulunan Hammersmith Hospital ve PACS sistemi bulunmayan beş diğer hastanede karşılaştırma ve zaman serileri analizleri yapmıştır. Çalışma sonunda 1,7 milyon euro yatırım maliyetine sahip PACS'ın hasta yatış gününe etkisine yönelik tatmin edici bir kanıt bulunamazken, sistemin radyoloji bölümünün performansını artırdığı tespit edilmiştir: görüntüye ulaşmada artış (%97,7 vs %86,9), daha düşük tekrar çekim oranı (%9,9 vs %7,3), lateral lomber spine vakalarında radyasyon maruziyetinde %20 azalma. Radyoloji raporlama hizmetinin kalitesinde artış tespit edilmemiştir. Radyoloji dışındaki faydalar; görüntüye ulaşmada yoğun bakım ünitesinde kısalma (19 dk vs 37 dk) ve tanı hatalarında azalma (%0,65 vs %1,51) olarak bulunmuştur. Hem radyologlar hem klinisyenler, PACS için yüksek derecede memnuniyet bildirmiştir (Bryan et al, 1999:206-209).

MacDonald ve Neville (2010), PACS'ın faydasını temelde iki kategoride incelemiştir: (1) maliyet tasarrufu ve (2) kar artışı. Maliyet tasarrufları fiziksel arşivdeki personel giderinin azaltılması, kimyasal ve film giderlerinin ortadan kaldırılması, ulaşım giderlerinin ortadan kaldırılması, fiziksel film arşivi için kullanılan alandan tasarruf etmek olarak sayılabilirken; kar artışları ise radyologların daha verimli çalışması ve bu sayede hastanenin de daha çok hasta kabul etmesi olarak kabul edilebilir. Western Sağlık Otoritesi'ne bağlı yedi hastanede yapılan araştırma sonucunda film tabanlı sistemde %1,5 olan yanlış teşhis oranı PACS'ta %0,6 olarak bulunmuştur. Film tabanlı sistemde 9,5 \$ olarak hesaplanan çekim başı maliyet PACS ile %11,8 \$ olarak hesaplanmıştır. (MacDonald&Neville, 2010: 723-729).

Srinivasan ve arkadaşlarının (2006) UC Sağlık Sistemleri'nin dijital radyolojiye geçişini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışma, PACS öncesi ve sonrası iş akışı ve maliyetleri, hekim memnuniyet araştırmalarını, icapçı nöbetçilerin radyoloji ile etkileşimlerini içermektedir. Çalışma sonucunda; klinisyenlerin PACS uygulamasından önce her gün bir ila üç saatlerini film aramakla geçirdikleri ve radyoloji hizmetlerinden memnun olmadıkları, PACS sonrası ise görüntüler her zaman ulaşılabilir durumda olup, hekimler her an görebilir ve yorumlayabilir olduğu ve memnuniyetin arttığı ifade edilmiştir. PACS kullanımı ile birlikte ortalama görüntü arama süresi 16 dakikadan iki dakikaya inmiş, yılda 21,5 hekim yılı kazandırmış, bu da yıllık 1.034.150 \$ tasarruf sağlamıştır. Film basmada (%73,4) ve rapor sekreterindeki azalmanın (%50,3) kazancı 1.001.452 \$'a denk gelmekte ve 1218 metrekare hastane ve 8108 metrekare depo alanı tasarrufu 2.018.320 \$'a denk gelmektedir. Sonuç olarak, UCDHS'nin yeni PACS sistemi klinisyen memnuniyetini ve iş akışını geliştirmiş, klinisyenin görüntüye erişimini artırmış, klinisyenin radyoloğa bağımlılığını azaltmıştır. Sistem uygulaması 21 hekim yılı ve yıllık iki milyon dolar kazandırmıştır (Srinivasan et al, 2006:125-130).

Yapılan çalışmada film-tabanlı sistem ile karşılaştırıldığında PACS/RIS sisteminin iş akışı, görüntü kalitesi, görüntüye ulaşılabilirlik, tekrar çekim açısından avantajlı, maliyet-etkili ve tercih edilebilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastanenin kapasitesi doğrultusunda,

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

büyük hastanelerde uygun özellikte PACS/RIS kullanılmasının hastanenin radyoloji hizmetinin kalitesini ve etkililiğini artırırken maliyetleri azaltacağı düşünülmektedir.

Tekrarlanan radyografi kayıtlarının, tekrarlanma sebepleriyle birlikte tutulması ve gerekli önemlerin alınmasının görüntüleme hizmetlerinin kalitesini artıracığı düşünülmektedir. Kullanıcıların sistemle ilgili görüşlerini değerlendirmek amacıyla PACS/RIS öncesi dönemde de hastanede görev yapmış olan radyolog, radyoloji teknisyeni/teknikeri ve klinisyenlere yönelik olarak anket uygulanması planlanmaktadır.

Kaynaklar

- 1.Asal R. (2012): “Sağlık Kuruluşlarında Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi (PACS) Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İşletme Eğitimi Anabilim Dalı, İşletme Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- 2.Bryan, S. et al. (1999): "Evaluation of a hospital picture archiving and communication system." Journal of health services research & policy 4.4 (1999): 204-209.
- 3.Canural R vd (2009), “Radyasyon Güvenliğinde Yeni Olanaklar: Dijital Radyoloji”, T.C. Sağlık Bakanlığı Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı, Turunç Matbaacılık, 184-188
- 4.Haley T et al. (2009):. Trauma: the impact of repeat imaging. Am J Surg. 2009;198(6):858-862.
- 5.Hilsenrath, P. E, et al. (1991) "Analysis of the cost-effectiveness of PACS." AJR. American journal of roentgenology 156.1 (1991): 177-180.
- 6.<http://www.istanbulbilim.edu.tr/tip-fakultesi-akademik-bolumlerimiz-radyoloji-anabilim-dali.php?sc=d&W=1280> (erişim tarihi: 26.05.2014)
- 7.http://radyoloji.medicine.ankara.edu.tr/?page_id=40 (erişim tarihi: 26.05.2014)
- 8.MacDonald, D. and Naville D., (2010): "Evaluating the Implementation of Picture Archiving and Communication Systems in Newfoundland and Labrador—a Cost Benefit Analysis." Journal of digital imaging 23.6 (2010): 721-731.
- 9.Macyszyn, L. et al. (2013): "Implementation of a Departmental Picture Archiving and Communication System: A Productivity and Cost Analysis." Neurosurgery73.3 (2013): 528-533.
- 10.Srinivasan M, et al. (2006): “Saving time, improving satisfaction: the impact of a digital radiology system on physician workflow and system efficiency” J Healthc Inf Manag; 2006; 20(2):123-131.
- 11.Sung JC et al. (2009): “Outside CT imaging among emergency department transfer patients”. J Am Coll Radiol. 2009;6(9):626-632.
- 12.Şenol, U. vd. (2007): “Radyoloji Bilgi Sistemi” Akademik Bilişim’07 – 31 Ocak-2 Şubat 2007, IX. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya, ss: 431-433.
- 13.Tüm Radyoloji Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği, 3. Radyoloji Teknisyenleri Mesleki Eğitim Toplantıları Kitabı (2009), Çağhan Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara
- 14.Yıldırım, P. vd: (2006): "Radyologların Gözüyle PACS; Bir Değerlendirme Çalışması.", 3. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 16-19 Kasım, 2006, Antalya, ss: 24-28

HASTANELERDE MALİYET ANALİZİ VE ÖRNEK BİR UYGULAMA

Okan ÖZKAN*

Gamze KUTLU**

J. Canberk AYDIN***

İzzet AYDEMİR****

İsmail AĞIRBAŞ*****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Ankara ilinde bulunan bir devlet hastanesinin 2012 yılına ilişkin hizmet maliyetlerinin incelenerek, gider yeri temelinde maliyet analizi yapılmasıdır. Bu amaçla, Ankara’da 75 yataklı bir devlet hastanesinde, ilgili birimlerine ait veriler toplanmıştır. Toplanan veriler ile birinci, ikinci ve üçüncü gider dağıtım tabloları hazırlanmıştır. Yapılan dağıtımlar sonucunda hangi birimlerin gider kalemlerinden ne kadar pay aldığı saptanmıştır. Toplam hastane giderlerinin %26,35’i direkt ilk madde ve malzeme giderlerinden, % 47,24 ‘ü direkt personel giderlerinden ve %26,41 ‘i de genel üretim giderlerinden oluştuğu saptanmıştır. Çalışma kapsamında, poliklinik-klinik maliyetleri ve ameliyat maliyetleri hesaplanmıştır. Buna göre, A3 grubu ameliyat maliyeti 2.270,04 TL, çocuk sağlığı ve hastalıkları klinik maliyeti 303 TL ve üroloji poliklinik maliyeti 28,3 TL bulunmuştur. Bulunan tutarlar Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarıyla karşılaştırılmıştır. Birim maliyetler genel olarak SUT fiyatlarından yüksek bulunmuştur. Sonuçlara göre, personel giderleri, hastanenin en büyük maliyet unsurunu oluşturmaktadır. Bu nedenle, personel verimliliğinin ve etkililiğinin artırılması için önlem alınmasının ve SUT fiyatlarının arttırılması için girişimde bulunulmasının yararlı olacağı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: maliyet analizi, maliyet, hastane

*Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, ozkanokan@yahoo.com

**Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, gkutlu@ankara.edu.tr

***Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, icanberkaydin@gmail.com

****Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, izzeta-21@hotmail.com

*****Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, agirbasismail@yahoo.com

COST ANALYSIS IN HOSPITALS AND EXAMPLE OF IMPLEMENTATION

ABSTRACT

The purpose of this study is to assess service costs for the year 2012 of a Public hospital located in the city of Ankara and to conduct cost analysis based on expense item. Therefore, data was gathered from a 75 bed public hospital located in the city of Ankara. First, second and third cost apportionment statements were set up based on the gathered data. Share of each department on these expense items were defined according to this apportionment. It was confirmed that 26,35% of total hospital expenses were made up of direct raw materials and supplies; 47,24% were made up of direct labor costs; and 26,41% were made up of general production costs. Polyclinic-clinic costs and operations costs were estimated in this study. According to these estimations, category A3 operation costs were found to add up to 2.270,04 TL; children's healthcare clinic costs were found to add up to 303 TL while urology polyclinic costs were found to add up to 28,3 TL. These numbers were then compared with the prices found in Healthcare Implementation Notification (HIN). Unit costs were often higher than the HIN prices. It was concluded that labor expenses are the greatest cost element of the hospital in question. Thus, it can be said that taking action in order to improve labor efficiency and effectiveness and taking steps in order to increase HIN prices will be beneficial.

Key words: cost analysis, cost, hospital

1. Giriş

Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler ve yoğun rekabet ortamı, sağlık hizmeti veren kurumları hizmet çeşitliliğini ve kalitesini artırmaya yöneltmiştir. Hastanelerde hizmetlerin verimli ve kaliteli sunulabilmesi kaynakların etkin kullanılması sayesinde gerçekleşmektedir. Bu bağlamda kaynak tüketimi fazla olan kurumlardan biri olan hastanelerin, maliyet yapılarını dikkate alıp etkili bir maliyet muhasebesi sistemi oluşturarak doğru bir maliyetleme yönteminden yararlanmaları gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Ankara ilinde bulunan bir devlet hastanesinin 2012 yılına ilişkin hastane hizmetlerinin maliyetlerinin incelenerek, gider yeri temelinde maliyet analizi yapılmasıdır. Bu amaçla, Ankara'da 75 yataklı bir devlet hastanesinde, ilgili birimlerinden elde edilen veriler toplanmıştır. Toplanan veriler ile birinci, ikinci ve üçüncü gider dağıtım tabloları hazırlanmıştır. Yapılan dağıtımlar sonucunda hangi birimlerin gider kalemlerinden ne kadar pay aldığı saptanmıştır.

1.1. Maliyet-Gider-Harcama

Maliyet; İşletmelerin faaliyetlerini yerine getirmek ve işletmenin sürekliliğini sağlamak için kullanılan veya kullanılması öngörülen kaynakların parasal değerleri maliyet olarak tanımlanmaktadır (Sevgener ve Hacırüstemoğlu, 2000: 18) . Genellikle, maliyet bir ürün veya hizmet üreten oluşturma safhasındaki tüm giderleri ifade eder (Bhatia, 2010: 7). Bir başka tanıma göre maliyet, kurumun işletilebilmesi için belirli bir zaman diliminde kullanılan ve tüketilen mal ve hizmetlerin değer olarak tutarıdır. Daha kısa ve öz bir tanımla maliyet “mal

ve hizmet üretimi için değer kullanımınıdır (Haftacı, 2013: 37). Hastane işletmeleri açısından maliyet ise, her hastanenin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değerleri şeklinde tanımlanmaktadır (Ağırbaş, 1993: 5).

Gider, bir işletmenin belirli bir dönemdeki mal ve hizmet üretimi ile ilgili işlemleri sonucunda işletmenin varlıklarında meydana gelen azalışlar veya yükümlülüklerinde meydana gelen artışlardır. (Akdoğan, 2009: 7).

Harcama; bir işletmenin varlık elde etmek, hizmet sağlamak veya zararı önlemek amacıyla yaptığı ödemeler veya borçlanmalardır (Sevgener ve Hacırüstemoğlu, 2000: 20).

1.2. Hastanelerde Gider Yerleri

Maliyet merkezleri adıyla da anılan gider yerleri, üretim ve diğer hizmetlerin yapıldığı, maliyetlerin oluştuğu, işletmenin bir birimini veya birim içindeki bir yeri ifade eder (Durukan ve ark., 2007: 23).

Tekdüzen Muhasebe Sistemi sınıflamasına göre gider yerleri 1-8 arası sayısal kodlarla tanımlanacak biçimde yapılmaktadır. Bunlar, esas üretim gider yerleri (EÜGY), yardımcı üretim gider yerleri (YÜGY), yardımcı hizmet gider yerleri (YHGY) yatırım gider yerleri (YGY) üretim yerleri yönetimi gider yerleri (ÜYYGY), araştırma ve geliştirme gider yerleri (AGGY), pazarlama satış ve dağıtım gider yerleri (PSDGY) genel yönetim gider yerleri (GYGY) şeklinde adlandırılmaktadır (Akar ve ark., 2006: 22-23)

Bu sınıflamaya göre klinik ve poliklinik hizmetleri, Esas Üretim Gider Yerleri arasındadır. Klinik ve poliklinikler için giderlerin dağıtılması, giderlerinin öncelikle hastanedeki tüm gider yerlerine dağıtılmasını (I. Dağıtım), daha sonra YHGY'lerin ilgili gider yerlerine dağıtımını (II. Dağıtım), YÜGY'lerde oluşan giderlerin sundukları hizmet doğrultusunda kliniklere ve polikliniklere dağıtılmasını (III. Dağıtım) içermektedir. Kliniklerde oluşan toplam maliyetlerin hasta günü-yatan hasta sayısına ve polikliniklerde oluşan toplam maliyetlerin poliklinik toplam sayısına bölünmesi ile klinik ve poliklinik birim maliyetleri belirlenmektedir (Durukan ve ark., 2007: 23).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmada, Ankara ilinde bir Devlet Hastanesi'nin 2012 yılı sunulan hastane hizmetlerinin maliyetleri incelenerek gider yeri temelinde maliyet analizi yapılmıştır. Bu çalışma ile poliklinik ve klinik maliyetleri, ameliyathane maliyetleri gibi hastanenin önemli maliyet kaleminin oluşturan birimlerin birim maliyetleri hesaplanmıştır. Bu amaçla, Ankara'da 75 yataklı bir devlet hastanesinde, ilgili birimlerinden elde edilen veriler toplanmıştır

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde bulunan bir Devlet Hastanesinin 2012 yılı tıbbi, idari ve mali kayıtları oluşturmaktadır. Araştırmada bütün maliyet unsurları dikkate alındığından mali kayıtlarla ilgili örneklem seçilmemiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada maliyetlerin ve giderlerin akışını belirlemek için hastanede kullanılan idari, mali ve tıbbi kayıtlardan yararlanılmıştır. Ayrıca sağlık hizmeti üretim miktarlarının

belirlenmesinde form 56 ve form 57 kodlu istatistik raporlarından yararlanılmıştır. Gerekli durumlarda gider merkezlerinin yöneticilerinin uzman görüşlerine de veri kaynağı olarak başvurulmuştur.

3. Bulgular

Çalışmanın yapıldığı hastane 75 yataklı olup 20 poliklinik, 16 klinik ve 3 yoğun bakım olmak üzere 38 adet birimi bulunmaktadır. Hastane de 204 kadrolu 156 kişi de taşeron olmak üzere toplam 360 kişi çalışmaktadır. Devlet Hastanesinin Esas Üretim Gider Yerleri olarak, çocuk sağlığı ve hastalıkları, acil servis, aile hekimliği, beyin ve sinir cerrahisi, cildiye, anestezi-reanimasyon, enfeksiyon, evde bakım, FTR, üroloji, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, göz hastalıkları, iç hastalıkları, kadın hastalıkları, kardiyoloji, KBB, nöroloji, ortopedi, psikiyatri poliklinik ve klinikleri ile 3 adet yoğun bakım olarak belirlenmiştir.

Yardımcı üretim gider yerleri ise; ameliyathane, laboratuvar, sağlık kurulu, kan alma, eczane, radyoloji ve diyet- beslenme birimi olarak belirlenmiştir. Yardımcı hizmet gider yerleri olarak; hasta kabul, halkla ilişkiler, çamaşırhane, güvenlik, ev idaresi, arşiv, din ve cenaze işleri, yemekhane, depo, santral, teknik servis olarak belirlenmiştir. Genel yönetim gider yerleri olarak ise; hastane yönetimi, satın alma, mutemetlik, tahakkuk, vezne, kalite, bilgi işlem, yazı işleri ve özlük birimi olarak saptanmıştır.

Devlet hastanesinin 2012 yılına ait yatılan gün sayısı 12.814, yatan hasta sayısı 4475, poliklinik sayısının ise 274.246 olduğu Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Devlet Hastanesi’nin 2012 yılına ait verileri

Yatak Sayısı	75
Yatılan Gün Sayısı	12.814
Yatan Hasta Sayısı	4.475
Poliklinik Sayısı	274.246

Analizde gider yerleri tanımlandıktan sonra hastanelerdeki gider çeşitleri belirlenmiştir. Hastanelerde gider çeşitleri; direkt ilk madde ve malzeme giderleri direkt personel giderleri ve genel üretim giderlerinden oluşmaktadır. Hastanede belirlenen maliyet kalemleri Tablo 2’ de gösterilmiştir.

Tablo 2: Maliyet kalemlerinin belirlenmesi

Sıra	Gider türü	Yıllık gider
1	Direkt ilk madde malzeme giderleri	1.629.944,00
2	Direkt personel gideri	8.220.923,00
3	Endirekt personel gideri	567.776,00
4	Elektrik gideri	217.263,00
5	Su gideri	76.260,00
6	Doğalgaz gideri	365.466,00
7	Haberleşme gideri	61.468,00
8	Yargılama gideri	119.349,00
9	Bakım- onarım gideri	624.018,00
10	Temizlik giderleri	880.156,00
11	Tıbbi atık	27.980,16
12	Tıbbi gaz	17.616,06
13	Bina amortisman gideri	126.800,00
14	Demirbaş amortismanı	215.230,96
15	Tekstil gideri	40.446,68
16	Kırtasiye gideri	107.105,00
17	Kiralama giderleri	119.349,00
18	Kit gideri	88.290,00
19	Radyoloji (Hizmet Alımı-HA)	2.142.579,00
20	Laboratuvar (HA)	726.160,00
21	Yemek (HA)	670.252,00
22	Teknik servis (HA)	271.590,00

3.1. Birinci Dağıtım Gider Yerlerinin Saptanması İle İlgili Bulgular

Maliyet analizi çalışmasında giderlerin dağıtımındaki ilk aşama, giderlerin gider yerlerine dağıtılmasını içeren birinci dağıtımdır. Mevcut 23 gider kalemindeki oluşan giderlerin yıllık toplam gider tutarı **17.403.348,86** TL'dir. Birinci dağıtımda kullanılan dağıtım anahtarları Tablo 3'te belirtilmiştir.

Tablo 3: Birinci Dağıtımda Kullanılan Dağıtım Anahtarları

Sıra	Gider türü	Dağıtım anahtarı
1	Direkt ilk madde malzeme giderleri	Birimlere eczane den yapılan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri çıkışları dikkate alınmıştır.
2	Direkt personel gideri	Birimlerdeki çalışan personelin maaşlarına göre birim bazında yüklenmiştir.
3	Endirekt personel gideri	Mutemetlik den alınan bilgi bazında dağıtılmıştır.
4	Elektrik gideri	Uzman görüşü alınarak dağıtılmıştır.
5	Su gideri	Uzman görüşü ve alanların m ² 'si dikkate alınmıştır.
6	Doğalgaz gideri	Ünite için ayrılan alanların m ² 'si dağıtım anahtarında kullanılmıştır.
7	Haberleşme gideri	Bölümlerdeki hat sayılarına göre dağıtılmıştır.
9	Bakım- onarım gideri	Teknik servisten uzman görüşü alınarak her birime eşit olarak dağıtılmıştır.
10	Temizlik giderleri	Bölümlerde çalışan temizlik personeli sayısında göre dağıtılmıştır.
11	Tıbbi atık	Torba (kg) bazında dağıtılmıştır.
12	Tıbbi gaz	Oksijen flowmetre cihazlarının sayısı
13	Bina amortisman gideri	Metrekare kullanılarak
14	Demirbaş amortismanı, Teknik servis	Uzman görüşü (%20 amortisman)
15	Tekstil gideri	Uzman görüşü alınarak birimlere dağıtılmıştır.
16	Kırtasiye gideri	Sipariş miktarları konusunda uzman görüşü alınarak dağıtılmıştır.
17	Kiralama giderleri	Hastane yönetimine yüklenmiştir.
18	Kit gideri	Laboratuar birimine yüklenmiştir.
19	Radyoloji (Hizmet Alımı), Laboratuar (Hizmet Alımı)	Radyoloji birimine yüklenmiştir. Lab. Yüklenmiştir.
21	Yemek (Hizmet Alımı)	Yatan hasta gün sayısı, refakatçi sayısı ve birimlerdeki çalışan personel sayısına göre dağıtılmıştır.

Giderlerin %26,35'i direkt ilk madde ve malzeme giderlerinden, % 47,24 'ü direkt personel giderlerinden ve %26,41 'i de genel üretim giderlerinden oluşmaktadır (Tablo 4). Ayrıca Devlet Hastanesi'nin giderlerinin %54,94'ü esas üretim gider yerlerine, %31,16'sı yardımcı üretim gider yerlerine, %4,20'si yardımcı hizmet gider yerlerine ve %9,7'si genel yönetim giderlerine aittir.

Tablo 4: Devlet Hastanesinin Birinci Dağıtımına Tabi Tutulan Gider Çeşitlerinin Toplam Tutarı ve Yüzdesele Dağılımı

Gider çeşitleri		Yüzde (%)
Direkt İlk Madde ve Malzeme Gideri	Tıbbi malzeme ve ilaç	26,35
Genel üretim giderleri	Endirekt personel gideri, elektrik, su, doğalgaz, haberleşme, KİK, bakım onarım, temizlik, tıbbi atık, tıbbi gaz, bina amortismanı, demirbaş amortismanı, tekstil, kırtasiye, yargılama, yemek, Radyoloji, Güvenlik, Laboratuvar, Yemek, Teknik Servis(Hizmet alımı)	26,41
Direkt Personel Gideri		47,24
I.DAĞITIM TOPLAMI	17.403.348,86 TL.	100,0

3.2.

İkinci Dağıtım Gider Yerlerinin Saptanması İle İlgili Bulgular

Birinci dağıtım sonucunda gider yerleri için tespit edilen giderlerin yardımcı hizmet gider yerlerine, yönetim gider yerlerine ve yardımcı üretim gider yerlerine ait olan kısmı, esas üretim gider yerlerinin hizmet alma ölçüsüne göre kademeli dağıtım yöntemi kullanılarak esas üretim gider yerlerine dağıtılmıştır. II. dağıtımda kademeli dağıtım yöntemiyle yönetim gider ve yardımcı hizmet gider yerlerine dağıtılmış olup, bu dağıtım, gider çeşidine en uygun "dağıtım anahtarı" kullanılarak yapılmıştır. Bu aşamada da kullanılan dağıtım anahtarları Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5: İkinci Dağıtımda Kullanılan Dağıtım Anahtarları

Sıra	Gider türü	Dağıtım anahtarı
1	Hastane Yönetimi	Her bir gider yerini 1. dağıtım toplamı içerisindeki payına göre dağıtılmıştır.
2	Çamaşırhane	Yatılan gün sayısına göre dağıtılmıştır.
3	Halkla İlişkiler Birimi	Poliklinik sayılarına göre dağıtılmıştır.
4	Hasta kabul	Poliklinik ve yatan hasta sayılarına göre dağıtılmıştır.
5	Din ve Cenaze	Ölen hastaya göre dağıtılmıştır.
6	Arşiv	Poliklinik sayılarına göre dağıtılmıştır.
7	Depo	Her birime eşit olarak dağıtılmıştır.
9	Yemekhane	Çalışan personelle orantılı olarak dağıtılmıştır.
10	Santral	Her birime eşit olarak dağıtılmıştır.
11	Ev İdaresi	M ² ye göre dağıtılmıştır.
12	Teknik servis	Her birime eşit olarak dağıtılmıştır.
13	Güvenlik	Her birime eşit olarak dağıtılmıştır.

Genel Yönetim Gider Yerlerinde toplam 1.689.864,00 TL, Yardımcı Hizmetler Yönetimi Maliyet Yerlerinde toplam 730.357,64 TL olan tutarlar, ikinci dağıtımda Esas Ve Yardımcı Gider Üretim merkezlerine dağıtılmıştır. Yardımcı üretim gider yeri birinci dağıtım sonrasında 5.422.526,93 iken; ikinci dağıtım sonrasında bu tutar 6.057.571,23 olarak bulunmuştur.

3.3. Üçüncü Dağıtım İle İlgili Bulgular

Üçüncü dağıtım, hastanenin yardımcı üretim giderleri esas üretim gider yerlerine dağıtılarak oluşturulmuştur. Radyoloji biriminin 2. dağıtım sonrası toplam gideri olan 2.942.669 TL bölümlere ait çekim sayılarının oranlarına göre dağıtılmıştır. Laboratuvar biriminin 2. dağıtım sonrası toplam gideri olan 1.813.736 TL bölümlere ait tetkik sayılarının oranlarına göre dağıtılmıştır.

Ameliyathane bölümünün 2. dağıtım sonrası toplam gideri 977.536 TL olarak bulunmuştur. Gider dağıtım ölçümü olarak bölümlerin gerçekleştirdiği ameliyat sayıları kullanılmıştır. Bölümlere göre gerçekleştirilen ameliyat sayıları ve grupları Tablo 6 'da görülmektedir. Hastanenin ameliyat gruplara göre dağılımına baktığımızda; A3,B,C,D,E şeklinde gruplanmıştır. Hastanede A1 ve A2 grubu ameliyat yapılmamıştır.

Tablo 6: Bölümlere Göre Gerçekleştirilen Ameliyat Sayıları ve Grupları

Klinik Adı	Ameliyat Grubu					Toplam
	A3	B	C	D	E	
Üroloji	11	106	77	685	3	882
Kadın Hast. ve Doğum		36	78	515	13	642
Ortopedi	3	198	160	141	70	572
Genel Cerrahi		87	207	258	283	835
Göz Hastalıkları		9	432	254	4	699
KBB		17	123	90	4	234
Beyin Cerrahi	24	49	51	11	5	140
Toplam	38	502	1128	1954	382	4004

Ameliyatların nitelik ve maliyet açısından eşit olmadığı dikkate alınarak dönüştürme işlemi uygulanmıştır. Dönüştürme işlemi sonucunda, A3 grubu ameliyat 2270,04 TL, B grubu ameliyat 681,01 TL, C grubu ameliyat 317,80 TL, D grubu ameliyat 90,80 TL, E grubu ameliyat 34,05 TL bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: Ameliyat Gruplarının Maliyetleri

A3	2.270,04 TL
B	681,01 TL
C	317,80 TL
D	90,80 TL
E	34,05 TL

Diyet biriminin tutarının dağıtılmasında dağıtım anahtarı olarak kullanılan yöntem ise, bir yıl içinde hastanede yatan hasta gün sayısına göre hesaplanmış ve ilgili esas üretim gider yerlerine yüklenmiştir.

Eczane biriminin tutarının dağıtılmasında dağıtım anahtarı olarak kullanılan yöntem ise, bir yıl içinde hastanede yatan hasta gün sayısına göre hesaplanmış ve ilgili esas üretim gider yerlerine yüklenmiştir.

Poliklinik ve klinik birim maliyetlerinin hesaplanmasında, klinikler; yatan hasta sayısına(YHS) ve yatılan gün sayısına(YGS) göre poliklinikler ise poliklinik sayılarına göre hesaplanmıştır. Üçüncü dağıtım sonucunda hesaplanan poliklinik ve klinik birim maliyetleri Tablo 8 de belirtilmiştir.

Tablo 8: Üçüncü Dağıtım Sonrasında Hesaplanan Birim Maliyetler ve SUT fiyatları

Birimler	Poliklinik	Klinik (YHS)	Klinik (YGS)	Poliklinik SUT Fiyatları
Kadın Hastalıkları ve Doğum	39,9	779,9	491,2	29
Kardiyoloji	22,0	18.931,0	3.863,5	32
KBB	11,6	1.360,1	778,5	22
Nöroloji	54,5	3.229,2	453,5	27
Beyin ve Sinir Cerrahisi	63,9	3.796,0	504,2	25
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	12,5	303,0	191,9	23
İç Hastalıkları	22,9	1.374,4	319,7	26
Enfeksiyon Hastalıkları	38,9	4.051,9	785,8	25
Psikiyatri	19,6	10.614,9	451,1	30
Ortopedi ve Trav.	26,7	2.472,1	605,7	22
FTR	25,2	1.906,7	108,9	23
Üroloji	28,3	1.854,3	476,8	24
Genel Cerrahi	39,9	1.565,0	358,0	26
Göğüs Hastalıkları	38,6	862,4	91,2	23
Göz Hastalıkları	13,5	1.056,7	1.410,0	21

Devlet Hastanesi'nin poliklinik birim maliyetleri, 2012 yılı SUT fiyatlarıyla karşılaştırıldığında, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroloji, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Enfeksiyon Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji FTR, Üroloji, Genel Cerrahi ve Göğüs Hastalıkları SUT fiyatından yüksek bulunmuştur. Göz Hastalıkları, Psikiyatri, KBB, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, ve Kardiyoloji poliklinik birim maliyetleri ise SUT fiyatından düşük bulunmuştur (Tablo 8).

4. Tartışma ve Sonuç

Kısıtlı kaynaklarla hizmet sunmak durumunda olan sağlık sektörünün, sağlık göstergelerinde anlamlı bir gelişme sağlayabilmesi için elinde bulunan kısıtlı kaynaklardan en iyi biçimde yararlanması gerekmektedir. Bunun içinde maliyet analizi oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir. Hastanelerde karar verici konumunda olan herkesin karar vermede maliyet analizini kullanması gerekmektedir.

Hastanenin birinci dağıtım toplamı 17.403.348,86 TL olarak bulunmuştur. Giderlerin %26,35’i direkt ilk madde ve malzeme giderlerinden, % 47,24 ‘ü direkt personel giderlerinden ve %26,41 ‘u da genel üretim giderlerinden oluşmaktadır.

Maliyet analizi çalışmasında ikinci dağıtım, kademeli dağıtım yöntemi uygulanarak destek ve yönetim maliyet merkezleri maliyetlerinin esas ve yardımcı üretim yerlerine dağıtımını şeklinde yapılmıştır. İkinci dağıtımla birlikte genel cerrahi ve beyin cerrahi birimlerinde artışlar görülmüştür. Maliyet analizi çalışmasında üçüncü dağıtım sonrasında klinik, poliklinik ve ameliyathanelerin birim maliyetleri bulunmuştur.

Personel giderlerinin hastanenin en büyük maliyet unsurunu oluşturması nedeniyle, personel verimliliğini artırmak için yöntemler geliştirilmelidir. İnsan Kaynakları Yönetimi adı altında bir birim kurularak personel verimliliği sağlanması gerekir.

Psikiyatri ve Kardiyoloji gibi klinik birimlerin yıllık hasta sayıları az olup yatan hasta sayısına göre birim maliyetlerin çok olması hastanenin maliyetlerini arttırmıştır. Bu birimlerde klinik değil de poliklinik olarak hizmetin sunulması *maliyet kontrolünü* ve *maliyet minimizasyonunu* sağlayacaktır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nöroloji, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Enfeksiyon Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji FTR, Üroloji, Genel Cerrahi ve Göğüs Hastalıkları poliklinik birim maliyetleri SUT fiyatından yüksek bulunmuştur. Bu açıdan bakıldığında; SUT fiyatlarının artırılması için girişimde bulunulmasının yararlı olacağı söylenebilir.

Hastanelerde maliyet analizi ile ilgili yapılan bazı araştırmalar ve bu araştırmaların önemli bulgularından bazıları aşağıda sıralanmaktadır:

Ağırbaş ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, üçüncü basamak bir hastanenin FTR kliniğinde 2010 yılı içinde verilen tıbbi hizmetler oluşturmaktadır. Örneklem yapılmamış olup klinikte ayakta ve yatarak tedavi gören tüm hastaların fizik tedavi ve rehabilitasyon seansları araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma sonucunda; poliklinik maliyeti 72,02 TL, yatan hasta maliyeti 7.825,54 TL, hasta günü maliyeti 221,05 TL ve fizik tedavi seans maliyeti 49,38 TL olarak bulunmuştur. Bu maliyetler Sosyal Güvenlik Kurumu’nun hizmet sunucularına yaptığı ödeme rakamlarının üstündedir.

Kocabıyık (2008) tarafından yapılan çalışmada poliklinik maliyet yerinde bulunan 3.321.618,11 TL’lik toplam direkt işçilik ve genel üretim maliyetinin toplam hasta sayısına bölünmesiyle poliklinik haddi olarak 17,80 TL/hasta bulunmuştur. Ameliyathane maliyetlerinin hesaplanması sonucunda orta sınıf ameliyat maliyeti 662,04 TL bulunmuştur.

Esatoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri’nin 2008 yılı verilerine göre hastane esas üretim merkezlerindeki birim maliyetlerin belirlenmiştir. Çalışma sonucunda İbni Sina Hastanesi’nde dahili tıp bilim dallarının poliklinik ortalama birim maliyetlerinin, cerrahi tıp bilim dallarına oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Klinik ortalama birim maliyetleri açısından yatan hasta sayısına göre dahili tıp bilim dallarının ortalama birim maliyetlerinin daha yüksek olduğu; yatılan gün

sayısına göre ise cerrahi tıp bilim dallarının ortalama birim maliyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cebeci Hastanesi’nde, poliklinik ortalama birim maliyetleri açısından cerrahi tıp bilim dallarının dahili tıp bilim dallarına oranla daha yüksek olduğu; klinik ortalama birim maliyetlerinde ise dahili tıp bilim dallarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kaynaklar

- 1.AĞIRBAŞ, İsmail, H. Gök, Y. Akbulut, Ö. R. Önder (2012), Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58, s. 103-108.
- 2.AĞIRBAŞ, İsmail (1993), Hastanelerde Maliyet Performans Analizi ve TCDD Ankara Hastanesinde Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- 3.AKAR, Çetin., İ. Şahin, G. Ergin, S. Durukan, T. Hotomaroğlu, T. Aktan, A. Bilgiç, B. Atlı, İ. Aktürk, N. Özdereli, B. Gültekin, B. Bayram (2006), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi, DRG Maliyetlendirme Rehberi-2 (Versiyon 1). Hastane Gider Yerleri Hesap Planı ve Veri Kaynakları Analizi, Ankara.
- 4.AKDOĞAN, Nalan (2009), *Tekdüzen Muhasebe Sisteminde Maliyet Muhasebesi Uygulamaları*. 8. Baskı, Ankara Gazi Kitabevi.
- 5.BHATIA, H.S. Mahabaleshwara (2010), *Cost Accounting*. Mumbai, IND: Global Media, 2010.
- 6.DURUKAN, Serap, Ç. Akar, İ. Şahin, (2007), Seçilmiş Hastanelerde Karşılaştırmalı Poliklinik Gider Yeri Birim Maliyetleri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1), s. 19-47.
- 7.ESATOĞLU, A. E. İ. Ağırbaş, P. D. Payziner, Y. Akbulut, B. Göktaş, Y. Özatkan, E. Uğurluoğlu, T. Yıldırım, M. Törüner, H. Gök, K. Ç. Atasoy, S. Ü. Çakır, İ. Ökten (2010), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri’nde Maliyet Analizi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 63(1), s. 17-27.
- 8.HAFTACI, Vasfi (2013), *Maliyet Muhasebesi*, Umuttepe Yayıncılık, İstanbul.
- 9.KOCABIYIK, İlkem (2008), Sağlık Kuruluşlarında Faaliyet Maliyetlerinin Saptanması ve Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 10.SEVGENER, A. Sait, Rüstem Hacırüstemoğlu (2000), *Yönetim Muhasebesi Uygulamaları*. Alfa yayıncılık, İstanbul.

FIYAT ŞEFFAFLIĞI ÜZERİNE ANKARA'DA FAALİYET GÖSTEREN ÖZEL HASTANELERDE AMPİRİK BİR ÇALIŞMA

*Fikriye YILMAZ**

*Havva ERDOĞAN***

*Rukiye NUMANOĞLU TEKİN****

ÖZET

Fiyat şeffaflığı; müşterilerin fiyatlar hakkında kolayca bilgi edinmesini sağlamak, kurum ve kuruluşlar tarafından kalite ve yeterliliği ortaya koymak amacıyla fiyat bilgilendirmesi yapılması anlamına gelir. Fiyat şeffaflığı, tüketicinin kolayca fiyatlara ulaşabilmesini ve bu fiyatları alternatif seçeneklerle karşılaştırabilmesini sağlamaktadır ve şeffaf fiyat mal ve hizmete ulaşmada tüketiciler açısından önemli bir etkiye sahiptir. Son yıllarda dünya genelinde sağlık maliyetlerinin giderek artması, sağlık alanında fiyat şeffaflığını gündeme getirmiştir. Sağlık sektörünün fiyat şeffaflığı sayesinde hastaların veya hizmet alanların sağlık hizmeti sistemindeki yersiz ve bilinmeyen ücret farklılıklarını azaltılması veya önlenmesi beklenmektedir. Araştırma Türk sağlık sisteminde fiyat şeffaflığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir saha çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Ankara' da faaliyet gösteren 26 özel hastanenin özel hasta başvurusu ile bazı işlem fiyatları öğrenilerek, hastanelerin birbirleriyle ve aynı zamanda da SGK' nın belirlediği fiyatlarla karşılaştırması yapılmıştır. Böylece Ankara örneği ile Türkiye özel sağlık sektöründe fiyat şeffaflığı incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda özellikle ameliyat kategorisinde yer alan işlemlerde hastaneler arasında fiyat farklılığının çok fazla olduğu, bazı hastanelerin işleme başlamadan fiyat bilgisi vermek istemediği, hastanelerin fiyat bilgilerinin hastaneye başvurmadan öğrenilmesini mümkün kılacak bir sistemin olmadığı belirlenmiştir. Türkiye' de sağlık sektöründe fiyat şeffaflığı üzerine daha önce de bir çalışma yapılmadığı dikkate alınarak çalışmanın kavramsal çerçevesi ve bulguları doğrultusunda politikacılara, uygulayıcılara ve araştırmacılara da öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Fiyat şeffaflığı, özel sağlık sektörü, SGK, Türkiye*

*Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

**Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü Mezunu, havvaerdogan12@hotmail.com

***Öğr. Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, numanoglu@baskent.edu.tr

1. Giriş

Ekonomi biliminde fiyat şeffaflığı fiyat üzerinde hem işlem yapılabilmesi hem de işlem yapılan fiyatların görülebilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (tr.dailyforex.com, Erişim Tarihi 01.03.2014).

Fiyat şeffaflığı tüketicinin kolayca fiyatlara ulaşabilmesini ve bu fiyatları alternatif seçeneklerle karşılaştırabilmesini sağlamaktadır. Fiyatta şeffaflık tüketicilerin fiyatların nasıl ayarlandığını ve fiyatlarda herhangi bir ayrımcılık yapıp yapılmadığını anlamasına yardımcı olmaktadır (farklı müşteriye farklı ücret). Sağlık pazarında ise ücret hastalara yapılan herhangi bir işleme göre veya başvurulmuş hastanenin belli standartlarına göre bulunduğu kategoriye göre değişmektedir. Yani herhangi bir işlem B sınıfı bir hastanede daha ucuz yapılırken aynı işlem A sınıfı bir hastanede daha pahalıya yapılabilmektedir (Austin, Gravelle, 2008).

Şeffaf fiyat mal ve hizmete ulaşmada tüketiciler açısından önemli bir etkiye sahiptir. Alıcı veya satıcılar hizmet veya ürünlerin fiyatları hakkında bilgi sahibi değillerse pazarlıklar sonucu verimsizlik yani ürün veya hizmeti satamama (başarısızlık) ortaya çıkmaktadır. Eğer alıcılar ikame ürünü veya hizmeti farklı satıcıda daha uygun fiyata bulursa orayı tercih ederek tasarruf edebilir. Mallar benzer ama aynı nitelikte değilse alıcı her iki farklı ürünün de kalitelerini ve fiyatlarını inceleyerek en uygun teklifi alabilir. Alıcılar yetenekleri ölçüsünce ürünün kalitesini artırma, ücretini düşürme veya her ikisini de gerçekleştirmesi yönünde satıcılara baskı oluşturur. Satıcılar üzerinde bu tip baskılar oluşmadığı takdirde fiyatlar olması gerekenden daha yüksekte olacaktır (Austin, Gravelle, 2008).

Fiyat şeffaflığı ekonomide hemen hemen tüm sektörlerde uygulanmasına rağmen sağlık sektöründe sektörün özellikleri nedeniyle tam rekabet piyasası koşullarının sağlanamaması fiyat şeffaflığının olmamasına neden olmaktadır. Ancak tüm dünyada sağlık maliyetlerinin giderek artması sağlık alanında da fiyat şeffaflığını gündeme getirmiştir. Weimar (2008) tarafından doktorlar üzerinde fiyat şeffaflığı konusunda yapılan çalışmalarda doktorların farklı görüşleri olduğu bulunmuştur. Doktorların bir kısmı; hastaların fiyatları düşünmemelerinin daha uygun olduğunu öne sürmektedir. Çünkü fiyat şeffaflığının doktorları zorlayabilecek durumları ortaya çıkarmasından korkmaktadır. Doktorlar fiyat şeffaflığı sonucunda hastaların tedaviyi pahalı bulup tedavi olmak istememelerinden ya da ucuz diye başka kalitesiz ürünleri seçip, sağlıklarını riske atmalarından korkmaktadır. Doktorların bu konuyla ilgili bir diğer görüşü ise; bir hasta para veriyorsa kalitesini ve prosedürünü bilmek zorundadır.

Şeffaf fiyatın olmaması bir müşterinin az ödemesine diğer müşterinin fazla ödemesine neden olabilir ve bu bazı sektörlerde kabul edilebilir fakat bazılarında da sorunlara neden olabilir. Örneğin bir müşteri satıcının verdiği fiyatı fazla olduğu için ödemek istemeyebilir fakat pazarlık becerisi de yoktur. Böyle bir müşteri fiyat şeffaflığının olmasını isteyecektir (Austin, Gravelle, 2008).

Sağlık hizmetlerinde fiyatın tam olarak belirtilmemesi ve sağlık sigortasının temel kaynağının hastane olması tüketim çılgınlığı ortaya çıkmaktadır. Hastaneler ve sağlık sigortacıları bu durumdan kar elde etmeye çalışılmaktadır. Firmaların kar elde etmeye çalışması devletin sosyal güvenlik harcamalarında büyük bir artışa neden olmaktadır. Kişi

başına düşen sağlık harcamalarını azaltmak için, açık bir fiyat listesi verilerek belirsizliğin ortadan kalması gerekmektedir (Shannon, 2008).

Fiyat şeffaflığı tüm sektörlerde önemli bir politika olarak uygulanmasına rağmen, sağlık sektöründe neden uygulanmadığı son yıllarda uluslararası literatürde önemli bir konu olarak yer almaktadır. Son 20 yılda demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve sağlık alanında yaşanan yeniliklere bağlı olarak sağlık maliyetlerinin artması, tüm ülkelerde arz ve talep odaklı maliyet azaltma stratejilerinin uygulanmasını zorunlu kılmıştır. Özellikle İngiltere ve ABD gibi ülkelerde yapılan çalışmalar alternatif bir yol olarak fiyat şeffaflığını önermektedir. Türkiye’de sağlık sektöründe fiyat şeffaflığı ne uygulama anlamında ne de yapılan araştırmalarda henüz konu olamamıştır. Bu doğrultuda bu çalışma ile Türk sağlık sisteminde fiyat şeffaflığının boyutlarının ampirik bir çalışma ile ortaya konularak, yarattığı sorunlar ve fiyat şeffaflığının sağlanması ile elde edilecek faydalar açıklanarak politikacılara, hizmet sunuculara ve araştırmacılara yol gösterici bir kaynak olması hedeflenmektedir.

2. Yöntem

Araştırma Türk sağlık sisteminde fiyat şeffaflığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir saha çalışması olarak planlanmış, 01 Mart 2014 – 07 Mayıs 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Türk sağlık sistemi içerisinde kamu sağlık hizmeti sunucuları SGK tarafından belirlenen fiyatların dışına çıkamadığı için kamusal hizmetlerde fiyat şeffaflığı ile ilgili bir problem bulunmamaktadır. Ancak özel sağlık kurumları gerek hastane puanlaması gerekse fiyat şeffaflığının yokluğu nedeniyle farklı fiyatlar uygulayabilmektedir. Bu nedenle çalışma Ankara’da faaliyet gösteren özel hastanelerle sınırlandırılmıştır. Çalışmanın evrenini SUT içerisinde yer alan tüm işlemler oluşturmaktadır. Hastanelerde tüm fiyatları incelemek ve karşılaştırmak zaman ve karmaşıklık problemleri nedeniyle mümkün olmayacağı için literatür araştırması ve uzman görüşleri doğrultusunda seçilmiş bazı işlemlere ilişkin fiyat karşılaştırmalarının yapılması uygun görülmüştür. Seçilen işlem listesi doğrultusunda Ankara’da faaliyet gösteren 26 özel hastanenin ilgili poliklinik, klinik, laboratuvar ve radyoloji departmanlarından yüz yüze görüşme yöntemi ile fiyat bilgilerine ulaşılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 18 paket programına girilerek analiz edilmiştir.

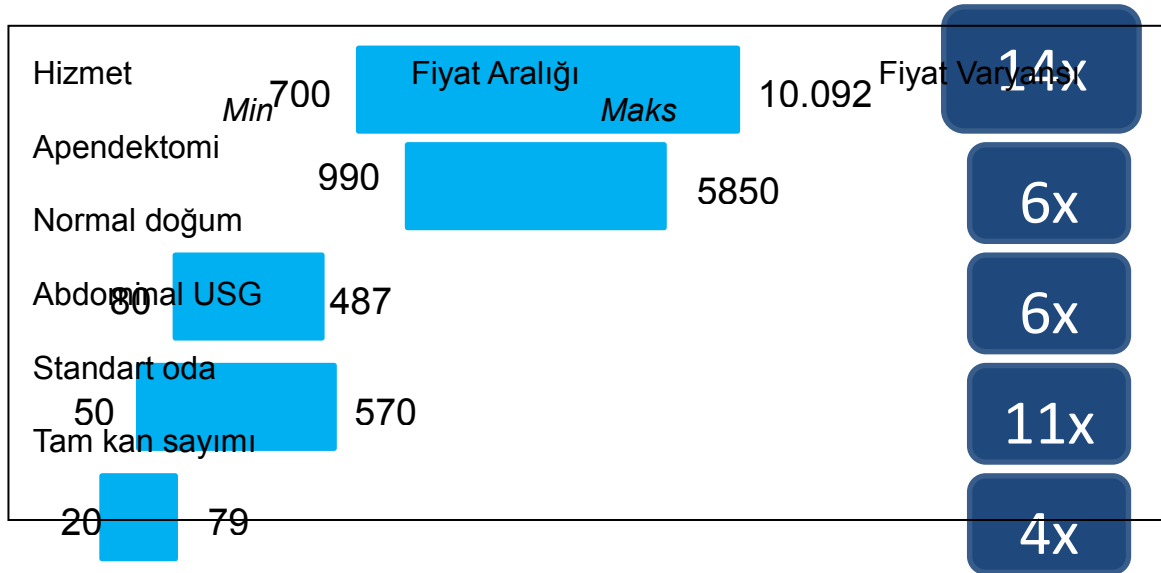
3. Bulgular

Araştırmada Ankara’da bulunan 26 özel hastanenin özel hasta başvurusu ile seçilmiş bazı işlem fiyatları değerlendirilmiştir (Tablo-1).

Tablo 1. Seçilmiş Bazı İşlemlerin Ortalama Fiyatları ve Standart Sapmaları

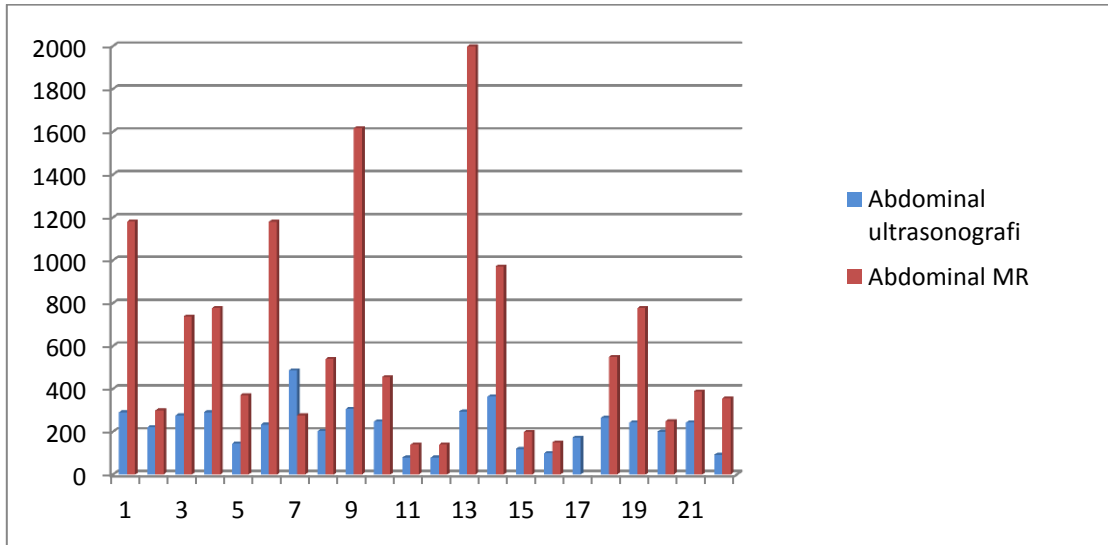
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Abdominal Ultrasonografi	22	80,00	487,40	225,52	100,06
Abdominal mr	21	140,00	1.999,90	636,31	507,30
Akciğer tomografisi	20	73,00	911,00	416,41	275,24
Tam kan sayım	22	20,00	79,00	52,22	15,94
HDL	22	10,00	36,00	25,36	8,00
LDL	22	10,00	55,00	34,52	13,54
TSH	22	15,00	91,00	58,19	22,40
Tiroid Total	22	15,00	720,25	94,85	146,30
Hemoglobin	21	10,80	87,09	32,83	22,70
Kreatinin	21	6,75	34,02	17,47	6,15
Ferritin	21	10,00	91,00	54,57	23,36
Appendektomi	19	700,00	10.092,00	3.504,36	2.837,84
Tiroidektomi	19	1.360,00	12.557,00	4.969,65	3.413,16
Normal Doğum	21	990,00	5.850,00	3.011,42	1.397,22
Sezaryen	21	1.250,00	7.222,00	3.552,00	1.669,72
Standart oda	17	50,00	570,24	189,04	137,40
Tek Kişilik Oda	22	50,00	1.500,00	311,12	304,10

Şekil 1’de seçilmiş bazı işlemler için fiyat farklılığı gösterilmektedir.



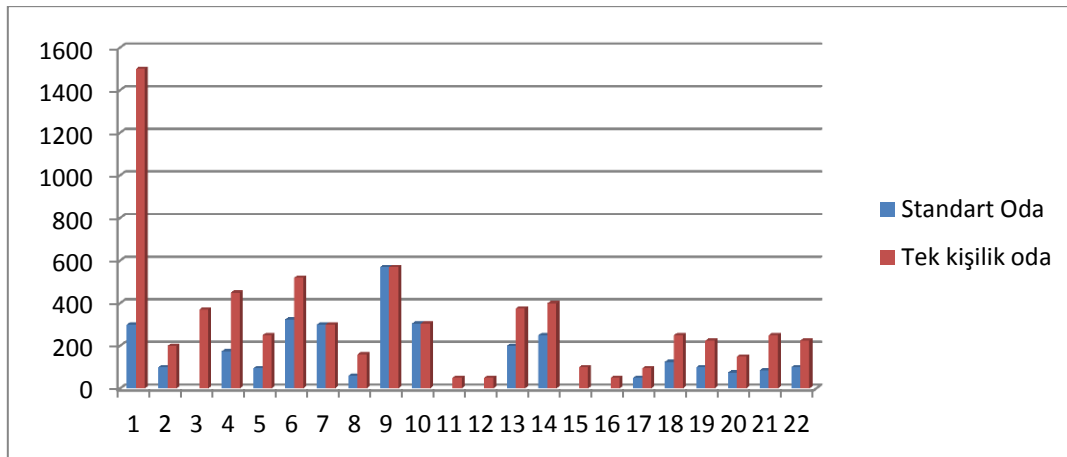
Şekil 1. Ankara’da özel hastanelerde fiyat farklılığı, 2014

Grafik 1-5’de seçilen bazı işlemlerin hastane bazında incelemeleri sunulmaktadır.



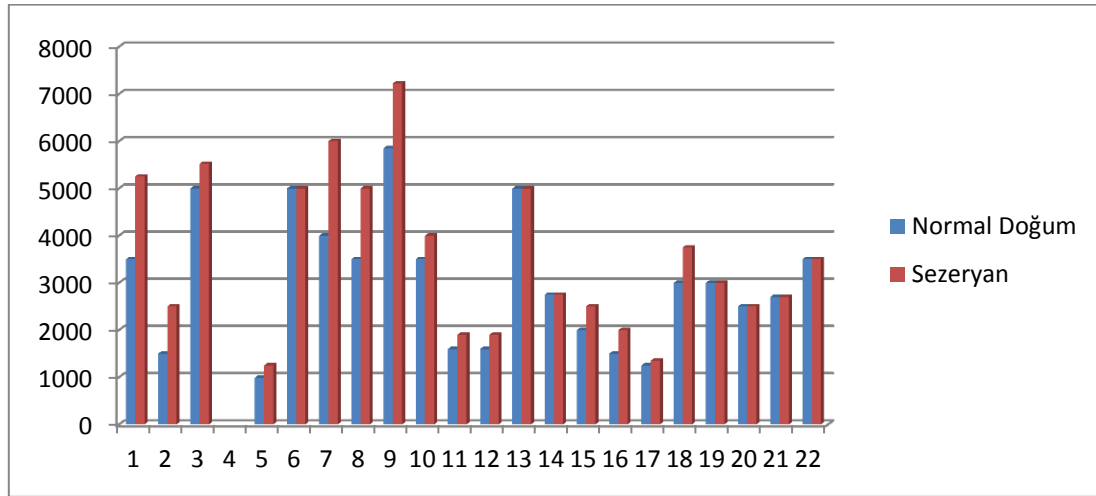
Grafik 1. Ankara'daki özel hastanelerde abdominal ultrasonografi ve abdominal MR fiyat dağılımı

Grafik 1' de görüldüğü gibi Ankara'da bulunan özel hastanelerin abdominal ultrasonografi ve abdominal MR fiyatlarının geneline bakıldığında ortalaması sırası ile $225,52 \pm 100,06$ TL ve $636,31 \pm 507,30$ TL'dir. Abdominal ultrasonografide en yüksek fiyata sahip olan hastane 487,40 TL ile 7 no.lu özel hastanedir. En düşük fiyata sahip olan hastane ise 80,00 TL ile 11, 12 ve 22 no.lu özel hastanelerdir. Abdominal MR de ise en yüksek fiyata sahip olan hastane 1.999,90 TL ile 13 no.lu hastane iken en düşük fiyata sahip olan hastane ise 140,00 TL ile 11 ve 12 no.lu özel hastanelerdir.



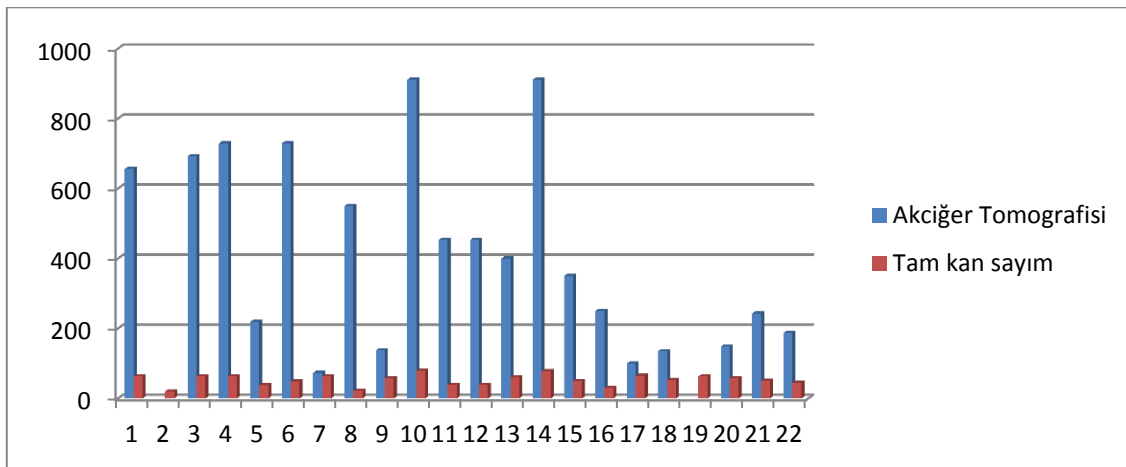
Grafik 2. Ankara'daki özel hastanelerde standart oda ve tek kişilik oda fiyat dağılımı

Grafik 2'de görüldüğü gibi Ankara'da bulunan özel hastanelerde standart oda ve tek kişilik oda fiyat karşılaştırılmasının geneline bakıldığında ortalaması sırası ile $189,04 \pm 137,40$ TL ve $311,12 \pm 304,10$ TL'dir. Standart odada en yüksek fiyata sahip olan hastane 570,24 TL ile 9 no.lu hastanedir. En düşük fiyata sahip olan hastane ise 50,00 TL ile 8 ve 17 no.lu hastanelerdir. Hiç fiyat belirtilmeyen hastaneler ise 3, 11, 12, 15 ve 16 no.lu özel hastanelerdir. Tek kişilik odada en yüksek fiyata sahip olan hastane ise 1.500,00 TL ile 1 no.lu özel hastanedir. En düşük fiyata sahip olan hastane ise 50,00 TL ile 11, 12 ve 16 no.lu özel hastanelerdir.



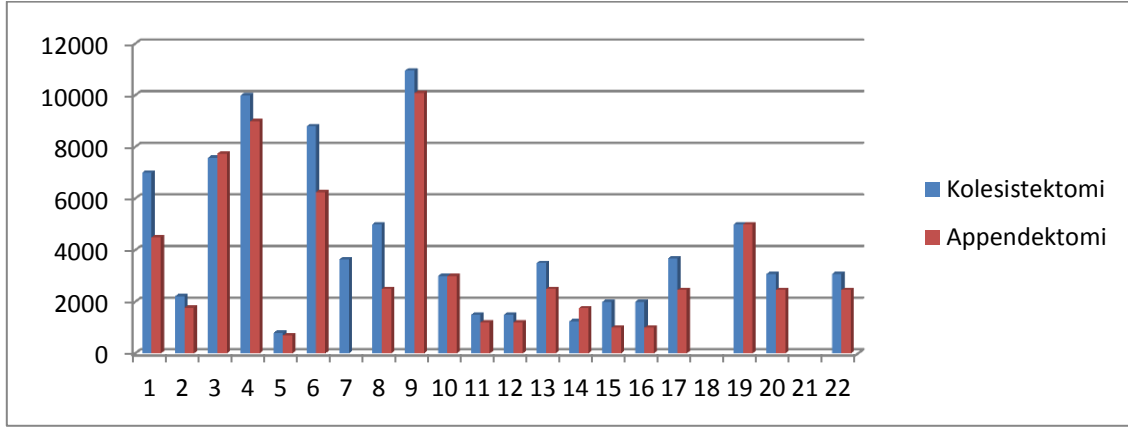
Grafik 3. Ankara'daki özel hastanelerde normal doğum ve sezeryan fiyat dağılımı

Grafik 3'te görüldüğü gibi Ankara'da bulunan özel hastanelerin normal doğum ve sezeryan fiyatlarının geneline bakıldığında ortalama sırası ile $3.011,42 \pm 1.397,22$ TL ve $3.552,00 \pm 1.669,72$ TL'dir. Normal doğumda en yüksek fiyata sahip olan hastane 5.850,00 TL ile 9 no.lu hastanedir. En düşük fiyata sahip olan hastane ise 990,00 TL ile 5 no.lu hastanedir. Sezeryanda ise en yüksek fiyata sahip olan hastane 7.222,00 TL ile 9 no.lu hastane iken en düşük fiyata sahip olan hastane ise 1.250,00 TL ile 5 no.lu hastanedir. 4 no.lu hastanede ise sezeryan ve normal doğum fiyatlarına ulaşamamıştır.



Grafik 4. Ankara'daki özel hastanelerde akciğer tomografisi ve tam kan sayım fiyat dağılımı

Grafik 4' de görüldüğü gibi Ankara'da bulunan özel hastanelerin akciğer tomografisi ve tam kan sayım fiyatlarının geneline bakıldığında ortalama sırası ile $416,41 \pm 275,24$ TL ve $52,22 \pm 15,94$ TL'dir. Akciğer tomografisinde en yüksek fiyata sahip olan hastane 910,00 TL ile 10 ve 14 no.lu hastanelerdir. En düşük fiyata sahip olan hastane ise 73,00 TL ile 7 no.lu özel hastanedir. Tam kan sayımında en yüksek fiyata sahip olan hastane 79,00 TL ile 10 ve 14 no.lu hastanelerdir. En düşük fiyata sahip olan hastane ise 20,00 TL ile 2 ve 8 no.lu özel hastanelerdir.



Grafik 5. Ankara'daki özel hastanelerde kolesistektomi ve appendektomi fiyat dağılımı

Grafik 5' te görüldüğü gibi Ankara'da bulunan özel hastanelerin kolesistektomi ve appendektomi fiyatlarının geneline bakıldığında ortalaması sırası ile $4279,55 \pm 3029,90$ TL ve $3504,36 \pm 2837,84$ TL'dir. Kolesistektomide en yüksek fiyata sahip olan hastane 10.962,00 TL ile 9 no.lu hastanedir. En düşük fiyata sahip olan hastane ise 800,00 TL ile 5 no.lu hastanedir. Appendektomide ise en yüksek fiyata sahip olan hastane 10.092,00 TL ile 9 no.lu hastane iken en düşük fiyata sahip olan hastane ise 700,00 TL ile 5 no.lu hastanedir. 18 ve 21 no.lu hastanelerin kolesistektomi ve appendektomi ameliyatları fiyatlarına ulaşılamamıştır.

4. Tartışma ve Sonuç

Çalışma sonucunda özellikle ameliyat kategorisinde yer alan işlemlerde hastaneler arasında fiyat farklılığının çok fazla olduğu, bazı hastanelerin işleme başlamadan fiyat bilgisi vermek istemediği, hastanelerin fiyat bilgilerinin hastaneye başvurmadan öğrenilmesini mümkün kılacak bir sistemin olmadığı belirlenmiştir.

Çalışma bulguları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

Satın alıcılar, sağlık planları ve sağlık kurumları daha şeffaf bir para politikasını geliştirmek konusunda daha çok çaba sarf etmeli ve sağlık hizmeti alacak kişilerin tedavi seçeneklerini gözden geçirmeleri ve belirlemeleri için parayla kaliteli hizmeti bir arada sunacak bir yol izleyebilmek için stratejiler geliştirilmelidir.

Sağlık sektörünün fiyat şeffaflığı sayesinde hastaların veya hizmet alanların sağlık hizmeti sistemindeki yersiz ve bilinmeyen ücret farklılıklarını azaltılması veya önlenmesi beklenmektedir. Ayrıca, hastalar sağlık hizmetinin kalitesi ve fiyatı konusunda bilgi sahibi olmalıdır, bu sayede işin değerine odaklı daha güçlü kararlar verebilirler.

Medikal firmalar ve sağlık kurum ve kuruluşlarına ait kataloglar düzenleyerek sağlık sektöründe iletişimi kolaylaştırabilir ve aynı zamanda sektörü de canlandırabilir.

Ayrıca yurt dışında bulunan akıllı telefonlarda da kullanılabilen, halk tarafından kolaylıkla ulaşılabilen veritabanı sistemlerinin ülkemizde de oluşturulması fiyat şeffaflığı açısından önemli bir adım olabilir.

Maliyetleri dengelemek için hastaneler arasında fiyata dayalı bir rekabet sağlanabilir.

Türkiye'de fiyat şeffaflığı ile ilgili yasal düzenleme yapılmalıdır.

Sağlık kuruluşları web sitelerinde fiyat listelerine yer vermelidir.

Kaynaklar

- 1.AUSTIN, A., GRAVELLE, J.G. (2008), Does Price Transparency Improve Market Efficiency? Implications of Empirical Evidence in Other Markets for the Health Sector, Prepared for Members and Committees of Congress.
- 2.Daily Forex web sitesi,
<http://tr.dailyforex.com/forex-glossary/Fiyat-%C5%9Eeffafl%C4%B1%C4%9F%C4%B1---Price-Transparency/1595> Erişim Tarihi: 10.03.2014
- 3.SHANNON, W.D. (2008). Is Health Care Ready for a Full Menu of Prices, The Physician executive, January-February.
- 4.WEIMAR, C. (2008). Doctors Say Future of Price Transparency Appears Cloudy, The Physician executive. January-February.

**ANKARA’DA FAALİYET GÖSTEREN BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ’NDE TEMİZLİK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN PERSONELİN
HASTANE ENFEKSİYONU HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Rukiye NUMANOĞLU TEKİN*

Ali Burcak ERBEK**

Fikriye YILMAZ***

Korkut ERSOY****

Meltem SAYGILI*****

ÖZET

Hasta bireye hastane ortamında geçen enfeksiyonlar olarak tanımlanan hastane enfeksiyonları, hem insan hayatı hem de sağlık hizmetleri sunumunda neden olduğu yüksek maliyetler açısından oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalar, hastane enfeksiyonları nedeniyle hasta yatış sürelerinin önemli ölçüde uzadığını, hasta ve hasta yakınları açısından iş gücü ve üretkenlik kaybına neden olduğunu, yaşam kalitesini ciddi biçimde etkilediğini ortaya koymuştur. Sağlık kuruluşlarında meydana gelen, hastane enfeksiyonlarının bulaşması, yayılması ve sonrasında önlenmesi noktasında temizlik hizmetleri en önemli konumdadır. Bu çalışmanın amacı Ankara’da faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinde temizlik hizmetlerinde çalışan personelin hastane enfeksiyonu hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir. Bu amaçla literatür taraması sonucunda 2 bölümden ve toplam 30 sorudan oluşan bir anket hazırlanmış ve bu anket ilgili hastanede çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 211 temizlik personeline uygulanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, temizlik personelinin % 15,6’sının hastane enfeksiyonları ile ilgili hiç eğitim almadığı, % 19,6’sının da hastane enfeksiyonları ile ilgili bilgi düzeylerini yetersiz olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Katılımcı personelin temizlik yaptıkları esnada genel olarak temizlik süreciyle ilgili doğru davranışlar sergilemedikleri tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: *Hastane enfeksiyonu, temizlik hizmetleri, yaşam kalitesi.*

* Öğr.Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, rukiyeumanoglu@hotmail.com

** Lisans Öğrencisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

*** Öğr.Gör.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

**** Prof.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, korkut@baskent.edu.tr

***** Araş.Gör., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, meltemsaygili@hotmail.com

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOUR OF THE HOSPITAL CLEANING SERVICES STAFF ABOUT NOSOCOMIAL INFECTION IN A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL IN ANKARA

ABSTRACT

Nosocomial infections which defined as infections transmitting from hospital environment to a patient on providing medical services are quite important in terms of both human life and high costs. Studies has been revealed that nosocomial infections cause duration of hospitalization is significantly longer, labour and productivity loss in terms of patients and their families and seriously affect quality of life. Hospital cleaning services have an important position about transmission, spread and prevention of nosocomial infections in hopitals. The aim of this study is assessment of knowledge, attitude and behaviour of the hospital cleaning services staff about nosocomial infections in a training and research hospital which operating in Ankara. With this aim, it is prepared a questionnaire composed of 2 sections and total 30 questions, and applied to 211 cleaning employees working in the relevant hospital, and accepting to participate in this questionnaire. According to the results getting from the study; it's determined that 15,6 percent of the cleaning staff don't have any training about nosocomial infections, and 19,6 percent of them assess their knowledge level about nosocomial infections as inadequate. It's also determined that the participating staff generally display proper behaviors about cleaning process when they do the cleaning.

Key Words: *Nosocomial infection, cleaning services, quality of life.*

1.Giriş

Hasta bireye hastane ortamında geçen enfeksiyonlar olarak tanımlanan hastane enfeksiyonları, toplumda ortaya çıkan enfeksiyonlardan daha ağır, tedavisi daha güç ve maliyeti yüksek enfeksiyonlardır. Hastane enfeksiyonları, hastane içinde yaşamını sürdürebilmekte, hasta ve personelin deri ve mukozalarında kolonize olabilmekte, hastadan hastaya bulaş süresinde canlılıklarını koruyabilmekte ve antibiyotik tedavisine direnç göstermektedir. Yapısal olarak dirençli olmak ve yeni direnç mekanizmaları geliştirebilmek için hastane enfeksiyonuna neden olan mikroorganizma, hastane ortamında üstün bir şekilde canlılığını sürdürebilmektedir (Çalangu, 1997; Deniz, 2006; İnfal, 2009).

İnsan yaşamını uzatan ve/veya yaşam kalitesini yükselten çeşitli cerrahi girişimler aynı zamanda yol açtıkları hastane enfeksiyonları ile yaşam kalitesini bozmakta, morbidite ve mortalite riskini yükseltmektedir. Hastane enfeksiyonları sadece tedavi yöntemlerinde değil, aynı zamanda çeşitli tanı yöntemlerinde de konak savunmasının ve bütünlüğünün bozulmasına, hastanın kendine özgün florası yerine hastane florasıyla birleşmesine yol açabilmektedir. Hastane florası genellikle dirençli mikroorganizmalardan oluşur. Bu enfeksiyonları tedavi etmek için çoğunlukla maddi yükü ağır antibiyotikler kullanmak gerekir. Bunun yanında hastanın hastanede yatış süresinin uzaması ve enfeksiyonun derecesini belirlemek için değişik tanı yöntemlerinin kullanılması gerekliliği hastalık maliyetini daha da artırmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada hastane enfeksiyonu nedeniyle hastaların yatış süresinin yaklaşık 20 gün uzadığı ve bu durumun hasta başına 1582 dolar ek maliyet getirdiği ortaya konulmuştur. Amerika

Birleşik Devletleri’nde yapılan bir araştırmada ise, yılda 2 milyon hastane enfeksiyonunun geliştiği ve bu 2 milyon hastane enfeksiyonu gelişen hastanın 90 bininin hayatını kaybettiği belirlenmiş ve bu durumun 2002 yılı fiyatlarına göre yaklaşık 6,7 milyar dolar ek maliyet getirdiği ortaya konulmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda ise, hastane enfeksiyonlarının Birleşik Krallık’ta 1,7 milyar dolar ek maliyet, 4 milyon nüfusu olan Norveç’te ise 132 milyon dolar ek maliyet getirdiği belirlenmiştir (Çalangu, 1997; Yalçın, 2008).

Hastane enfeksiyonu nedenleri arasında hizmet örgütlenmesi yetersizliğinin yanı sıra tıbbi personelin ve hastayla dolaylı yoldan sorumlu olan temizlik personeli, hasta bakıcı gibi yardımcı hizmet personellerinin konuyla ilgili yeteri kadar bilgi sahibi olmaması yer almaktadır. Bunun yanında tıbbi personelin ve/veya yardımcı hizmet personelinin ilgisizliği ve duyarsızlığı da hastane enfeksiyonlarının oluşmasına ve yayılmasına neden olabilmektedir. Sağlık personelinin yanı sıra, hastane ortamında enfeksiyon hastalıklarının kaynağı hastalar, tetkik ve tedavi amacıyla kullanılan aletler ile hastanenin kendisi de olabilmektedir ve hastane enfeksiyonları, hastalara ve hastane personeline daha çok delici ve kesici aletlerle yaralanma, kontamine materyal temas sonucunda bulaşabilmektedir. Bunun yanında solunum yoluyla ve laboratuvar kaynaklı bulaşlar da sık görülmektedir (Terzi ve diğerleri, 2009; Ersoy, 2012).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli halk sağlığı tehdidi oluşturan hastane enfeksiyonları, standart önlemler alınır ise kolay önlenemeyen, önlenemediği takdirde zor tedavi edilen ve bu sebepten dolayı tedavi maliyetlerini artıran enfeksiyonlardır ve günümüzde hastanelerin kalite ve güvenilirliğinin göstergesidir (Ersoy, 2012) Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bir ekip işidir. Hastane personelinin tek tek en büyük sorumluluğunun kendilerinde olduğu bilincini kazanmaları, alınacak her türlü yasal, yönetsel önlemden daha önemlidir. Hasta bakım ekibinin tüm elemanları bu önlemlerin önemini ne denli benimserlerse, elde edilecek başarı o denli büyük olur. Önlemler, tüm çalışanların enfeksiyonlar konusunda tam ve doğru bilgi almaları, bu bilginin davranışlara yansımaları, uygulamalardaki dikkat ve yeterlilik sonucunda amacına ulaşabilir (İnfal, 2009).

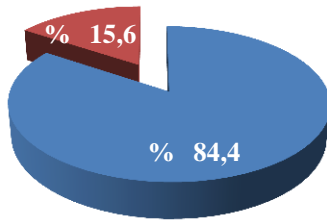
2.Yöntem

Günümüzde, hastane enfeksiyonunu önemle ve kontrol etmenin temelini başta el hijyeni olmak üzere, dezenfeksiyon, sterilizasyon, hasta izolasyonu, temizlik gibi kontrol yöntemleri oluşturmaktadır ve bu noktada hastane enfeksiyonlarının bulaşması ve yayılması açısından temizlik hizmetleri ve bu hizmetlerde çalışan yardımcı personelin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu araştırmada da, Ankara’da faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinde temizlik hizmetlerinde çalışan personelin hastane enfeksiyonları hakkında ki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Belirlenen amaç doğrultusunda yapılan literatür taraması sonucunda 2 bölümden ve toplam 30 sorudan oluşan bir anket hazırlanmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ortaya koymak amacıyla hazırlanan 4 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise, katılımcıların hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesine yönelik 26 soru yer almaktadır. Hazırlanan anket ilgili hastanede çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 211 temizlik personeline araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışmadan elde edilen anket verileri SPSS 18.0 paket programına girilerek, gerekli istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

3. Bulgular

Ankara’da faaliyet gösteren bir eğitim ve araştırma hastanesinde temizlik hizmetlerinde çalışan personelin hastane enfeksiyonları hakkında ki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, toplam 211 temizlik personeline anket uygulanmıştır ve öncelikle personellerin sosyo-demografik özelliklerine ait bilgiler değerlendirilmiştir. Buna göre, katılımcıların yaş ortalaması 39,37 olarak belirlenmiş ve % 57,4’ünün erkek olduğu ortaya konulmuştur. Temizlik hizmetlerinde çalışan personelin büyük çoğunluğunun (%48,1) ilkökul mezunu olduğu ve 5 yılı aşkın süredir ilgili hastanede çalıştıkları belirlenmiştir.



■ Eğitim Alanlar ■ Eğitim Almayanlar

Katılımcıların % 84,4 ünün çalıştıkları kurumda hastane enfeksiyonları ile ilişkili eğitim aldığı, % 15,6’sının ise bu konuda her hangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir (Şekil 1) ve katılımcıların % 61,8’i hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi düzeylerini iyi olarak değerlendirmişlerdir.

Şekil 1. Katılımcıların Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Eğitim Alma Durumu

Katılımcıların % 47,6’sı hastanede enfeksiyon kapmaya en yatkın olan kişilerin temizlik hizmetlerinde çalışan personel olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1). % 28,2’si hastane enfeksiyonunun kişiden kişiye personelin elleriyle bulaştığını belirtirken, % 24,8’i hastalara kullanılan malzemeler yoluyla bulaştığını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

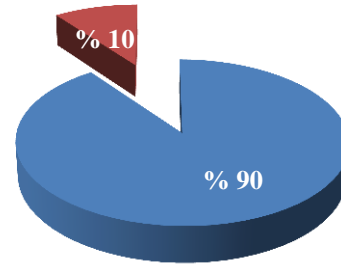
Tablo 1. Katılımcıların Bakış Açısıyla Hastanede Enfeksiyon Kapmaya En Yatkın Olan Kişilerin Dağılımı

	Sayı	%
Temizlik hizmetleri personeli	98	47,6
Hastalar	54	26,2
Ziyaretçiler	22	10,7
Doktorlar	20	9,7
Hemşireler	12	5,8
Toplam	206	100,0

Tablo 2. Katılımcıların Bakış Açısıyla Hastanede Enfeksiyonlarının Kişiden Kişiye Bulaşma Yollarının Dağılımı

	Sayı	%
Personelin elleriyle	58	28,2
Hastalara kullanılan malzemeler ile	51	24,8
Çöpler ile	42	20,4
Hastaların elleriyle	41	19,9
Hastaların yatak çarşafı ile	14	6,8
Toplam	206	100,0

Katılımcıların ellerini yıkama davranışlarının değerlendirmesine ilişkin dağılımlarına bakıldığında, % 77,0'ının ellerini sabunlu su ile yıkadığı, % 14,7'sinin antiseptik ile temizlediği ve % 8,3'ünün ellerini yalnızca su ile yıkadığı, % 75,5'inin ellerini yıkadıktan sonra ellerini kağıt havlu ile kurularken, % 8,2'sinin kuru havluyla, % 6,1'inin ortak havlu ile, % 6,1'inin kağıt ile ve % 4,1'inin ise kurulamadığını belirlenmiştir. Katılımcıların % 90 ile büyük bir çoğunluğu, hastanede çalışırken temizlik eldiveni kullandıklarını ifade etmişlerdir (Şekil 2).



■ Eldiven Kullananlar ■ Eldiven Kullanmayanlar

Şekil 2. Katılımcıların Çalışırken Temizlik Eldiveni Kullanma Dağılımı

Katılımcılara hasta odalarında ilk olarak ve son olarak nereyi temizledikleri sorulmuş, %44,6'sı hasta odalarında en son tuvaletleri temizlediklerini belirtirken, %36,5'i hasta odalarında ilk olarak yemek masasını temizlediklerini belirtmişlerdir (Tablo 3 ve 4).

Tablo 3. Katılımcıların Hasta Odasında İlk Temizledikleri Alana Göre Dağılımı

	Sayı	%
Yemek masası	72	36,5
Lavabo	35	17,8
Tuvaletler	34	17,3
Yatak kenarları	32	16,2
Çöplerin toplanması	24	12,2
Toplam	197	100,0

Tablo 4. Katılımcıların Hasta Odasında Son Temizledikleri Alana Göre Dağılımı

	Sayı	%
Tuvaletler	87	44,6
Yatak kenarları	32	16,4
Çöplerin toplanması	27	13,8
Yemek masası	26	13,3
Lavabo	23	11,8
Toplam	195	100,0

Katılımcılara gün içerisinde temizlik yaparken izledikleri sıra sorulmuş, yalnızca % 5,7'si öncelikle hasta odaları, ardından servis koridorları ve en son hasta tuvaletleri diyerek doğru yanıt vermiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Gün İçerisinde Temizlik Yaparken İzledikleri Sıranın Dağılımı

	Sayı	%
Hasta Odaları- Hasta Tuvaletleri- Servis Koridorları	103	53,3
Hasta Tuvaletleri- Hasta Odaları- Servis Koridorları	46	23,8
Hasta Tuvaletleri- Servis Koridorları- Hasta Odaları	12	6,3
Servis Koridorları - Hasta Tuvaletleri- Hasta Odaları	12	6,3
Hasta Odaları- Servis Koridorları - Hasta Tuvaletleri	11	5,7
Servis Koridorları - Hasta Odaları- Hasta Tuvaletleri	9	4,6

Katılımcılara atık kutularındaki poşetlerde renk ayrımı yapıp yapmadıkları sorulmuş ve % 90,7'si atık kutularındaki poşetlerde renk ayrımı yaptıklarını, % 9,3'ü ise yapmadıklarını bildirmişlerdir.

4. Tartışma

Hastane enfeksiyonlarının oluşum ve önlenmesinde insan faktörü son derece önemli olup, programın merkezini personelin tutum ve davranışları oluşturmaktadır. Hastanelerde temizlik hizmetlerinde çalışan personelin görevini yerine getirirken göstermiş olduğu davranış tarzı da hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkması ve yayılması aşamasında hayati öneme sahiptir. Hastane temizlik hizmetleri personelinin hastane enfeksiyonları konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanan bu araştırmada, temizlik hizmetlerinde çalışan personelin bir kısmının hastane enfeksiyonları konusunda hiç eğitim almadığı ortaya konulmuştur. Araştırmada ortaya çıkan bir diğer önemli bulgu katılımcıların büyük çoğunluğunun hastane enfeksiyonlarının önlenmesi konusunda yanlış davranış sergilediğidir.

Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Toplumda morbidite ve mortaliteyi artırmakta ve bunun yanında sağlığa ayrılan kıt kaynakların verimli kullanımının önüne geçmektedir. Ayrıca, neden olduğu direkt ve indirekt maliyetler de ülkelerin sağlık sistemlerine ciddi ekonomik yükler getirmektedir. Bu nedenlerle hastanelerde sağlık hizmeti sunumu sürecinde dolaylı olarak önemli görevleri bulunan ve hastane enfeksiyonlarının önlenmesi konusunda yaptıkları her uygulama ile katkı sağlayabilecek olan temizlik hizmetleri personelinin, hastane enfeksiyonunun önemi ve enfeksiyonu önlemedeki pozisyonları konusunda bilgilendirilmeleri hayati önem taşımaktadır. Bu bilgilendirmelerin yapılmasında kurumların elinde ki en önemli araç hizmet içi eğitim programlarıdır. Hizmet içi eğitim programları düzenlenerek, bu eğitim programlarının sürekliliği ve güncelliği sağlanmalıdır. Bu noktada, mikro düzeyde hastanelere ve diğer sağlık kuruluşlarına, makro düzeyde ise devlete önemli görevler düşmektedir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hastane enfeksiyonları alanındaki çalışmalara 2004 yılı sonlarında başlamıştır ve 2005 yılında Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği sayesinde ihtiyaç duyulan yasal dayanak açığı kapatılmış ve hastane enfeksiyonlarının kontrolü ve önlenmesine yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Yapılan bu çalışmalar ile toplumun beklentisine uygun kaliteli ve güvenli sağlık hizmetine ulaşmak, en iyi kalitede hasta bakım hizmeti sağlamak ve hastane enfeksiyonlarını kontrol altına alarak insidansı düşürmek, önlemek ve elimine etmek amaçlanmıştır. Hastane enfeksiyonlarına ilişkin gerek ulusal gerek uluslar arası düzeyde yapılan ve literatürde yer alan çalışmalar, gerçek dünya verisini yansıttığı için sağlık sistemleri için önem arz etmektedir. Yapılan bu çalışmanın ve diğer benzer çalışmaların Türkiye’de mevcut durumun değerlendirmesinin yapılması ve alınacak önlemlerin belirlenmesi açısından yapılacak olan yeni ve geniş kapsamlı çalışmalar için bir referans kaynak olabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1.Çalangu, S. (1997). Hastane Enfeksiyonlarının Önemi. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, (1).
- 2.Deniz, I. (2006). Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hastanesi Temizlik Görevlilerinin Hastane Enfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- 3.Ersoy, S. (2012). Hastane Temizlik Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları Ve Koruma İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Kayseri.
- 4.İnfal, S. (2009). Hastane Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Konya.
- 5.Terzi, Ö. Ve ark. (2009). Hastane temizlik elemanları ve mesleki enfeksiyon riski: bilgi ve davranışlar üzerine bir çalışma. *İnönü Üniversitesi tıp fakültesi dergisi*; 16 (1): 7-12
- 6.Yalçın, N. (2008). Hastane Enfeksiyonları Maliyet Analizi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hastane Enfeksiyonları: Koruma ve Kontrol Sempozyumu Dizisi No:60, 15-22.

KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN ÜCRET BEKLENTİ DÜZEYLERİNİN UYGULAMALI ÖRNEĞİ

Murat KORKMAZ*

Ali Serdar YÜCEL**

Bülent KILIÇ***

Fikriye TOKER****

Sefer GÜMÜŞ*****

Ayhan AYTAÇ*****

ÖZET

Günümüzde daha kaliteli, etkin, verimli ve sürekli bir sağlık hizmeti sunumunda sağlık kurumu çalışanlarının kurum amaçları doğrultusunda etkin ve verimli bir biçimde organize edilmeleri gerekmektedir. İyi bir personel yönetimine sahip kurumlar çalışanlarının özelliklerini ve beklentilerini değerlendirerek bu yönde tedbirler almalı ve iyileştirmelerde bulunmalıdırlar. Sağlık kurumlarında hem iş doyumunu hem de örgütsel bağlılığın artmasında çalışanların beklentilerinin karşılanması ve uygun çalışma koşulları göz ardı edilmemesi gereken bir konudur. Özellikle İş doyumunu etkileyen çevresel ve örgütsel faktörlerden biride ücret-maaş faktörüdür. Çalışanların ücret yönünden tatmin edilmelerinin iş doyumunu artıracığı söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcı görüşleri doğrultusunda başta ücrete yönelik olmak üzere çalışma koşullarının kalite ve yeterliliği, iş değişikliği ve ücretle ilişkili olarak sosyal hayattaki olumsuzluk konularına dair genel bir durum değerlendirmesi yapılması amaçlanmıştır.

Bu bağlamda araştırmaya rast gele yöntemle seçilmiş toplam 1350 özel ve kamu sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli katılım sağlamıştır. Araştırma Türkiye evreni içerisinde İstanbul, İzmir, Bursa, Ankara, Diyarbakır, Trabzon, Tekirdağ, Adana, Edirne ve Çorum illeri örnekleme çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada 5'li likert ölçekten oluşan 30 soruluk bir anket kullanılmıştır. Kullanılan anketin Cronbach's Alpha değeri 0.872 bulunmuştur. Analize tabi tutulan veriler SPSS 18 İstatistik programı ile analiz edilmiştir. Analiz kapsamında, güvenilirlik analizi, frekans tabloları, betimleyici istatistikler, faktör analizi ve Kruskal Wallis analizlerinden faydalanılmıştır.

Araştırma sonunda, katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim, iş tecrübesi ve kurumdaki konum değişkenlerine göre çalışma koşulları, iş değişimi, ücret ve gelir düzeyinin sosyal hayattaki olumsuz etkileri boyutlarında etkili olduğu, kurum tipi değişkeninin ise sadece çalışma koşulları boyutunda etkili olduğu saptanmıştır.

*Güven Grup A.Ş. Finans Yönetmeni

**Fırat Üniversitesi Besyo

***Ortopedi Uzmanı, Tekirdağ

****Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi A.D.

*****Beyken Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

*****Trakya Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat A.D.

Amaç, Kapsam ve Yöntem

Bu araştırmaya toplam 1350 özel ve kamu sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli katılım gerçekleştirmiştir. Katılım sağlayan personel rast gele seçilmiş, hiç bir personelin kurum ve kimlik bilgileri araştırmada kullanılmamıştır. Araştırma yaklaşık olarak 8 ay sürmüştür. Araştırma Türkiye evreni içerisinde İstanbul, İzmir, Bursa, Ankara, Diyarbakır, Trabzon, Tekirdağ, Adana, Edirne ve Çorum illeri örnekleme çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçme aleti 5'li likert ölçekten oluşan 30 soruluk bir ankettir. Anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik sorular ikinci bölümde ise araştırma konusuna yönelik likert ölçekli sorular bulunmaktadır. Kullanılan ölçme aleti daha önceden kullanılmamış bir ölçme aleti olduğundan; ön teste tabi tutulmuştur. Ön teste toplam 150 sağlık personeli rast gele yöntemle seçilerek anket formları elden dağıtılmıştır. Ön test uygulamasından elde edilen veriler öncelikli olarak güvenilirlik analizine tabi tutulmuş ve Alpha kat sayısı olarak 0,728 değeri elde edilmiştir. Elde edilen değer kullanılan ölçme aleti "anketin" oldukça güvenilir olduğuna işaret etmiştir. Asıl araştırmaya geçilmeden önce ön teste kullanılan bazı sorular elde edilen bulgular sonucunda değiştirilmiş ya da iyileştirmeye gidilmiştir. Bu aşamada araştırmaya bazı uzmanlar eşlik etmiştir. Alanında uzman sosyal güvenlik, ekonomi, finans, ölçme değerlendirme, eğitim, sağlık ve insan kaynaklarından oluşan toplam 9 akademik personel çalışmaya katkı sağlamıştır. Gerçek araştırmada kullanılan ölçme aleti "anketler" katılımcılara mail ve elden dağıtılmak koşulu ile gönderilmiştir. Gönderilen toplam anket sayısı 5000 adettir. Fakat geri dönen anket sayısı 2370 adettir. Bu anketlerin sadece 1350 adeti uygulamaya uygun bulunmuştur. Analize tabi tutulan veriler SPSS 18 İstatistik programı ile bazı istatistik analiz yöntemleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Değişkenlere ilişkin yapılan analizlerde verilere ilk önce faktör analizi uygulanmıştır. Sorular gruplanarak yapılan faktör analizi sonucu detaylı olarak analizin ileriki bölümlerinde incelenmiştir. Faktör analizinden elde edilen regresyon değerleri Kruskal Wallis analizine alınarak analiz sonuçları elde edilmiştir. Belirtilen testler PASW Statistic 18 paket programı analiz edilmiştir.

Verilerin Analizi

Anket uygulaması sonucu elde edilen veri seti PASW Statistic 18 (SPSS-Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Analiz kapsamında, güvenilirlik analizi, frekans tabloları, betimleyici istatistikler, faktör analizi ve Kruskal Wallis analizlerinden faydalanılmıştır.

Uygulama ve Analizler:

Tablo 1. Ölçeğe ilişkin güvenirlik analizi

Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
,872	30

Güvenirlik analizi sonuçlarına bakıldığında analize dâhil edilen 30 maddenin çok yüksek güven düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Demografik İstatistikler:

Katılımcılara ait demografik istatistikler incelendiğinde;

- %72'sinin kadın, %28'inin erkek olduğu
- %30'u 18-25, %24'ü 26-33, %17'si 34-41, %24'ü 42-50, %5'i 51 yaşın üzerinde çıkmıştır.
- %73'ü Evli, %27'si Bekardır.
- %3'ü İlkokul, %3'ü İlköğretim, %4'ü lise, %67'si Üniversite, %5'i yüksek lisans, %17'si doktora uzmanlık düzeyinde eğitime sahiptir.

Tablo 2. Katılımcılara ilişkin bazı demografik özellikler

		Frekans	Sütun N %
Cinsiyet	Kadın	973	72%
	Erkek	376	28%
Yas	18-25	409	30%
	26-33	326	24%
	34-41	226	17%
	42-50	326	24%
	51+	62	5%
Medeni durum	Evli	979	73%
	Bekar	370	27%
Eğitim	İlkokul	44	3%
	İlköğretim	40	3%
	Lise	56	4%
	Üniversite	905	67%
	Yüksek lisans	70	5%
	Doktora/uzmanlık	234	17%

Katılımcıların;

- %13'ü 1 yıldan az, %19'u 1-5 yıl arası, %19'u 6-10 yıl arası, %19'u 11-15 yıl arası, %17'si 16-20 yıl arası, %9'u 20-25 yıl arası, %5'i ise 25 yıldan fazla aynı işletmede çalışmaktadır.
- %26'sı 1 yıldan az, %22'si 1-5 yıl arası, %17'si 6-10 yıl arası, %19'u 11-15 yıl arası, %13'ü 16-20 yıl arası, %3'ü ise 20 yıldan fazla iş tecrübesine sahiptir.

- %2'si üst düzey yönetici, %4'ü yönetici, %3'ü çalışan, %89'u uzman doktor, %3'ü öğretim üyesidir.
- %58'i kamu, %42'si özel işletmelerde çalışmaktadır.
- %5'i 501-1000 lira, %4'ü 1001-1500 lira, %9'u 1501-2000 lira, %4'ü 2001-2500 lira, %17'si 2501-3000 lira, %53'ü 3000 lira üzeri aylık gelire sahiptir.

Tablo 3. Katılımcılara ilişkin bazı demografik özellikler

		Frekans	Sütun N %
Kaç yıldır bu işletmede çalışmaktasınız	1 yıldan az	174	13%
	1-5 yıl	259	19%
	6-10 yıl	251	19%
	11-15	251	19%
	16-20	226	17%
	20-25	126	9%
	25+	62	5%
Toplam iş tecrübeniz	1 yıldan az	351	26%
	1-5 yıl	301	22%
	6-10 yıl	226	17%
	11-15	251	19%
	16-20	176	13%
	20 yıldan fazla	44	3%
Kurumdaki konumunuz nedir	Üst düzey yönetici	32	2%
	Yönetici	48	4%
	Çalışan	38	3%
	Uzman Dr.	1196	89%
	Öğretim üyesi	35	3%
Hangi kurumda çalışıyorsunuz	Kamu	776	58%
	Özel	573	42%
Aylık geliriniz	501-1000	61	5%
	1001-1500	51	4%
	1501-2000	126	9%
	2001-2500	176	13%
	2501-3000	226	17%
	3000 ve üstü	709	53%

Faktör Analizi

Katılımcıların verdikleri cevaplar değerlendirilerek faktör analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda aşağıdaki faktörler elde edilmiştir.

Hastane kalitesi ile ilgili olarak sorulan toplam 30 madde faktör analizi sonrasında kalan 4 faktörel alt boyuta yüklenmiştir

1. Çalışma koşullarının kalitesiz olması
2. Ücretlerin çok düşük olması
3. İlk fırsatta iş değiştirecek olmak
4. Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi

Tablo 4. Ölçeğe ilişkin faktörler ve faktör yükleri

	Component			
	1	2	3	4
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,877			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,860			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,858			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,854			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,850			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,847			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,809			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,802			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,801			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,797			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,772			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,755			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,744			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,697			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,689			
Çalışma koşullarının kalitesiz olması	,689			
Ücretlerin çok düşük olması		,949		
Ücretlerin çok düşük olması		,946		
Ücretlerin çok düşük olması		,946		
Ücretlerin çok düşük olması		,379		
Ücretlerin çok düşük olması		,280		
İlk fırsatta iş değiştirecek olmak			,761	
İlk fırsatta iş değiştirecek olmak			,756	
İlk fırsatta iş değiştirecek olmak			,745	
İlk fırsatta iş değiştirecek olmak			,737	
İlk fırsatta iş değiştirecek olmak			,372	
Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi				,708
Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi				,487
Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi				,326
Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi				-,322



Şekil 1. Ölçeğe ilişkin Scree Plot grafiği

Tablo 5. Ölçeğe ilişkin bileşen dönüşüm matrisi

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4
1	,950	-,215	,228	,020
2	,087	,847	,456	-,259
3	-,299	-,404	,859	,091
4	,032	,271	,037	,961

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Çalışma Koşulları Faktörleri Analizler

H1: Çalışma koşulları ölçekleri cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

Cinsiyete göre çalışma koşulları faktörleri ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Çalışma koşullarının kalitesiz olması düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- Ücretlerin çok düşük olduğu düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- İlk fırsatta iş değiştirecek olma düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.
- Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi düşüncesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Tablo 6. Katılımcıların ölçek alt boyutlarına ilişkin cinsiyet değişkenine göre Kruskal Wallis testi

Test Statistics^{a, b}

	Çalışma koşullarının kalitesiz olması	Ücretlerin çok düşük olması	İlk fırsatta iş değiştirecek olmak	Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi
Chi-square	577,614	60,216	25,888	108,710
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Cinsiyet

H2: Çalışma koşulları ölçekleri yaşa göre farklılaşmaktadır.

Yaşa göre çalışma koşulları faktörleri ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Çalışma koşullarının kalitesiz olması düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.
- Ücretlerin çok düşük olduğu düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.
- İlk fırsatta iş değiştirecek olma düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.

- Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi düşüncesi yaşa göre farklılık göstermektedir.

Tablo 7. Katılımcıların ölçek alt boyutlarına ilişkin yaş değişkenine göre Kruskal Wallis testi

Test Statistics^{a, b}

	Çalışma koşullarının kalitesiz olması	Ücretlerin çok düşük olması	İlk fırsatta iş değiştirecek olmak	Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi
Chi-square	215,477	171,081	131,983	13,404
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,009

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Yas

H3: Çalışma koşulları ölçekleri eğitime göre farklılaşmaktadır.

Eğitime göre çalışma koşulları faktörleri ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Çalışma koşullarının kalitesiz olması düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Ücretlerin çok düşük olduğu düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- İlk fırsatta iş değiştirecek olma düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.

Tablo 8. Katılımcıların ölçek alt boyutlarına ilişkin eğitim değişkenine göre Kruskal Wallis testi

Test Statistics^{a, b}

	Çalışma koşullarının kalitesiz olması	Ücretlerin çok düşük olması	İlk fırsatta iş değiştirecek olmak	Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi
Chi-square	24,407	156,277	159,943	24,270
df	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Eğitim

H4: Çalışma koşulları ölçekleri toplam iş tecrübesine göre farklılaşmaktadır.

Toplam iş tecrübesine göre çalışma koşulları faktörleri ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Çalışma koşullarının kalitesiz olması düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Ücretlerin çok düşük olduğu düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- İlk fırsatta iş değiştirecek olma düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.

Tablo 9. Katılımcıların ölçek alt boyutlarına ilişkin iş tecrübesi değişkenine göre Kruskal Wallis testi

Test Statistics^{a, b}

	Çalışma koşullarının kalitesiz olması	Ücretlerin çok düşük olması	İlk fırsatta iş değiştirecek olmak	Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi
Chi-square	60,130	108,265	126,850	11,910
df	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,036

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Toplam iş tecrübeniz

H5: Çalışma koşulları ölçekleri kurumdaki konuma göre farklılaşmaktadır.

Kurumdaki konuma göre çalışma koşulları faktörleri ölçeklerine bakıldığında, bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Çalışma koşullarının kalitesiz olması düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Ücretlerin çok düşük olduğu düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- İlk fırsatta iş değiştirecek olma düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.

Tablo 10. Katılımcıların ölçek alt boyutlarına ilişkin kurumdaki konum değişkenine göre Kruskal Wallis testi

Test Statistics^{a, b}

	Çalışma koşullarının kalitesiz olması	Ücretlerin çok düşük olması	İlk fırsatta iş değiştirecek olmak	Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi
Chi-square	22,146	54,234	37,425	18,065
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Kurumdaki konumunuz nedir

H6: Çalışma koşulları ölçekleri kurum tipine göre farklılaşmaktadır.

Kurum tipine göre çalışma koşulları faktörleri ölçeklerine bakıldığında, 1 madde hariç bütün significance değerlerinin eşik değer olan 0,05'ten ufak olduğu görülmektedir. Buna göre,

- Çalışma koşullarının kalitesiz olması düşüncesi eğitime göre farklılık göstermektedir.
- Ücretlerin çok düşük olduğu düşüncesi eğitime göre farklılık göstermemektedir.
- İlk fırsatta iş değiştirecek olma düşüncesi eğitime göre farklılık göstermemektedir.
- Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi düşüncesi eğitime göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 11. Katılımcıların ölçek alt boyutlarına ilişkin kurum tipi değişkenine göre Kruskal Wallis testi

Test Statistics^{a, b}

	Çalışma koşullarının kalitesiz olması	Ücretlerin çok düşük olması	İlk fırsatta iş değiştirecek olmak	Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi
Chi-square	4,209	,564	2,803	,045
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,040	,453	,094	,833

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Hangi kurumda çalışıyorsunuz

Sonuç ve Değerlendirme

- Katılımcıların demografisi incelendiğinde; çoğunluğunun kadın, 18-25 yaş aralığında, evli, yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip, 1-15 yıldır aynı işletmede çalışan, 1-5 yıl arasında iş tecrübesine sahip, üst düzey yönetici, kamu kurumlarında çalışan ve aylık geliri 501-1000 lira üzerinde olan kişilerden oluştuğu görülmektedir.
- Faktör analizi sonucu 4 faktör ortaya çıkmıştır.
 - Çalışma koşullarının kalitesiz olması
 - Ücretlerin çok düşük olması
 - İlk fırsatta iş değiştirecek olmak
 - Gelir düzeyinin sosyal hayatı olumsuz etkilemesi
- Cinsiyet, bütün çalışma faktörlerinde etkilidir.
- Yaş, bütün çalışma faktörlerinde etkilidir.
- Eğitim, bütün çalışma faktörlerinde etkilidir.
- Toplam iş tecrübesi, bütün çalışma faktörlerinde etkilidir.
- Kurumdaki konum, bütün çalışma faktörlerinde etkilidir.
- Kurum tipi, çalışma faktörlerinden yalnızca çalışma koşullarının yetersiz olması düşüncesi üzerinde etkilidir.

Kaynaklar

- 1.Aba G. (2009). İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Antalya.
- 2.Aslan Ş, Özata M, Atayeter C. (2004) Sağlık işletmelerinde Ekip Yönetimi: Fırsatlar ve Sınırlılıklar. Standart Ekonomik ve Teknik Dergi: 43 (516): 17-23.
- 3.Aydın, S. (2008). “Sağlıkta Performans: Ne İçin Nereye Kadar”, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi_acilimler_2011/upsem/4.pdf (Erişim Tarihi 21/06/2014).
- 4.Bolharı A, Rezaeean A, Bolharı J, Bairamzadeh S, Soltan A.A. (2011). “The Relationship between Quality of Work Life and Demographic Characteristics of Information Technology Staffs”, International Conference on Computer Communication and Management, IACSIT Press, Vol. 5, Singapore: 374-378.
- 5.Can H, Akgün A, Kavuncubaşı Ş. (2001). Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi, 4.Baskı, Siyasal Kitapevi, s. 199-205, Ankara.
- 6.Emiroğlu C.Ö. (1998). Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve iş güvenliği. Hemşire Dergisi. 48(1):15-20.
- 7.Erdoğan MS, Eskiocak M, Saltık A. (1998). Edirne ili Sağlık Ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin Sağlık Ocağı hekimliğine ilişkin değerlendirmeleri, Sağlık ve Toplum 8: 3-10.
- 8.Gezer N, Kocaman G. (2001). Stress and Job Satisfaction of The Nurses Working In The Health Institutions In Muğla, 1st International Nursing Management Conference, Abstract Book, Pamukkale, Denizli.
- 9.Kavuncubaşı Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi, Ankara.
- 10.Kılıç M, Tunç Ş. (2004). İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 7(1): 39-64.
- 11.Kılıç R, Keklik B. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi; 14 (2): 147-160.
- 12.Kırhoğlu H, (1998). Kalite Maliyetleri Muhasebesi, Değişim Yayınları, Adapazarı.
- 13.Kravitz R, Linn L, Shapiro M. (1990) Physician Satisfaction under the Ontario Health Insurance Plan. Medical Care; 28: 502-515.
- 14.Martel Jean P, Gilles D. (2006). “Quality Of Work Life: Theoretical And Methodological Problems, And Presentation Of A New Model And Measuring Instrument”, Social Indicators Research, Vol.77, pp. 333-368.
- 15.Orak Şahin N. (1999). Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşireler ile Denk Eğitimden Geçmiş Sağlık Personeli Ücretlerinin (Yapılan Ödemelerin) Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s.18-38 İstanbul.
- 16.Özdemir M, (1999). Sağlık Çalışanlarının Sorunları, Toplum ve Hekim Dergisi, 14(6): 402-11.

- 17.Özen, Ü, Çam H, Aslay F.Y. (2011). Kalite Boyutları Ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde Örnek Uygulama Akademik Yaklaşımlar Dergisi-Journal of Academic Approaches, 2 (1), ss.25-43.
- 18.Özer M, Şahin B, Çetin M, Demir C. (2005). Ankaara İlinde Bulunan Üç Askeri Hastanede Çalışan Askeri Hekimlerin İş Doyum Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1.
- 19.Özgen H, Öztürk A,Yalçın A. (2002). İnsan Kaynakları Yönetimi, Nobel Kitabevi, Ankara.
- 20.Özkalp E, Kirel Ç. (2001). Örgütsel Davranış. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- 21.Sabuncuoğlu Z, Tüz M. 1998. Örgütsel Psikoloji, Bursa
- 22.Saygılı M. (2008). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, sağlık bilimleri enstitüsü, Ankara. s.20.
- 23.Soyer A. (1992). Dünyada ve Türkiye’de sağlık personelinin temel sorunları. TTB Yayınları.
- 24.Tafreshi M.Z, Pazargadi M, Saeedi Z.A. (2007). Nurses’ perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in Iran, International Journal of Health Care Quality Assurance, 20 (4), ss.320-328.
- 25.Telman N, Ünsal P. (2004). Çalışan Memnuniyeti, Epsilon Yayınları, İstanbul.
- 26.Tokmak C, Kaplan Ç, Türkmen F. (2011). İş Koşullarının Sağlık Çalışanlarında Yol Açtığı Stres Üzerine Sivas’ta Bir Araştırma İşletme Araştırmaları Dergisi 3/1: 49-68
- 27.Toraman A.R, Demir C, Güçlü. A.K, Cankul H.İ, Özaltın H. (1997). Uzmanlık öğrencisi hekimler ve hemşireleri hastaneye bağlayan uzaklaştıran faktörler, GATA Bülteni Cilt: 39 sayı:4, Ankara.
- 28.Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. (2001). Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin yaşam doyum düzeyleriyle ilişkisi. Klinik Psikiyatri, 4: 113- 118.
- 29.Yağcı M.İ, Duman T. (2006). “Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması:Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması” Doğu Üniversitesi Dergisi, 7(2):218-238.
- 30.Yalçın A, İplik F.N. (2005). Beş Yıldızlı Otellerde Çalışanların Demografik Özellikleri İle Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Adana İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1: 395- 412.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE VERİ MADENCİLİĞİ VE ÖRNEK BİR UYGULAMA

*Nurettin ÖNER**

*İsmail AĞIRBAŞ***

ÖZET

Bu çalışmanın amacı veri madenciliği kavramı, veri madenciliği yöntemlerini, performans karşılaştırma ölçütleri ve sağlık hizmetlerinde uygulanan veri madenciliği uygulamaları hakkında bilgi vermek ve örnek bir uygulama ile sağlık hizmeti veren kurumların etkinlik durumlarının veri madenciliği sınıflama yöntemleri ile değerlendirmektir. Uygulamada kullanılan veriler 2008 yılı Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerine ait finansal veriler ve Veri Zarflama Analizi ile elde edilmiş etkinlik skorlarıdır. Uygulamada veri madenciliğinde kullanılan Random Forest, Destek Vektör Makineleri, Karar Ağaçları, Lojistik Regresyon ve Yapay Sinir Ağları sınıflama yöntemleri veriler üzerine uygulanmıştır. Yapılan çalışmada en iyi sınıflama yönteminin Lojistik regresyon yöntemi olduğu belirlenmiş ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin finansal yönden etkin olup olmama olasılıkları hesaplanmıştır. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde ve diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlarda etkinlik ölçümlerine ek olarak yapılacak veri madenciliği uygulamaları ile daha reel etkinlik sonuçlarına ulaşılabilecektir.

Anahtar Kelimeler: *Veri madenciliği, Sınıflama Yöntemleri, Sağlık Hizmetleri*

*Bilim Uzmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, oner.nurettin@gmail.com

**Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, agirbasismail@yahoo.com

DATA MINING IN THE HEALTHCARE AND A CASE STUDY

ABSTRACT

Aim of this study is to give information about data mining concept, data mining methods, performance comparison criterion and data mining practices in healthcare and to consider the activity situations of institutions delivering the health services through data mining classification methods based upon a case study. Data used in application are financial data belonging to Center For Mouth And Dental Health attached to Ministry of Health in Turkey and are effectiveness scores obtained from Data Envelopment Analysis. Classification methods such as Random Forest, Sector Vector Machines, Decisions Trees, Logistics Regression and Artificial Neural Networks that are used for data mining in application are applied to data in question. In this study it is determined that the best classification method is Logistics Regression method and effectiveness possibilities of Centers For Mouth And Dental Health are calculated in terms of financial aspects. More realistic effectiveness results may be reached through data mining practices to be carried out in addition to effectiveness measurements in Centers For Mouth And Dental Health and in other institutions delivering the healthcare.

Key Words: *Data Mining, Classification Methods, Healthcare*

1. Veri Madenciliği Nedir?

Veri Madenciliğinin ilk tanımı William Frawley ve Gregory Piatetsky-Shapiro tarafından, ‘ ... Verideki gizli, önceden bilinmeyen ve potansiyel olarak faydalı enformasyonun önemsiz olmayanlarının açığa çıkarılması...’ biçiminde yapılan bilgi keşfi olarak tanımlanmıştır(Piatetsky-Shapiro & Fawley, 1991).

Veri Madenciliği veri kümesi içerisinde keşfedilmemiş örüntüleri bulmayı hedefleyen teknikler koleksiyonunu betimlemektedir. Veri Madenciliğinin amacı, geçmiş faaliyetlerin analizini temel alarak gelecekteki davranışların tahminine yönelik karar-verme modelleri yaratmaktır(Berson & Smith, 1999).

Bilgisayarların ve bilgi çağının gelişiyle istatistikî problemler hem boyut hem de karmaşıklık açısından değişime zorlanmıştır. Veri depolama üniteleri, organizasyon ve araştırmadaki gelişmeler yeni bir alan olan Veri Madenciliğine işaret etmiştir; biyolojideki istatistiksel ve hesaplama problemleri ve ilaç biyo-enformatiği yaratmıştır. Pek çok alanda hala çok bunların tamamı hakkında akıl yürütmektir: önemli örüntü ve eğilimleri açığa çıkartmak ve ‘verinin ne söylediğini’ anlamaktır ki buna veriden öğrenme denilmektedir. Veriden öğrenmedeki gelişmeler, istatistiksel bilimlerde anahtar rol oynamış ve araştırmacıların bilgisayar bilimleri ve mühendislik gibi diğer alanlarda yeni gelişmeleri gerçekleştirmişini sağlamıştır (Cabena, et all., 1997).

1.1. Veri Madenciliği Yöntemleri

Veri Madenciliği yöntemlerini danışmanlı ve danışmansız olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Veri Madenciliğinde iyi tanımlanmış veya kesin bir hedef olduğunda veya sonuç değişkeni olduğunda danışmanlı (supervised) ifadesi kullanılır. Elde edilmesi istenen sonuç için özel bir tanımlama yapılmamışsa veya belirsizlik söz konusu ise danışmansız (unsupervised) ifadesi kullanılır (Hastie, et al., 2001).

Başlıca danışmanlı ve danışmansız öğrenme yöntemleri aşağıda sayılmaktadır:

Danışmanlı Yöntemler

- Destek vektör makineleri (SVM)
- Regresyon modelleri (Regression models)
- Birliktelik (İlişki) Kuralları (Association Rules)
- Karar ağaçları (Decision trees) ve Random forest
- Yapay Sinir ağları (Artificial Neural networks)

Danışmansız Yöntemler

- K Ortalama Kümeleme Analizi
- Aşamalı kümeleme (Hierarchical clustering)

1.1.1. Danışmanlı Yöntemler

Destek vektör makineleri (Support Vector Machines)

DVM, 1960'lı yılların sonunda Vladimir Vapnik ve Alexey Chervonenkis tarafından geliştirilmiş, temel olarak istatistiksel öğrenme teorisine dayanan bir makine öğrenmesi yöntemidir. DVM yöntemi son yıllarda özellikle veri madenciliğinde değişkenler arasındaki örüntülerin bilinmediği veri setlerinde ki sınıflama problemleri için sıklıkla kullanılmaktadır. Bu metod, temel olarak iki sınıflı problemlerin çözümünde doğrusal bir sınıflayıcı olarak düşünülmüş, daha sonra doğrusal olarak ayrılamayan veya çok sınıflı sınıflama problemlerinin çözümüne de genelleştirilerek, bu problemlerin çözümünde de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Noble, 2006: 1564-67)

Destek vektör makinesi yöntemi kullandığı çekirdek fonksiyonlar sayesinde genler arasındaki ilişkileri anlaşılabilir hale getirir. En sık kullanılan çekirdek fonksiyonları (kernel functions): Doğrusal, çokterimli, radyal temel fonksiyonu (RTF) ve sigmoiddir (Vapnik, 1979; Breslow & Zhao, 1988: 891-99).

Regresyon modelleri (Regression models)

Bir bağımlı değişken ile bir ya da daha fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi sayısal şekilde ifade etmek için kullanılan istatistiksel analiz yöntemine Regresyon analizi denir.

Regresyon analizinde amaç bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni hangi oranda etkilediklerinin hesaplanması, yani tahmin değişkenlerinin değerinden yola çıkarak bağımlı değişkenin değerinin tahmin edilmesidir.

Doğrusal regresyonda hedef değişkenin değeri tahmin edilirken, lojistik regresyonda hedef değişkenin alabileceği değerlerden birinin gerçekleşme olasılığı tahmin edilmektedir. Daha net bir ifadeyle lojistik regresyon, her bir denek için belli sonuçların (örneğin “hasta” ya da sağlıklı”) gerçekleşme olasılığını ortaya koyar (Breslow & Zhao, 1988:891-99). Bir diğer

ifade ile lojistik regresyon olasılık tahmini için “0” ile “1” arasında bir değer vermektedir. Aynı zamanda lojistik regresyonun kullanılması için değişkenlerin normal dağılıma sahip olmasına veya her grubun eşit varyansa sahip olmasına gerek duyulmamaktadır.

Birliktelik(İlişki) Kuralları (Association Rules)

Birliktelik kuralları algoritmaları en çok kullanılan ve en yaygın veri madenciliği uygulamalarından biridir. Genellikle en çok pazar sepeti analizi (market basket analysis) kavramı ile ilişkilendirilse de, Agrawal vd. (1993: 207-216) tarafından ortaya atıldığından bu yana birliktelik kuralları akademisyenler ve uygulamacılar tarafından müşteri ilişkileri yönetimi, üretim süreçleri, finans, meteoroloji, veri güvenliği, tanılama (diagnosis) ve tıp bilimi gibi alanlarda da kullanılmaktadır.

Birliktelik kurallarının ilgi çekici yanlarından biri sonuçlarının açıklığı ve uygulanabilirliğidir. Bu sonuçlar, öğeler veya öge grupları arasındaki kurallar biçimindedir. Bir birliktelik kuralı, veritabanı içerisinde belirli nesnelerin birlikte görülme olasılığı ifadesidir.

Birliktelik kuralları tekniklerinin çıktısı olarak çok sayıda kural üretildiği için, burada amaç, öncül ve ardıl öge setleri arasındaki güçlü bağılıkları belirten kuralların tespit edilmesi olacaktır. Bir kural tarafından ifade edilen bağılılığın gücünü ölçmek için destek (support), güven (confidence) ve kaldırma oranı (lift ratio) gibi ölçüler kullanılır(Irmak, 2009).

Karar Ağaçları (Decision Trees) ve Random Forest

Karar ağaçları, en yaygın veri madenciliği yöntemlerinden biridir. Karar ağaçları algoritması tüm veri setini eğitim ve test verisi olarak ayırır. Eğitim (training) verileri adından da anlaşılacağı üzere öğrenme işleminin gerçekleştirilerek, sınıflandırma kurallarının oluşturulmasında kullanılır. Test verileri ise oluşturulan sınıflandırma kurallarının denenmesi ve algoritma başarısının belirlenmesinde kullanılır. Karar ağaçları algoritması, test verisini ya da yeni verilerin, oluşan bu kurallar doğrultusunda sınıflandırılmasını sağlar. Sınıflandırma algoritmaları eğitim verisi üzerinde uygulanarak sınıflandırma kuralları çıkarılır. Daha sonra çıkarılan bu kurallar test veri seti yada yeni bir veri seti üzerinde uygulanır ve bu veri setleri sınıflandırma kurallarına göre sınıflara ayrılır(Quinlan, 1993; Liu, et al., 2012).

Tipik bir karar ağacı öğrenme sistemi, arama uzayının bir bölümünde bir çözüm arayan yukarıdan-aşağıya bir strateji kullanır. Karar ağacı, özniteliklerin test edildiği düğümlerden (node) oluşur. Bir düğümün altında kalan dallar, düğümde test edilen tüm olası sonuçlara karşılık gelir(Kantardzic, 2003).

Karar ağaçlarını yapılandırmak için geliştirilen bazı algoritmalar geliştirilmiştir. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanları ID3 ve bu algoritmanın geliştirilmiş versiyonu olan C4.5 algoritmalarıdır. Bunların yanında Breiman et al., (1984) tarafından geliştirilen CART (C&RT – Classification and Regression Trees) algoritması ve Kass (1980:119-127) tarafından geliştirilen CHAID (Chi-Squared Automatic Interaction Detector) algoritması da yine yaygın olarak kullanılan algoritmalarıdır(Jenhani, et.all., 2008:784-807).

Random Forest modeli, diğer karar ağaç modellerinden farklı olarak birçok (binlerce) karar ağacından meydana gelen bir yapıdır. Bu analiz sırasında random forestteki her bir ağaç için bootstrap yöntemiyle veri setinden örneklem seçilir ve seçilen verilerin 2/3’ü ağaç oluşturmak için kullanılır ve bir sınıflama yapar. Bu sınıflamalar “oy (vote)” alır. Random forest algoritması ise “forest” içindeki tüm ağaçlardan en çok oy alanı seçer ve onun

sınıflamasını kullanır. Düşük hata oranına sahip ağaç daha iyi sınıflayıcıdır(Coşgun ve Karaağaoğlu, 2011:180-89).

Yapay Sinir ağları (Artificial Neural Networks)

Yapay sinir ağları, insan beyninin bilişsel öğrenme sürecinin benzetimini yapmak amacıyla ilk olarak 1940'ların başında ortaya atılmıştır. Yapay sinir ağları, birincil fonksiyonları deneme yanılmaya dayalı olarak problem uzayının bir modelini yapılandırmak olan bilgisayar-tabanlı yöntemlerdir(Marakas, 2003).

Modelin yapılandırılması süreci kavramsal olarak bir kısım veri setinin yapay sinir ağına gönderilmesiyle başlar ve yapay sinir ağı bir çıktı değeri tahmin eder. Bu tahmin değeri, gerçek (veya doğru) değer ile bir geribildirim biçimi ile karşılaştırılır. Eğer tahmin doğru ise ağ başka bir faaliyet göstermez. Eğer tahmin yanlış ise yapay sinir ağı, kestirimin kalitesini arttırmak için hangi iç parametrelerin ne şekilde düzeltileceğini belirlemek için kendi kendisini analiz eder. Bu parametre ayarlamaları yapıldıktan sonra yapay sinir ağı veri setinin başka bir bölümünü alır ve süreci tekrar eder. Bu süreç içerisinde zamanla yapay sinir ağı büyük oranda doğru bir modele yakınsamaya başlar(Marakas, 2003).

1.1.2.Danışmansız Yöntemler

K-Ortalamalar Kümeleme Analizi

Segmentasyon, gruplama ve sınıflandırma yöntemidir. N birim nesnenin, K gruba ayrılması mantığına dayanır. Sınıf aralıkları belli olmadığında; bir benzerlik veya benzemezlik ölçütüne (metriğine) dayalı olarak, grup içinde homojen, gruplar arasında heterojen K adet küme yaratır(Koyuncugil ve Özgülbaş, 2009: 2).

Kümeleme işleminin başarısını küme içi benzerliğin maksimum, kümeler arası benzerliğin minimum olması belirler. Başka bir ifadeyle küme içindeki nesnelere birbirine en yakın, kümeler birbirinden en uzak şekilde yerleşmelidir.

Hiyerarşik Kümeleme (Hierarchical clustering)

Hiyerarşik kümeleme algoritması iki bileşene dayalıdır: nesnelere arasındaki benzerlik veya uzaklık ölçüsü ve nesne sınıfları arasında bir birleştirme (amalgamation) veya bağıntı (linkage) kuralı (Kojadinovic, 2004: 269-94). Hiyerarşik kümeleme sonuçları genellikle dendogramlar ile gösterilir. Grafiklerin oluşturulmasında yukarıdan-aşağıya ve aşağıdan-yukarıya olmak üzere iki yol izlenir. Aşağıdan-yukarıya izlenen yol yığılmacı (agglomerative) yaklaşım olarak adlandırılır. Bu yaklaşımda başlangıçta her bir eleman ayrı bir kümedir ve algoritmanın ilerlemesinde, kullanılan bağıntı yöntemine bağlı olarak birbirlerine en yakın olan örüntüler aynı kümede birleştirilmektedir. Bu süreç tek küme elde edilene kadar veya önceden belirlenmiş bir eşik değere (threshold value) ulaşılan kadar ilerlemektedir. Yukarıdan-aşağıya izlenen yol ayırıcı (divisive) yaklaşım olarak adlandırılır ve bütün set tek bir küme olarak algılanarak küçük kümelere ayırma süreci izlenir (Pedrycz, 2005).

1.2.Performans Karşılaştırma Ölçütleri

Modelin performansı öğrenme veri kümesinin dışında bir veri kümesi ile yapılması gerekir. Bu kümeye test kümesi denir. Bu sebeple eldeki veri kümesi, öğrenme veri kümesi ve test veri kümesi olarak ayrılır. Öğrenme veri kümesi üzerinde model oluşturulduktan sonra oluşan model test veri kümesinde sınanır. Test kümesi örnek içinden çekilebileceği gibi dışarıdan da çekilebilir. Model performansını değerlendirirken doğru/yanlış sınıflama oranı, duyarlılık, seçicilik, F-ölçütü ve ROC eğrisi altındaki alan (AUC) kavramları kullanılabilir

Model ve algoritmalar test edildikten sonra elde edilen sonuçlara göre algoritma başarımları Confusion Matrix ile ifade edilebilir. Tablo 1.1.’de Confusion Matrix’te satırlar test kümesindeki örneklere ait gerçek sayıları, kolonlar ise modelin tahminleşmesini ifade eder.

Tablo 1.1. Confusion Matrix örneği;

Fiili Grup	Tahmin Edilen Grup		
		Hasta	Hasta Değil
	Hasta	TP	FN
Hasta Değil	FP	TN	

TP (True Pozitif) örnek sayısı, FN (False Negatif) örnek sayısı, FP (False Pozitif) örnek sayısı, TN (True Negatif) örnek sayısı

Confusion Matrix’te modelin ve algoritmanın:

- $(TP+TN) / TP+FN+FP+TN =$ Doğru sınıflama oranını (accuracy)
- $(FN+FP) / TP+FN+FP+TN =$ Yanlış sınıflama oranını,
- $TP / (TP+FN) =$ Duyarlılığı (Sensitivity)
- $TN / (FP+TN) =$ Seçiciliği (Specificity)(Recall)
- $DP / (DP + YP) =$ Pozitif tahmin değerini (Precision)
- $(Precision \times Recall) / (Precision + Recall)$ F-ölçüsü tespit edilebilmektedir.

Bu performans ölçülerinin dışında ROC eğrisi altındaki alan (AUC) ölçütü çalışmalarda çokça kullanılmaktadır. ROC eğrisi bir tanı testine ilişkin duyarlılık ve özgüllük değerleri arasındaki ilişkiyi grafiksel olarak gösterir. ROC eğrisi yanlış pozitif orana (duyarlılık) karşın doğru Pozitif oranların (1-seçicilik) noktalanarak çizilmesiyle elde edilir (Bradley, 1997: 1145-59). Bu eğrinin altında kalan alanın hesaplanmasıyla AUC elde edilir. AUC, veri madenciliği literatüründe çok sık kullanılan sıralamaya dayalı (ranking) bir performans kriteridir. AUC, veri madenciliği sınıflayıcı modelinin hasta ve sağlıklı kişilerden rastgele seçilmiş iki kişiyi doğru tanımlayabilme olasılığı olarak ifade edilebilir. 0 ile 1 arasında değerler alabilir; 0,5 değeri rastgele bir tahmin olduğunu, 1’e yakın değerler modelin tahmin gücünün yüksek olduğunu gösterir (Coşgun ve Karağaoğlu, 2011: 180-89).

Veri madenciliği yöntemlerini uygulayabilmek için bazı paket yazılımlar veya açık kodlu yazılımlar kullanılmaktadır. Kullanılan bu veri analiz araçlarının çoğu ücretsiz olarak temin edilebilmektedir. En çok kullanılan yazılımlar, R, Weka ve Orange programlarıdır. (Coşgun ve Karağaoğlu, 2011: 180-89).

2. Reel Verilerle Veri Madenciliği Uygulaması

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu uygulamanın amacı daha önceden VZA ile etkin ve etkin olmayan olarak sınıflandırılan kurumlarının sınıflandırma başarısını veri madenciliği yöntemleri ile değerlendirmektir.

2.2. Evren ve Örneklem

Uygulamanın verileri Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığından elde edilmiştir. Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı benzer girdi ve çıktıya sahip 28 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin (ADSM) 2009 yılı finansal verileri esas alınarak yapılmıştır. İlk Madde ve

Malzeme Giderleri(İMM), Personel Giderleri, Dışarıdan Sağlanan Fayda ve Hizmetler, Diğer Çeşitli Yönetim Giderleri, Diğer Faaliyetlerden Olağan ve Olağan Dışı Giderler, Amortisman Giderleri, Hizmet Gelirleri değişken kabul edilmiştir.

Uygulamada kullanılan kurumların etkinlikleri daha önceden ölçülmüştür. Ölçme yöntemi olarak Veri Zarflama Analizi modeli olan Ölçeğe Göre Sabit Getiri (CRS) varsayımlarından Girdi Yönelimli CCR modeli kullanılmıştır ve etkinlik sonuçları Tablo 2.1.’de gösterilmiştir. Aynı tabloda etkin ve etkin olmayan kurumların kategorizasyonu yapılmıştır. 100 ve üzeri süper etkilik skoruna sahip kurumlar etkin kabul edilip “1” kategorisi ile etiketlenmiştir. Diğer taraftan süper etkilik skoru 100’ün altında olan kurumlar etkin olmayan kurumlar belirlenip “2” kategorisi ile etiketlenmiştir.

Tablo 2.1. ADSM’lerin Süper Etkinlik Skorları ve Kategorizasyonu

Kurum Adı	Süper Etkinlik Skoru (%)	Kategorizasyon (Etkin:1, Etkin Olmayan:2)
Adana ADSM	120,44	1
Ankara 75.Yıl ADSM	79,09	2
Ankara Osmanlı ADSM	107,76	1
Ankara Topraklık ADSM	95,46	2
Antalya ADSM	103,79	1
Aydın ADSM	95,51	2
Bursa ADSM	93,29	2
Denizli ADSM	106,56	1
Diyarbakır ADSM	105,51	1
Erzurum ADSM	107,27	1
Eskişehir ADSM	93,18	2
Gaziantep ADSM	123,15	1
İstanbul Bahçelievler ADSM	102,81	1
İstanbul Göztepe ADSM	121,05	1
İstanbul İl Özel İdaresi ADSM	104,24	1
İstanbul Kadıköy ADSM	129,79	1
İzmir Bornova ADSM	105,75	1
İzmir Eğitim DH	96,98	2
Karabük ADSM	93,56	2
Kayseri Nimet Bayraktar ADSM	163,41	1
Konya ADSM	113,01	1
Kütahya ADSM	106,13	1
Ordu ADSM	84,97	2
Sakarya ADSM	110,77	1
Samsun ADSM	114,45	1
Şanlıurfa ADSM	107,47	1
Trabzon ADSM	108,08	1
Van ADSM	671,98	1

2.3. Veri Analiz Aracı ve Yöntemi

Bu çalışmada veri analiz aracı olarak veri madenciliği yazılımı olan ORANGE yazılımı kullanılmıştır. Modelde sonuç değişken veya bağımlı değişken etkin olma olmama durumu olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler ise İMM, Personel, Yönetim, Hizmet, Diğer giderleri ile Amortisman ve Gelir değişkenleri belirlenmiştir. Çalışmada sonuç değişkenini bilinmesi nedeniyle yöntem olarak danışmanlı yöntemler uygulanmıştır. Değişkenler üzerinde Orange yazılımı aracılığı veri madenciliği danışmanlı sınıflama yöntemleri olan Karar ağacı (CART), Lojistik Regresyon(LR), Random Forest(RF), Yapay Sinir Ağı (YSA) ve Destek Vektör Makinası (DVM) yöntemleri uygulanmıştır. Uygulama sonuçları ise veri madenciliği performans değerlendirme yöntemleri olan Doğruluk Oranı, Duyarlılık Oranı, Seçicilik Oranı, ROC eğrisi altındaki alan ve F Ölçütleri ile değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda kurumlarının etkin ve etkin olmayan sınıfa girme olasılıkları hesaplanmıştır.

3. Bulgular ve Tartışmalar

Tablo 3.1’de Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin (ADSM) etkin olup olmama durumlarına bakıldığında etkin olan kurum sayısının 20 (%71), etkin olmayan kurum sayısının 8 (%29) olduğu görülmektedir. Etkin olan kurumların süper etkinlik skorlarının etkin olmayanlara göre daha fazla sapma gösterdikleri görülmektedir. Bu durum kurumların sonuç değişkeni olan etkinlik durumu açısından dengesiz bir dağılımda olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.1. ADSM’lerin Etkinlik Durumu

Etkinlik Durumu	Kurum Sayısı	Etkinlik Skoru			
		Ort	Min	Mak	Ss
Etkin	20	%141,67	%102,81	%671,98	1,078
Etkin Olmayan	8	%91,51	%79,07	%96,98	0,174

Kurumlara ait değişkenler Orange programına yüklenmiştir. Daha sonra değişkenlere Random Forest (RF), Lojistik Regresyon (LR), Destek Vektör Makinası (DVM), Karar Ağacı (CART), Yapay Sinir Ağları (YSA) yöntemlerine uygun olarak modellemeler yapılmıştır. Modellemeler kurgulanırken en yüksek performans değerleri yakalamak için farklı algoritmalar ve çekirdek fonksiyonları denenmiş ve tespit edilen en yüksek değerler Tablo 3.2.de gösterilmiştir.

Tablo 3.2’ye bakıldığında doğruluk oranına göre en iyi sınıflayıcının LR, duyarlılık oranına göre DVM, seçiciliğe göre LR ve CART, AUC’a göre LR ve F ölçütüne göre LR olduğu görülmektedir. Sonuçlara bakıldığında bir çok performans yöntemine göre Lojistik Regresyonun (LR) en yüksek performans değeri elde ettiği görülmektedir. Diğer taraftan yapılan çalışmalarda dengesiz dağılıma sahip modellerde F ölçütünün belirleyici performans ölçütü olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle 0,8571 değer ile en iyi sınıflayıcı model Lojistik Regresyon (LR) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Kullanılan Yöntemlerin Performans Değerlendirmesi

Danışmanlı Yöntemler	Doğruluk Oranı	Duyarlılık	Seçicilik	ROC eğrisi altındaki alan (AUC)	F Ölçütü
Random Forest(RF)	0,6429	0,8000	0,2500	0,5813	0,7619
Lojistik Regresyon (LR)	0,7857	0,9000	0,5000	0,7188	0,8571
Destek Vektör Makinası (DVM)	0,6786	0,9500	0,0000	0,3875	0,8085
Karar Ağacı (CART)	0,7143	0,8000	0,5000	0,4000	0,8000
Yapay Sinir Ağları (YSA)	0,6786	0,8500	0,2500	0,5000	0,7907

Tablo 3.3’de belirlenen sınıflayıcının programda yer alan Confussion Matrix tablosu görülmektedir. Tabloda doğru/ yanlış tahmin edilen kurum sayısı görülmektedir. Confussion Matrix’e bakıldığında fiili olarak etkin olan 2 kurumun belirlenen sınıflayıcı ile etkin görülmedikleri diğer taraftan fiili olarak etkin olmayan 4 kurumun sınıflayıcı tarafından etkin görüldüğü ve en iyi sınıflandırıcı olan Lojistik regresyonun yanlış tahmin ettiği kurum sayısının toplamda 6 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.3. Lojistik Regresyon (LR) Confussion Matriksi

Fiili Grup	Tahmin Edilen Grup			Toplam
	Etkin	Etkin Olmayan		
Etkin	18	2		20
Etkin Olmayan	4	4		8
Toplam	22	6		28

Tablo 3.4’de Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarının etkin olup olmama olasılıkları verilmektedir. Tabloda işaretli olan kısımlar sınıflayıcının gözlenen farklı olarak kategorize ettiği kurumları göstermektedir. Tabloda da görülebileceği gibi doğru tahmin edilen kurumlar içinde etkin olma olasılığı en yüksek kurum % 99,9 olasılıkla İstanbul İl Özel İdaresi ADSM iken etkin olmama olasılığı en yüksek kurum % 99,9 olasılıkla Ankara 75.Yıl ADSM’dir. Tabloda süper etkinlik skoru %671,98 ile en üst sırada etkinliğe sahip olduğu gözlenen Van ADSM’nin bu etkinliği sağlama olasılığı % 87 olarak hesaplanmıştır. Diğer taraftan tabloda Ankara Osmanlı ADSM, Kayseri Nimet Bayraktar ADSM, Ankara Topraklık ADSM ve Trabzon ADSM kurumlarının etkin olup olmama olasılıkları yakın görünmektedir.

Tablo 3.4. ADSM’lerin Etkinlik Olasılıkları

Kurum Adı	Süper Etkinlik Skoru (%)	Gözlenen Sonuçlar	Tahmin Edilen Sonuçlar	Etkin Olmama Olasılığı (%)	Etkin Olma Olasılığı (%)
Adana ADSM	120,44	Etkin	Etkin	0.042	0.958
Ankara 75.Yıl ADSM	79,09	Etkin Olmayan	Etkin Olmayan	0.999	0.001
Ankara Osmanlı ADSM	107,76	Etkin	Etkin	0.417	0.583
Ankara Topraklık ADSM	95,46	Etkin Olmayan	Etkin Olmayan	0.501	0.499
Antalya ADSM	103,79	Etkin	Etkin	0.245	0.755
Aydın ADSM	95,51	Etkin Olmayan	Etkin	0.050	0.950
Bursa ADSM	93,29	Etkin Olmayan	Etkin Olmayan	0.833	0.167
Denizli ADSM	106,56	Etkin	Etkin Olmayan	0.978	0.022
Diyarbakır ADSM	105,51	Etkin	Etkin Olmayan	0.750	0.250
Erzurum ADSM	107,27	Etkin	Etkin	0.116	0.884
Eskişehir ADSM	93,18	Etkin Olmayan	Etkin Olmayan	0.962	0.038
Gaziantep ADSM	123,15	Etkin	Etkin	0.010	0.990
İstanbul Bahçelievler ADSM	102,81	Etkin	Etkin	0.021	0.979
İstanbul Göztepe ADSM	121,05	Etkin	Etkin	0.017	0.983
İstanbul İl Özel İdaresi ADSM	104,24	Etkin	Etkin	0.001	0.999
İstanbul Kadıköy ADSM	129,79	Etkin	Etkin	0.003	0.997
İzmir Bornova ADSM	105,75	Etkin	Etkin	0.317	0.683
İzmir Eğitim DH	96,98	Etkin Olmayan	Etkin	0.170	0.830
Karabük ADSM	93,56	Etkin Olmayan	Etkin	0.196	0.804
Kayseri Nimet Bayraktar ADSM	163,41	Etkin	Etkin	0.437	0.563
Konya ADSM	113,01	Etkin	Etkin	0.347	0.653
Kütahya ADSM	106,13	Etkin	Etkin	0.106	0.894
Ordu ADSM	84,97	Etkin Olmayan	Etkin	0.229	0.771
Sakarya ADSM	110,77	Etkin	Etkin	0.269	0.731
Samsun ADSM	114,45	Etkin	Etkin	0.069	0.931
Şanlıurfa ADSM	107,47	Etkin	Etkin	0.112	0.888
Trabzon ADSM	108,08	Etkin	Etkin	0.442	0.558
Van ADSM	671,98	Etkin	Etkin	0.128	0.872

4.Sonuç Ve Öneriler

Sonuç olarak bu çalışmada ADSM'lerin etkinlik durumları için en iyi sınıflama aracı Lojistik regresyon olarak belirlenmiştir. Lojistik regresyonun F ölçütüne göre etkinlik sınıflama gücü yaklaşık olarak % 86 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma göreceli olarak etkin durumda olan kurumların etkin olamama risklerini ortaya koymaktadır. Örneğin göreceli olarak etkin durumda olan Ankara Osmanlı ADSM, Kayseri Nimet Bayraktar ADSM, ve Trabzon ADSM etkin olmama olasılıkları yaklaşık olarak % 42 ile % 44 arasında değişmektedir. Bu çalışmada her ne kadar sınıflandırma oranı başarılı gibi gözükse de kurum sayısının az olması aşırı uyum ve bias yaratma riskini arttırmaktadır. Bu nedenle çalışmada örneklem sayısının mümkün olduğu kadar artırılması gerekmektedir. Örneklem sayılarının artması sağlık kurumları için önemli olabilecek diğer veri madenciliği yöntemleri olan birliktelik kurallarının işletilebilmesini sağlayabilecektir.

Veri madenciliği uygulamaları günümüzde kullandığımız bir çok hizmette çokça kullanılmaktadır ve internetten, cep telefonlarına, bankacılıktan sağlık hizmetlerine kadar yaygın bir spektruma sahiptir. Veri madenciliği Dünyada sağlık hizmetlerinde gerek makro gerekse mikro anlamda planlama ve performans denetimi gibi yönetiminin kompleks problemlerine çözüm aramaktadır. Türkiye’de ise bu çalışmaların azlığı göze çarpmaktadır. Bu çalışmaların azlığı altında birçok neden yatmaktadır. Bu nedenlerden en önemlisi sağlık hizmeti sunan kamu kurumlarının bilgi üreten ve yayan kurumlar olmasının sağlanamamasıdır. Bu kurumların çoğunda bir bilgi sistemi kurulmuş ve bu sistem içerisinde hastaların ve kurumların birçok bilgisi tutulmuştur. Fakat kurulma aşamasında bu bilgiler yeterince sorgu üretecek tarzda üretilmemiştir. Böylelikle oto denetimi olmayan bilgi sistemleri hatalı ve/veya eksik kayıtlar yaratmaktadır. Bu durum veri madencileri için en önemli sorundur. Her ne kadar veri madenciliğinde gelişmiş yöntemler olsa da veri madencisi ile bilginin sahibi arasındaki bilgi asimetrisi sonucu veri madencisinin problemi doğru tanımlayamamasına neden olacaktır. Bu da reel dünyaya uyumlu olamayan sonuçların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Çalışma azlığının diğer nedenlerini bu konuda yetkin kişilerini azlığı, veri teminindeki zorluklar v.b. nedenler oluşturabilmektedir.

Sağlık kurumları yönetiminde kararların kanıta dayalı olarak belirlenebilmesi için veri madenciliği uygulamaları önemli ipuçları vermektedir. Sağlık politikalarının başarıya ulaşılabilmesi olası fırsat ve tehditlerin önceden öngörülme başarısıyla ilintilidir. Veri madenciliği uygulamaların sağlık politika koyucularının, uygulayıcılarının öngörülerine yardımcı olacağı çalışmaların sayıları arttıkça görülecektir.

Kaynaklar

1. AGRAWAL, R., T. Imielinski & A. Swami (1993), “Mining Association Rules Between Sets of Items in Large Databases”, Proceedings of the 1993 ACM SIGMOD International Conference on Management of Data, s. 207-216
2. BERSON, A. & S.K. Smith (1999), *Thearling, “Buildind Data Mining Applications for CRM”*, Mcgraw Hill, USA
3. BRADLEY, A.P (1997), The Use Of The Area Under The ROC Curve İn The Evaluation Of Machine Learning Algorithms, *Pattern Recognition*, 30, s. 1145:59
4. BREİMAN, L., J.H. Friedman, R.A.Olshen & C.J. Stone (1984), *Classification and Regression Trees*, Wadsworth & Brooks, Monterey, CA
5. BRESLOW, N.E. & L.P. Zhao (1988), Logistic Regression For Stratified Case-Control Studies. *Biometrics*. 44, s. 891-899
6. CABENA, P., P. Hadjinian, R. Stadler, J. Verhees, & A. Zanasi (1997), *“Discovering Data Mining: From Concept To Implemantation”*, Prentice Hall PTR, Upper Saddle River. New Jersey, USA
7. COŞGUN, E. ve E. Karağaoğlu (2011), Veri Madenciliği Yöntemleriyle Mikro Dizilim Gen İfade Analizi, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 42, s. 180-189
8. HASTİE, T., R. Tibshirani & J. Friedman (2001), *“The Elements Of Statistical Learning; Data Mining, Inference And Prediction”*, Springer Series In Statistics. USA.
9. IRMAK, S. (2009), Veri Madenciliği Yöntemleri ile Sağlık Sektörü Veri Tabanlarında Bilgi Keşfi: Tanımlayıcı ve Kestirimci Model Uygulamaları, Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
10. JENHANİ, I., N. Ben Amor & Z. Elouedi (2008), “Decision Trees As Possibilistic Classifiers”, *International Journal of Approximate Reasoning*, 48, s. 784-807
11. KANTARDZİC, M. (2003), *Data Mining: Concepts, Models, Methods, and Algorithms*, IEEE Press, Hoes Lane, Piscataway, NJ, USA
12. KASS, G. V. (1980), “An Exploratory Technique for Investigating Large Quantities of Categorical Data”, *Journal of Applied Statistics*, 29(2), s. 119-127
13. KOJADİNOVİC, I. (2004), “Agglomerative Hierarchical Clustering Of Continuous Variables Based On Mutual Information”, *Computational Statistics & Data Analysis*, 46, s. 269-294
14. KOYUNCUGİL, A.S. ve N. Özgülbaş (2009), Veri Madenciliği: Tıp Ve Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı Ve Uygulamaları, *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 2, s. 2
15. LİU, Z., Z. Du, H. Chen, & C. Zou (2012), *“Large Area Land Cover Classification With Landsat Etm+ Images Based On Decision Tree”*, International Archives of the Photogrammetry. Remote Sensing and Spatial Information Sciences, XXII ISPRS Congress, Melbourne, Australia
16. MARAKAS, G. M. (2003), *Modern Data Warehousing, Mining, and Visualization: Core Concepts*, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, USA



- 17.NOBLE, W.S. (2006), What Is A Support Vector Machine?. Nat Biotechnol, 24(12), s. 1564-67
- 18.PEDRYCZ, W. (2005), *Knowledge-Based Clustering: From Data to Information Granules*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey
- 19.PIATETSKY-SHAPIRO, G. & W.J. Fawley (1991), “*Knowledge Discovery in Databases*”, AAAI/MIT Pres
- 20.QUINLAN, J.R. (1993), *C4.5: Programs for Machine Learning*, Morgan Kaufmann, San Mateo, California
- 21.VAPNIK, V. (1979), *Estimation of Dependences Based on Empirical Data* [in Russian], Nauka, Moscow, (English translation: Springer, New York, 1982)

PENETRAN KERATOPLASTİ CERRAHİSİNDE AMELİYAT SONU KOMPLİKASYONLARIN ALTI SİGMA İLE ELİMİNASYONU

İbrahim ŞAHBAZ*

Mehmet Tolga TANER**

Üzeyir Tolga ŞAHANDAR***

Gamze KAĞAN****

Engin ERBAŞ*****

Mehmet Kemal KAĞAN*****

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, bir Türk kamu göz ve araştırma hastanesinde, penetran keratoplasti (PKP) cerrahisinde ameliyat sonunda oluşan komplikasyon sayısının Altı Sigma vasıtasıyla nasıl azaltıldığını göstermek. Çalışmanın metodunda veriler dokuz yıl boyunca toplanmıştır. Penetran keratoplasti ameliyatı geçirmiş 55 hastada (59 gözde) oluşan ameliyat sonu komplikasyonların analizinde, Altı Sigma'nın Tanımlama-Ölçü-Analiz-Geliştirme-Kontrol (TÖAGK) iyileştirme döngüsünün temel araçları olan KGSCM tablosu, Hata Modu ve Etki Analizi (HMEA) uygulanmıştır. On bir tip komplikasyon, kaynak ve kök sebepleri ile tespit ve rapor edilmiştir. Çalışma da göz cerrahin tecrübesi, hastanın göz anatomisi ve vericinin korneası ve cihazın performansı başarılı bir penetran keratoplasti ameliyat için Kritik Kalite faktörleri olduğu tespit edilmiştir. En sık görülen ve en yüksek zarar skorlu komplikasyonun ise göz tansiyonu olduğu saptanmıştır. Sürecin sigma seviyesinin 3,1418 olduğu ölçülmüştür. Cerrahi ekip, tüm komplikasyonlarda önemli ölçüde gerekli önlemlerin alınarak, seviyelerinin azaltılması gerektiği sonucuna varmıştır.

Anahtar Kelimeler: Altı Sigma; oftalmoloji; penetran keratoplasti cerrahisi; ameliyat sonu komplikasyonlar.

*Sağlık Meslek Yüksek Okulu Optisyenlik Bölümü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

***Isparta Devlet Hastanesi, Isparta, Türkiye.

****Sağlık Meslek Yüksek Okulu İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

*****Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bölümü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

*****Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

ELIMINATION OF POST-OPERATIVE COMPLICATIONS IN PENETRATING KERATOPLASTY BY DEPLOYING SIX SIGMA

ABSTRACT

The purpose of this study, to show how a public eye and research hospital in Turkey initiated Six Sigma principles to reduce the number of complications occurring after penetrating keratoplasty surgeries. In the method of study, data were collected for nine years. To analyse the complications among 55 patients (59 eyes) underwent penetrative keratoplasty, main tools of Six Sigma's Define-Measure-Analyze-Improve-Control (DMAIC) improvement cycle such as SIPOC table, Fishbone Diagram; and Failure, Mode and Effect Analysis (FMEA) were implemented. Sources and root causes of eleven types of complications were identified and reported. For a successful penetrating keratoplasty surgery, experience of ophthalmic surgeon, patient's anatomy and suitability of donor cornea, sterilization and hygiene, and performance of equipment were determined to be the “critical quality” factors. The complication with the highest hazard score was found to be glaucoma. The process sigma level was measured to be 3.1418. The surgical team concluded that all types of post-operative complications should be significantly reduced by taking the necessary preventive measures.

Keywords: Six Sigma; ophthalmology; penetrating keratoplasty surgery; post-operative Complications

1. Giriş

Kornea en sık transplantasyon yapılan dokulardan biridir. Penetran keratoplasti adı verilen kornea transplantasyonu, sağlıklı bir verici kornea endoteli varlığında yapılan en sık ve en başarılı doku nakil yöntemidir. Amerika'da her yıl 34.000'den fazla penetran keratoplasti vakası bildirilmektedir. Son yıllardaki tıbbi ve cerrahi yöntemlerdeki değişim ve gelişmeler ile, PKP ameliyatları sonrası oluşan komplikasyon sayısında belirli bir azalış beklenmektedir. Cerrahi işlem her ne kadar görme yetisini geri getirirse; yüksek başarı oranıyla yaralı ve hastalıklı korneadaki ağrı ve ağrıyı azaltsa da, mükemmel başarı oranlarına rağmen çalışmalar hala ameliyat sonrası bir çok komplikasyon oluşumunu rapor etmektedir. Bunlardan bazıları, yara sızıntıları, korneanın yanlış yerleştirilmesi, dikiş yerindeki enfeksiyonlar, dikiş nedeniyle immün infiltrasyonu, kalıcı epitel defekti, ipliksi keratit, primer endotel yetmezliği, glokom, katarakt, akut koroid dekolmanı, epitel alt büyüme, refraktif değişiklikler, greft enfeksiyonları, greft reddi, hipotoni, kistoid maküla ödemi ve endoftalmidir.

PKP ameliyatı sonrası oluşan rezidüel astigmat görme fonksiyonunu kısıtlamış ve net bir greftin varlığında olan görmeye ki azalma hasta memnuniyetinde de azalmalara neden olmuştur. Bu tür komplikasyonlar ortaya çıktığında, uygun ve hızlı bir yönetim esastır. Önleyici tedbirler, erken rehabilitasyon vasıtasıyla görme kazanımını ve daha uzun süreli sağlıklı greft sağlamaktadır.

PKP cerrahisi, uzun vadede olumlu bir seyir gösteren bir ameliyattır. Bu nedenle göz cerrahları, oluşabilecek her tür komplikasyonu önlemek ve mümkün olan en iyi sonuçları

sağlamak için onları oluştuklarında farketmeleri ve süreci yönetmeleri gerektiğinden kritik bir noktada bulunmaktadır. Altı Sigmanın bir kalite iyileştirme yöntemi olarak oftalmoloji alanında kullanılması, birçok göz ameliyatının cerrahi güvenlik, verimlilik ve doğruluğunu artırmada yardımcı olabilir.

Kaliteli bir iyileştirme yöntemi olarak Altı Sigma kullanılması, birçok göz ameliyatı sırasında ve sonrasında gelişen komplikasyonların azaltılması veya ortadan kaldırılması için kullanılabilir. Başlangıçta Motorola, Honeywell ve General Electric tarafından başlatılan Altı Sigma, bugün modern sağlık hizmetleri yüzünü değiştiren, güçlü bir performans iyileştirme aracıdır. İlk olarak üretim süreçlerine getirilmesine rağmen, tanısal görüntüleme işlemleri, acil servis, ambulans hizmetleri, laboratuvar, katarakt ameliyatı radyoloji ameliyat sonrası enfeksiyonlar, intralase cerrahisi, LASIK cerrahisi, şaşılık cerrahisi [28], göziçine enjeksiyonlarla yapılan cerrahiler, psödoeksfolyasyon sendromu olan hastalarda katarakt cerrahisi, parsplana vitrektomi, fakoemülsifikasyonlu katarakt ameliyatı, stent yerleştirmede kalite, performans ve verimliliği artırmak için bir maliyet-etkin yolu olarak uygulanmaktadır.

İstatistiksel olarak Altı Sigma’da işleyen bir süreç, 1 milyon fırsat başına çıktıda, sadece 3.4 hatalı parça üretir. Süreçteki hataları ortadan kaldıran bir yöntem olarak Altı Sigma, hataların arkasındaki temel nedenleri bulmak ve tam manasıyla mükemmel süreçlere ulaşmak için TÖAİK adı verilen bir aracı kullanır. TÖAİK, hataların (bu çalışmada ise komplikasyonların) oluşma nedenlerini belirleyip zamanla ortadan kaldırmayı amaçlar. Birden çok uzmanın olduğu, karmaşık tedavi alanları içeren ve zamana duyarlı sağlık süreçlerini analiz etmeyi ve değiştirmeyi amaçladığından çok faydalıdır. Böylelikle, sağlık süreçlerinde değişkenlik en aza indirilebilir.

Bu çalışmada, bir kamu göz araştırma hastanesinde PKP ameliyatları sonrası oluşan komplikasyon sayısını azaltmak ve ameliyat sonuçlarını iyileştirmek amacıyla geliştirilen Altı Sigma uygulamaları rapor edilmiştir. Buna ek olarak, oluşan her tür komplikasyon için Altı Sigma seviyesi hesaplanmıştır.

2. Yöntem

Göz sağlığı merkezi hedeflerine ulaşmak için en iyi yolun Altı Sigma Metodunun uygulanması olduğuna karar verilmesi üzerine, metodolojinin felsefesine uygun olarak bir ekip oluşturuldu ve metodoloji üzerine eğitildi. Komplikasyonların üstesinden gelmek için kararlı ve tutarlı bir lider, bu ekip tarafından seçildi. Ekip, ilk olarak sürecin tamamı için KGSÇM (Hizmet sunan Kaynak, Girdi, Süreç, Çıktı ve Müşteri) tablosunu oluşturdu. Sürecin objektif yönden amaçlarını ve süreç üzerinde etkili olan Kalite Üzerine Etki eden Faktörlerini (KÜEK) kendi aralarında beyin fırtınası yoluyla belirlediler. Ekip mevcut süreci ölçmek için ölçütleri belirledi. Altı Sigma çalışmasına başlamak için faydalı olması için seçtikleri ana ölçütler şunlardı:

1. Göz hastanesinde 9 yıl süreyle gerçekleştirilen toplam PKP ameliyatı sayısı,
2. Oluşan komplikasyonların sayısı.

Tablo 1. PKP ameliyatları için oluşturulan KGSÇM Tablosu

Hizmet sunan Kaynak	Girdi	Süreç	Çıktı	Müşteri
Göz Cerrahı	Hasta	Cerrahi Öncesi Değerlendirme	Geliştirilmiş Görme Keskinliği	Hasta
Hemşire	Verici korneası	Verici Korneasının Değerlendirilmesi	Mükemmel Prognoz	
Teknisyen	Ameliyat malzemeleri	Ameliyat Öncesi Kan Basıncının Düzenlenmesi	Net kornea	
	Keratoplasti Cihazı	Verici kornea hazırlanması		
		Alıcının Gözün Hazırlanması		

Veriler 9 yıl boyunca 23 kadın ve 32 erkek üzerinden toplandı. Bu dönemde, PKP ameliyatları 59 gözde yapıldı. Hastaların yaşları 8 ila 78 yaş (Ortalama: 45,08) arasındaydı. Komplikasyonlar oluştuğu anda rapor edildi. Ekip, 12 ay boyunca takip ettikleri hastalarda on bir tür komplikasyon tespit edip; bunları hangi/ne kadar süre meydana geldiğine (örneğin, akut, sub-akut ve/veya kronik olmasına) göre sınıflandırmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Ameliyat Sonrası Tecrübe Edilen Komplikasyon Türleri

Tür	İsim	Akut	Sub-Akut	Kronik
Tip I	Göz Tansiyonu	X	X	X
Tip II	Nakledilen Dokunun Yetmezliği	X	X	
Tip III	Doku Reddi		X	X
Tip IV	Nakledilen Dokuda Enfeksiyon		X	X
Tip V	Katarkt Oluşumu			X
Tip VI	Nakledilen Doku Etrafında Yapışıklıklar		X	X
Tip VII	Sarı Noktada Ödem		X	X
Tip VIII	Tekrarlayan Yüzeysel Doku Açılması	X	X	
Tip IX	Nakledilen Dokunun Absesi		X	X
Tip X	Yara Yerinden Sıvı Sızması/İris Prolapsusu	X	X	
Tip XI	Koroid Dekolmanı	X		

Daha sonra, komplikasyonların kaynakları (Tablo 3) ve kök nedenleri (Tablo 4) türüne göre araştırılmıştır.

3. Analiz

Ekip her komplikasyonun oluşma sıklığını ve bunların kök sebepler ile olan ilişkisini araştırdı (Tablo 3 ve Tablo 4). Bunun sonucunda, PKP ameliyatlarında, Tip I, II ve III'ün en sık görülen üç komplikasyon olduğu belirlendi (Tablo 5). Komplikasyonlara neden oldukları sıklığa göre, Kalite Üzerine Etki eden Faktörler (KÜEK), "hayati birkaç faktör" ve "önemsiz birçok faktör" olarak iki grupta sınıflandırıldı. "Hayati birkaç" faktörün, bir başka deyişle ameliyatın başarısı üzerinde en fazla etkiye sahip faktörlerin, hastanın anatomik yapısının uygunluğu ve vericinin korneasının uygunluğu olduğu belirlendi. Diğer faktörler, bir başka deyişle, göz cerrahının tecrübesi, sterilizasyona ve hijyene dikkat edilmesi, ile cihazın performansı ise "önemsiz birçok faktör" grubuna ayrıldı.

Tablo 3. Komplikasyonların Kaynakları

	Göz Cerrahı	Hemşire/Teknisyen/ Çevre	Hasta	Cihaz	Vericinin Korneası
Tip I	X		X		X
Tip II	X				X
Tip III			X		X
Tip IV	X	X	X	X	X
Tip V			X		
Tip VI	X		X		
Tip VII			X		
Tip VIII			X		X
Tip IX	X	X	X	X	X
Tip X	X		X		
Tip XI			X		

Table 4. Komplikasyonların Kök Sebepleri

	Göz Cerrahinin Tecrübesi	Vericinin Korneasının Uygunluğu	Sterilizasyon Ve Hijyene Dikkat Edilmesi	Hastanın Anatomik Yapısının Uygunluğu	Cihazın Performansı
Tip I	X	X		X	
Tip II	X	X			
Tip III		X		X	
Tip IV	X	X	X	X	X
Tip V				X	
Tip VI	X			X	
Tip VII				X	
Tip VIII		X		X	
Tip IX	X	X	X	X	X
Tip X	X			X	
Tip XI				X	

Ekip, bir komplikasyon türüne ait mevcut sigma seviyesini ölçmek için her komplikasyon türü için geçerli MFH (Milyon Fırsatta Hata) ve sigma seviyesini hesapladı. Bunun için, iki farklı veri kümesinden yararlandı:

A = Gerçekleştirilen PKP ameliyatlarının toplam sayısı.

B = Tecrübe edilen ameliyat sonu komplikasyonların toplam sayısı.

MFH formülü:

$$MFH = B \times 1,000,000/A$$

Altı Sigma'nın istatistiksel varsayımlarının temeli normal dağılımdır. Hesaplama deneysel merkezli 1.5 sigma değişimi kullanılmıştır. Daha yüksek sigma düzeyi, oranı düşük komplikasyonları ve daha verimli bir süreci göstermektedir.

Tablo 5. Komplikasyonların Oluşma Frekansları, MFH ve Sigma Seviyeleri

	Sayı	Sıklık (%)	MFH	Sigma Seviyesi
Tip I	13	27.12	271186	2.11
Tip II	6	10.17	101695	2.77
Tip III	4	6.78	67797	2.99
Tip IV	4	6.78	67797	2.99
Tip V	3	5.08	50847	3.14
Tip VI	2	3.39	33898	3.33
Tip VII	2	3.39	33898	3.33
Tip VIII	2	3.39	33898	3.33
Tip IX	2	3.39	33898	3.33
Tip X	1	1.69	16949	3.62
Tip XI	1	1.69	16949	3.62

Tip X ve Tip XI için birbirine eşit ve en yüksek sigma seviyesi elde edilmiştir. En düşük sigma seviyesi ise, Tip I'e ait bulunmuştur. Nicelik olarak sigma seviyesinin 4.00'den düşük olması; tüm komplikasyonların oluşum sıklıklarının önemli ölçüde azaltılması gerektiği sonucunu doğurmuştur. Ortalama Sigma seviyesi, tüm ameliyatlara için, 11 komplikasyonun sigma seviyelerinin aritmetik ortalaması olarak hesaplanmış ve 3.1418 olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Ciddiyet Skorları

Ciddiyet Skoru	4	3	2	1
Komplikasyon Sonrası Zarar Türü	Kalıcı Zarar	Geçici Zarar	Zarar Verme Potansiyeli Olması	Zararsız

4. Tartışma

Hata Türü ve Etki Analizi (HTEA) kullanılarak ameliyatın risk değerlendirilmesi yapılmıştır. Karşılaşılan her komplikasyona ait ciddiyet skoru olasılık skoru, zarar skoru, kritik ve saptanabilir olup olmadıkları hesaplanarak, tespit edilmiştir.

Dokuz yıllık dönemde karşılaşılan tüm komplikasyonların sebep olduğu kötü sonuçlar ve her birinin bu süre içerisindeki trendleri kaydedilmiştir. Ekip, her bir komplikasyonun ne kadar ciddi sonuçlar doğurduğuna (ciddiyet skoru), ne kadar sıklıkla oluştuğuna (olasılık skoru) ve ne kadar kolay tespit edildiklerine göre sıralanmıştır. Tehlike Analizi ve Karar Ağacı Analizi, niteliksel ve niceliksel olarak, başarısızlık modlarının belirlenmesini sağlamıştır. Ekip, komplikasyonlar için atanan tüm skorlar vasıtasıyla, her bir

komplikasyonun ciddiyet skorunu belirlemiştir. Her komplikasyonun ciddiyet skoru, Tablo 6’da verilen ölçütlere göre 1 ila 4 arasında notlandırılmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. HTEA Tablosu

Tür	Zarar Analizi			Karar Ağacı Analizi	
	Ciddiyet Skoru	Olasılık Skoru	Zarar Skoru	Kritik mi?	Saptanabilir mi?
Tip I	2	0.2712	0.5424	Evet	Evet
Tip II	4	0.1017	0.4068	Evet	Hayır
Tip III	4	0.0678	0.2712	Evet	Hayır
Tip IV	3	0.0678	0.2034	Evet	Evet
Tip V	1	0.0508	0.0508	Hayır	Evet
Tip VI	2	0.0339	0.0678	Hayır	Evet
Tip VII	2	0.0339	0.0678	Hayır	Hayır
Tip VIII	3	0.0339	0.1017	Evet	Evet
Tip IX	3	0.0339	0.1017	Evet	Evet
Tip X	1	0.0169	0.0169	Evet	Evet
Tip XI	4	0.0169	0.0676	Evet	Hayır

Her komplikasyon türü için zarar skoru, olasılık skoru ile ciddiyet skoru çarpılarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, HTEA tablosu (Tablo 7) çizilmiştir. Tüm komplikasyonlar arasında, Tip I’in en yüksek zarar skoruna sahip olduğu belirlenmiştir. Tip VI ve VII ile Tip VIII ve IX’un eşit zararda komplikasyonlar olduğu sonucuna varıldı. HTEA analizine göre, Tip X’un sürece en az zarar veren komplikasyonlar olduğu bulunmuştur.

5. Düzeltici Eylem Planı

PKP ameliyatında güvenli ve sonrasında başarılı bir sonuç sağlamak için, ameliyat öncesi iyi planlama yapılması gerekmektedir. Ekip, bu nedenle, her tür potansiyel ameliyat sonun komplikasyonun genel ameliyat sürecinde kontrol altına alınması amacıyla, önleyici tedbirler geliştirmiştir (Ek-1’e bakınız). Ekip, komplikasyonların altında yatan muhtemel, doğrudan ve dolaylı mekanizmalar üzerinde beyin fırtınası yaparak, komplikasyonların oluşma oranlarını azaltmak ve/veya ortadan kaldırmak için, Ek-1’deki tabloda sunulan düzeltici eylem planını uygulamıştır.

6. Sonuçlar

Bu çalışmada, yazarlar kamuya ait bir göz araştırma hastanesinde 9 sene boyunca yapılan ameliyatlarda toplam 11 tür ameliyat sonrası komplikasyon ile karşılaşıldığını saptadılar. Komplikasyonların raslanım sıklığı üzerindeki analiz, bu komplikasyonların hemen hemen her zaman ameliyat sırasında meydana gelen olaylarla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sigma seviyesi genel süreçte (9 yıl içinde yapılan toplam PKP ameliyatlarında) 3.1418 olarak hesaplanmıştır.

Hastanın anatomik yapısının uygunluğu ve vericinin korneasının uygunluğu PKP ameliyatlarının başarısı üzerinde en fazla etkiye sahip “önemli birkaç KÜEK” olduğu belirlenmiştir. Bu sebeple ameliyat öncesi hasta ve vericinin korneasının değerlendirmesine daha çok önem ve dikkat verilmiştir. Ayrıca, birçok komplikasyonun oluşma sıklığı göz cerrahlarının PKP ameliyatı üzerine eğitime gönderilmeleri ve kazandıkları yeni deneyimler ile azalmıştır. Böylelikle, komplikasyonların kaynakları ve kök nedenleri en aza indirgenmiş ve/veya yok edilmiştir. Ameliyathanenin sterilizasyonuna ve hemşire/teknisyenin hijyenine dikkat edilmesi ve cihazların düzenli bakımı ile kalibrasyonu da komplikasyonların azaltılmasında önemli rol oynamıştır.

Sonuç olarak, PKP ameliyatı ile ilgili riskler, ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında detaylara önem, dikkat ve tecrübe; ameliyat sonrası ise uygun bakım ile gerekli önlemlerin alınmasıyla minimize edilmiştir.

Kaynakça

- [1] KRACHMER, J.H., Mannis, M.J. ve Holland, E.J. (2005), *Cornea, Elsevier Mosby*, İkinci Basım.
- [2] AL-YOUSUF, N., Mavrikakis, I., Mavrikakis, E. ve Daya, S.M. (2004), “*Penetrating Keratoplasty: Indications over a 10 Year Period*”, *British Journal of Ophthalmology*, Cilt 88, s. 998-1001.
- [3] EBAA (Eye Bank Association of America) (2013), *Cost-Benefit Analysis of Corneal Transplant*, Eylül, (<http://www.restoresight.org/wp-content/uploads/2013/10/Lewin-Study-Executive-Summary-pdf>)
- [4] MURAINÉ, M., Christian, S. ve Laure, W. (2003), “*Long Term Results of Penetrating Keratoplasty*”, *Archives of Clinical and Experimental Ophthalmology*, Nisan, s. 681-699.
- [5] SEVERİN M. ve Bartz-Schmidt K.U. (2000), *Penetrating Keratoplasty: Diagnosis and Treatment of Postoperative Complications*, Springer-Verlag GmbH.
- [6] SAYLIK, M. ve Akarçay, K. (2002), “*Penetrating Keratoplasty: Indications and Postoperative Rehabilitation*”, *Seminer Notları*, Nisan, İstanbul.
- [7] ING, J.J., Ing, H.H., Nelson, L.R., Hodge, D.O. ve Bourne, W.M. (1998), “*Ten-year Postoperative Results of Penetrating Keratoplasty*”, *Ophthalmology*, Cilt 105, s. 1855-1865.
- [8] TAVAKKOLİ, H. ve Sugar, J. (1994), “*Microbial Keratitis following Penetrating Keratoplasty*”, *Ophthalmic Surgery*, Cilt 25, s. 356-360.

- [9] KLOESS, P.M., Stulting, R.D., Waring, G.O. ve Wilson, L.A. (1993), “*Bacterial and Fungal Endophthalmitis after Penetrating Keratoplasty*”, American Journal of Ophthalmology, Cilt 115, s. 309-316.
- [10] STEMBERG, P., Meredith, T.A., Steward, M.A. ve Kaplan, H.J. (1990), “*Retinal Detachment in penetrating Keratoplasty Patients*”, American Journal of Ophthalmology, Cilt 109, s. 148-152.
- [11] FOULKS, G.N. (1987), “*Glaucoma associated with Penetrating Keratoplasty*” Ophthalmology, Cilt 94, s. 871-874.
- [12] WADE, M., Steinert, R.F., Garg, S., Farid, M. ve Gaster, R. (2013), “*Results of Toric Intraocular Lenses for Post-Penetrating Keratoplasty Astigmatism*”, Ophthalmology, Cilt 121, s. 771-777.
- [13] FASOLO, A., Capuzzo, C., Fornea, M., Franch, A., Birattari, F., Carito, G., Cucco, F., Prosdocimo, G., Sala, M., DelleNoci, N., Primavera, V., Frigo, A., Grigoletto, F., Ponzin, D. ve Cortes Araştırma Grubu (2011), “*Risk Factors for Graft Failure after Penetrating Keratoplasty: 5-year Follow-up from the Corneal Transplant Epidemiological Study*”. Cornea, Cilt 30, s. 1328-1335.
- [14] TANER, M.T., Kağan, G., Çelik, S., Erbaş, E. ve Kağan, M.K. (2013), “*Formation of Six Sigma Infrastructure for the Coronary Stenting Process*” International Review of Management and Marketing, Cilt 3, s. 232-242.
- [15] TANER, M.T. (2013), “*Application of Six Sigma Methodology to a Cataract Surgery Unit*”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Cilt 26, s. 768-785.
- [16] MEHRJERDI, Y.Z. (2011), “*Six Sigma: Methodology, Tools and its Future*”, International Journal of Assembly Automation, Cilt 31, s. 79-88.
- [17] TANER, M.T., Sezen, B. ve Antony, J. (2007), “*An overview of Six Sigma applications in Healthcare Industry*” International Journal of Health Care Quality Assurance, Cilt 20, s. 329-340.
- [18] ANTONY, J., Banuelas, R. (2002), “*Key Ingredients for the Effective Implementation of Six Sigma Program*” Measuring Business Excellence, Cilt 6, s. 20-27.
- [19] ANTONY, J., Antony, F.J., Kumar, M. ve Cho, B.R. (2007), “*Six Sigma in Service Organisations: Benefits, Challenges and Difficulties, Common Myths, Empirical Observations and Success Factors*”, International Journal of Quality and Reliability Management, Cilt 24, s. 294-311.
- [20] TANER, M.T., Sezen, B. ve Atwat, K.M. (2012), “*Application of Six Sigma Methodology to a Diagnostic Imaging Process*”, International Journal of Health Care Quality Assurance, Cilt 25, s. 274-290.
- [21] MILLER, M.J., Ferrin, D.M. ve Szymanski, J.M. (2003), “*Simulating Six Sigma Improvement Ideas for a Hospital Emergency Department*”, Proceedings of the IEEE Winter Simulation Conference, New Orleans, Aralık 7-10, 2003, s. 1926-1929.
- [22] TANER, M.T. ve Sezen, B. (2009), “*An Application of Six Sigma Methodology to Turnover Intentions in Healthcare*” International Journal of Health Care Quality Assurance, Cilt 22, s. 252-265.

- [23] NEVALAINEN, D., Berte, L., Kraft, C., Leigh, E., Picaso, L. ve Morgan, T. (2000), “Evaluating Laboratory Performance on Quality Indicators with the Six Sigma Scale” Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Cilt 124, s. 516-519.
- [24] CHERRY, J. ve Seshadri, S. (2000), “Six Sigma: Using Statistics to Reduce Process Variability and Costs in Radiology”, Radiology Management, Cilt 22, s. 42-49.
- [25] PEXTON, C. ve Young, D. (2004), “Reducing Surgical Site Infections through Six Sigma and Change Management” Patient Safety and Quality Healthcare, Cilt 1, s. 1-8.
- [26] ŞAHBAZ, I., Taner, M.T., Eliaçık, M., Kağan, G. ve Erbaş, E. (2014a), “Adoption of Six Sigma’s DMAIC to Reduce Complications in IntraLase Surgeries” International Journal of Statistics in Medical Research, Cilt 3, s.126-133.
- [27] TANER, M.T., Kağan, G., Şahbaz, I., Erbaş, E. ve Kağan, S.B. (2014a), “A Preliminary Study for Six Sigma Implementation in Laser in situ Keratomileusis (LASIK) Surgeries”, International Review of Management and Marketing, Cilt 4, s. 24-33.
- [28] TANER, M.T., Şahbaz, I., Kağan, G., Atwat, K. ve Erbaş, E. (2014b), Development of Six Sigma Infrastructure for Strabismus Surgeries. International Review of Management and Marketing, Cilt 4, s. 49-58.
- [29] ŞAHBAZ, I., Taner, M.T., Eliaçık, M., Kağan, G., Erbaş, E. ve Enginyurt, H. (2014b), “Deployment of Six Sigma Methodology to Reduce Complications in Intravitreal Injections”, International Review of Management and Marketing, Cilt 4, s.160-166.
- [30] Şahbaz, I., Taner, M.T., Kağan, G., Sanıçoğlu, H., Durmuş, E., Tunca, M., Erbaş, E., Kağan, S.B., Kağan, M.K. ve Enginyurt, H. (2014c), “Development of a Six Sigma Infrastructure for Cataract Surgery in Patients with Pseudoexfoliation Syndrome” Archives of Business Research, Cilt 2, s. 15-23.
- [31] ŞAHBAZ, I., Taner, M.T., Sanıçoğlu, H., Kar, T., Kağan, G., Durmuş, E., Tunca, M., Erbaş, E., Armağan, I. ve Kağan, M.K. (2014d), “Deployment of Six Sigma Methodology to Pars Plana Vitrectomy”, International Journal of Statistics in Medical Research, Cilt 3, s. 94-102.
- [32] ŞAHBAZ, I., Taner, M.T., Kağan, G., Sanıçoğlu, H., Erbaş, E., Durmuş, E., Tunca, M. ve Enginyurt, H. (2014e), “Deployment of Six Sigma Methodology in Phacoemulsification Cataract Surgeries”, International Review of Management and Marketing, Cilt 4, s. 123-131.
- [33] BUCK, C. (2001), “Application of Six Sigma to Reduce Medical Errors”, Annual Quality Congress Proceedings, Nisan 11-15, 2001, Charlotte, s. 739-742.
- [34] PARK, S.H., Antony, J. (2008), “Robust Design for Quality Engineering and Six Sigma”, World Scientific Publishing, New Jersey, ABD.
- [35] ŞAHANDAR, U.T. (2005), Our Penetrating Keratoplasty Results, Istanbul, Uzmanlık Tezi.

Ek-1

Tür	İsim	Önleyici Tedbir(ler)
Tip I	Göz tansiyonu	Bu vakalarda göz tansiyonu takibi sıkı yapılmalıdır. Postoperatif enflamasyon kontrolü yapılmalıdır. Pigment yayılmasının olmamasına dikkat edilmelidir. Kanamanın kontrolü gereklidir. Ayrıca viskoelastik maddelerin çok iyi temizlenmesi gereklidir.
Tip II	Nakledilen dokunun yetmezliği	Anormal verici endoteli olan kornealar kullanılmamalıdır. Korneanın yanlış biçimde muhafaza edilmemesine dikkat edilmelidir. Cerrahi travmanın en az olmasına dikkat edilmelidir.
Tip III	Doku reddi	Yok
Tip IV	Nakledilen dokuda enfeksiyon	Ameliyat öncesi dönemde, kornea iltihabı, göz kuruluğu, kapak iltihapları, akne rozasea, sikatrisiel konjonktiva hastalığı, trikiyazis ve trahom tedavi edilmelidir. Ameliyat anında ise, aletlerin, solüsyonların, vericinin kornea dokusunun ve muhafaza ortamının kontamine olmamasına dikkat edilmelidir. Ameliyat sonunda ise, epitel defektleri veya ağır noktasal keratopati var ise tedavisi yapılmalıdır. Dikişlerin gevşek veya dışarıda olmamasına dikkat edilmelidir. Hasta kontakt lens kullanıyorsa, gerekli hijyen kurallarına uyulması gereklidir. Greft yetmezliği gelişmesi halinde, dikkatli takip edilmelidir. Herpetik keratit, atopik hastalığı, sistemik immuno-supresyon, diyabet, romatizmal hastalıkları olan hastalarda sıkı takip gereklidir. Geniş doku manipülasyonundan kaçınılmalıdır. Kortikosteroid kullanımında dikkatli olunmalıdır.
Tip V	Katarakt oluşumu	Yok
Tip VI	Nakledilen doku etrafında yapışıklıklar	Ön kamerada aşırı fibrini olan iltihaplı gözlerde çalışırken sineşial oluşumu büyük sorun oluşturabilir. Bu sebepten dolayı enflamasyonun kontrolü en önemli tedbirdir.
Tip VII	Sarı noktada ödem	Vitreusun korneaya teması olmamasına dikkat edilmelidir. Vitreus iki doku arasına sıkışmamalıdır. Kronik göziçi enflamasyonu kontrol altına alınmalıdır. Cerrahi mikroskop ışığına bağlı olarak sarı nokta hastalığı gelişmemesine azami dikkat edilmelidir.
Tip VIII	Tekrarlayan yüzeysel doku açılması	Penetran keratoplasti mükemmel epiteli olan doku ile yapılmalıdır. İskoelastik maddeler/ajanlar göziçi işlemi sırasında epiteli nemli tutabilir, bu yüzden kullanılmasında fayda vardır.
Tip IX	Nakledilen dokunun absesi	Sterilizasyon ve hijyene dikkat edilmelidir. Hastanın var olan göz ve göz kapağı enfeksiyonlarının ameliyat öncesi tedavisi yapılmalıdır.
Tip X	Yara yerinden sıvı sızması/iris prolapsusu	Cerrahi prosedürü tamamlamadan önce dikkatli son bir muayene gereklidir. Keratoplasti sonrasında gözün darbe almasından kaçınılması.
Tip XI	Koroid dekolmanı	Yaşlı hastalarda dikkatli olunmalıdır. Göz içi basıncı artışı var ise kontrol altına alınmış olmalıdır. Sistemik hipertansiyon regüle edilmelidir. İntraoperatif valsava manevraları yapmaması konusunda hasta uyarılmalıdır. Miyop hastalarda da bu komplikasyonun olabilmesi ihtimaline karşı uyanık olmalıdır.

HASTANIN SESİ DUYULUYOR MU?

BİR DEVLET HASTANESİNDE FUZZY AHP İLE AĞIRLIKLANDIRILMIŞ KALİTE FONKSİYON GÖÇERİMİ UYGULAMASI

Levent B. KIDAK*

Elif Türkan ARSLAN**

Serhat BURMAOĞLU***

ÖZET

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin en büyük üreticisi olan hastaneler ürettikleri hizmetleri kullanan hastaların istek ve ihtiyaçlarına uygun hizmetleri tasarlamak ve sunmak durumunda olan kurumlardır. Hasta istek ve ihtiyaçlarına uygun hizmetin üretilmesinde kullanılan tekniklerden birisi de Kalite Fonksiyon Göçerimi (KFG) metodolojisidir.

Fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG tekniği uygulanan bu araştırma hastaların sağlık hizmetlerine yönelik istek ve ihtiyaçlarının “neler” olduğu saptanması ve bu istek ve ihtiyaçların hizmetlere “nasıl” yansıtılacağıın tasarlanması amacıyla yapılmıştır. Araştırma İzmir’de bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Gerekli olan veriler hastanenin kalite koordinatörlüğü tarafından toplanan 2013 yılına ait hasta öneri ve isteklerinden elde edilmiştir. Uygulama süreci sonucunda, hasta istek ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak teknik gereksinimlere dönüştürmeye yarayan kalite evi oluşturularak hangi konular üzerinde daha çok çalışılması gerektiği ortaya konmuştur.

Elde edilen sonuçlara göre hastane yönetiminin iyileştirmeye başlayacağı en önemli konunun %26 önem düzeyi ile muayene süreçlerinin iyileştirilmesi, ikinci olarak %20 önem düzeyi ile randevu sisteminin geliştirilmesi olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Hastanın sesi, kalite fonksiyon göçerimi, fuzzy AHP tekniği, hastane.

*Doç.Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi İİBF Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü

**Yrd.Doç.Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi İİBF Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü

***Doç.Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi İİBF Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü

ABSTRACT

Hospitals, which are the largest manufacturers of curative health services, plan and meet needs and desires of patients that make use of services provided by hospitals. One of the methods to serve meeting needs of patients and the relatives is the Quality Function Deployment (QFD) methodology.

This research, which is used QFD methodology weighted with Fuzzy AHP, aims to determine what are needs and desires of patients about health services and to plan how these needs and desires will be reflected to services. Research was carried out in a state hospital in Izmir. Datas necessary for the research was obtained from patients' suggestions and requests which was collected by the Hospital Quality Coordinatorship in 2013. Quality house which aims to convert meeting needs and desires of patients optimally to technical necessities was established and it is put forth which issues are more important to study on.

Research results show that the two most important issues that must be improved are the inspection processes with the degree of 26%, and the appointment system with the degree of 20%.

Key words: *Voice of patient, quality function deployment, fuzzy AHP, hospital.*

1. Giriş

Günümüzde bir ürün veya hizmetin başarısı büyük oranda müşteri istek ve ihtiyaçlarının nasıl karşılandığına bağlıdır (Yan ve ark. 2013). Ayrıca organizasyonların başarılı ve inovatif ürün veya hizmet geliştirmeleri ile başarılarını ve varlıklarını sürdürmeleri arasında yüksek düzeyde ilişki bulunmaktadır (Zaim ve ark. 2014). Bu başarıyı yakalayabilmenin temel koşulu ise öncelikle müşteri istek ve ihtiyaçlarının doğru ve gerçekçi bir şekilde öğrenilmesine ve sonrasında da bu istek ve ihtiyaçları karşılayacak hatta aşacak şekilde ürün veya hizmetin tasarlanması ve sunumuna bağlıdır. Bu sayede organizasyonlar, topluma hizmet etmek, varlıklarını sürdürebilmek ve daha da önemlisi uzun dönemde kar etmek gibi temel amaçları gerçekleştirebilirler. Organizasyonlar bu temel amaçlarını gerçekleştirebildikleri ölçüde varlıklarını sürdürebilmektedirler.

Temel amaçlara odaklanılan bu dönemde bir yandan globalleşme ve giderek yoğunlaşan rekabet diğer yandan teknolojik inovasyonlar organizasyonları işlerini nasıl düzenleyecekleri konusunda zorlamaktadır (Chen ve Huang, 2011). Bu kapsamda, organizasyonların rekabete dayanabilmek için değişimlere ayak uydurmaları, yenilik içinde olmaları, müşteri istek ve ihtiyaçlarını çok iyi bilerek müşteri odaklı üretim yapmaları zorunlu hale gelmiştir (Kılıç-Delice ve Güngör, 2008).

Bu noktada ortaya çıkan konu müşteri istek ve ihtiyaçlarının nasıl belirleneceği ve bunların ürün veya hizmetlerinin tasarımına nasıl dönüştürüleceği hususudur. Bu aşamada alınması gereken stratejik kararlar üst yönetimler tarafından çeşitli şekillerde alınmaktadır. Müşteri istek ve ihtiyaçlarının öğrenilmesinin organizasyonlar için hayati öneme sahiptir. Buna karşın organizasyonlarda yapılan stratejik planların ise, bunlardan en sık yararlanılanının, daha çok müşteri istek ve ihtiyaçlarının ne olduğunu müşterilere sormadan

onlardan daha iyi bildiğine inanan üst yönetimler tarafından belirlendiği ifade edilmektedir (Hammer ve Champy, 1993; Akt. Begovich, 2006). Bu tarz bir yaklaşım planlama sürecinde, daha başlangıç aşamasında, müşterinin sesini tamamen göz ardı etmektedir. Gerçekte ise müşteriler veya gruplar için nelerin önemli olduğu, sürekli kalite iyileştirme metodolojisi açısından kritik önem taşımaktadır (Begovich, 2006).

Bu açıdan ele alındığında müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesinin önemi açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Halihazırda organizasyonların performans ve etkinliklerini iyileştirme çabalarında kullanılan değişik kapsamları olan yönetim ve mühendislik teknikleri kullanılmaktadır. Bu tekniklerden bazıları, reengineering, süreç iyileştirme, faaliyet tabanlı yönetim ve değişim yönetimi teknikleridir (Chen, 2009). Bunlara ek olarak toplam kalite yönetimi yaklaşımının temel özelliklerinden biri olarak müşteri memnuniyetini öne plana çıkarmaktadır.

Sağlık organizasyonları ve hastaneler

Sağlık organizasyonları toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla kişilerin ihtiyacı olan türde sağlık hizmetlerini üreten kuruluşlardır. Sağlık organizasyonlarının içerisinde bulunduğu sağlık sektörü, ekonomiyi oluşturan diğer sektörlerle karşılaştırıldığında, özellikle son 20-30 yıl içerisinde, çok hızlı bir büyüme gösteren ve ekonominin en büyük sektörü durumuna gelen hizmet sektörü içerisinde yer almaktadır. Ve bu sektörde de küreselleşme olgusunun bir sonucu olarak ortaya çıkan çok yoğun bir rekabet ortamı gözlemlenmektedir (Ingram ve Daskalakis 1999 Akt: Akbaba, 2005)

Sağlık organizasyonları, teknolojiye sağlanan gelişmeleri ve rekabet koşullarını çok yakından izleyerek gerekli adımları hızla atması gereken yapılardır. Diğer organizasyonlarda olduğu gibi bu organizasyonlar için de profesyonel bir yapı oluşturma zorunluluk haline gelmiştir. Çünkü işletmelerin rekabet avantajı sağlayabilmesi için, bilimsel yöntemlerle yönetilmesinin yanın da iyi hizmet sunarak yönetilmesine bağlıdır. (Yanmaz, 2005)

Diğer bir açıdan bakıldığında sağlık organizasyonları emek-yoğun hizmet veren kuruluşlardır. Bu tür organizasyonlarda hizmetin üretimi ve sunumu sürecinde insan etkeni önemli bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda, sağlık hizmetleri, hastalar ile çalışanlar arasında yüksek düzeyde bir etkileşimin de söz konusu olduğu “yüksek ilişki düzeyli” bir alandır. İnsan etkeninin çok önemli bir rol oynadığı sağlık organizasyonlarında kalitenin sağlanması ve denetlenmesi de güç olmaktadır. İnsan etkeninin bu denli büyük rol sahibi olduğu sağlık organizasyonlarında, bu önemli etkenin en iyi şekilde yönetilmesi gerekliliği anlaşılmaktadır (Akbaba, 2005). Bu da ancak; insan unsurunu en değerli kaynak olarak ön plana çıkaran ve gelişmenin temeli olarak gören kalite olgusunun benimsenmesi ile mümkün olabilmektedir.

Sağlık organizasyonları arasında yer alan hastaneler sağlık sisteminde önemli fonksiyonlar yerine getirirler. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin en büyük üreticisi olan hastaneler (Kavuncubaşı, 2010) hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. Hastaneler, hastaneye acilliği nedeniyle başvuran hastaları herhangi bir nedenle reddememekte ve yatarak tedavi gören hastalara da sürekli bakım vermek zorundadır. Bu nedenlerle hastaneler 7 gün ve 24 saat sağlık hizmeti sunmak durumunda olan kurumlardır (Tengilimoğlu, 2012).

Sundukları hizmetler açısından ele alındığında hastanelerde gerçekleştirilen kalite uygulamaları, hastanelerin temel faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini sağlayan bütün süreçlerle doğrudan ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Bu süreçler teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile bunları destekleyen alt süreçlerden oluşmaktadır. Hastanelerdeki sağlık hizmeti süreçleri; poliklinik süreci, klinik süreci, ameliyathane süreci, acil servis süreci, laboratuvar ve radyoloji süreçleridir. Bu süreçler birbirleri ile karşılıklı bağımlı süreçlerdir. Bu süreçlere idari ve teknik süreçlerin kesintisiz katkı ve destek sağlaması gerekmektedir (Çalıpınar, 2008).

Diğer organizasyonlar gibi hastanelerin de hizmet sunduğu alandaki mevcut rekabet ortamında var olabilmeleri ve gelişebilmeleri için günümüzde kullanılan en etkin yönetim modeli Toplam Kalite Yönetimi (TKY) olarak görülmektedir. Bu kapsamda hastaneler üretmiş oldukları sağlık hizmet standartlarını, hasta istek ve ihtiyaçlarını da dikkate alarak, sürekli artırmalarını gerektirmektedir. Geçmişte kendilerine sunulan ürün ya da hizmeti doğrudan kabul eden hastalar, bugün kullandıkları kendilerine sunulan hizmetlerin kalitesinin sürekli artırılmasını beklemektedirler. Hasta ve yakınlarının bu istek ve ihtiyaçlarını karşılamada toplam kalite yönetim felsefesi içerisinde yer alan Kalite Fonksiyon Göçerimi (KFG) etkili bir teknik olarak ele alınmaktadır (Begovich, 2006).

Kalite Fonksiyon Göçerimi

Kalite fonksiyon göçerimi, müşteri istek ve ihtiyaçlarını tasarım gerekliliklerine dönüştüren müşteri odaklı ürün geliştirme tekniği olarak tanımlanabilir. Teknik ürün geliştirme sürecinde müşterinin sesini dahil etme yoluyla amaçları sağlamaya yardım eden araçlardan biridir (Afshan ve Sindhuja, 2013). KFG, müşteri memnuniyetini artırmak üzere müşterilerin sesinin nihai ürün ya da hizmete dönüştürülerek hayata geçirilmesini sağlar. Teknik, ürün ve hizmetlerin müşteri istek ve ihtiyaçlarına göre tasarlanması gerektiği felsefesine dayanmaktadır (Akbaba, 2000). Müşterilerin beklentilerini karşılayabilecek veya bu beklentileri aşabilecek bir mal veya hizmetin tanımlanması, tasarlanması ve üretimi için gerekli tüm öğeleri bir araya getirmede ve yönetmede proje takımına yardımcı olması amacıyla Yoji Akao tarafından geliştirilmiştir (Daetz ve ark. 1995).

KFG, 1970’li yılların başlarında kullanılmaya başlandığından itibaren, yaygın olarak ürün geliştirme ve tasarımı, kalite yönetimi ve planlaması, karar verme, üretim, hizmet ve eğitim gibi çok çeşitli alanlarda üzerinde araştırılma yapılmış ve uygulanmıştır (Chen ve Chen, 2014). KFG’nin temel aşaması planlama ve tasarım aşaması sürecinde çalışanlar tarafından oluşturulan ilişki matrisi yoluyla müşteri istek ve ihtiyaçlarının teknik ya da proje gerekliliklerine dönüştürülmesidir.

KFG, toplam kalite yönetimi içinde müşteri memnuniyetini güvence altına almaya yarayan bir kalite sistemidir (Ardıç ve ark. 2008). Bu sistem *TKY felsefesinin başarılı bir şekilde uygulanmasında ve TKY uygulamasıyla ulaşılmak istenen hedeflerin başarılmasında yararlanılacak etkin bir sistem olarak kabul görmüştür* (Kılıç ve Babat, 2011). KFG bu yönüyle, toplam kalite yönetimi yaklaşımı ile müşteri istek ve ihtiyaçları doğrultusunda, organizasyonun bütün faaliyetlerini kapsayan, multidisipliner bir sistem tarafından yürütülen, anlaşılması kolay ve müşteri memnuniyetini güvence altına almaya yarayan yapılaşmış bir üretim planlama ve geliştirme tekniğidir (Juran 1992; Zultner 1993). Teknik, nihai ürünün müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılamasını sağlamak için, bu istek ve ihtiyaçların sistemin bütün elemanlarına yayılmasını sağlayan bir süreci, metodolojii içermektedir. Bu nedenle KFG kullanımı ile hizmet işletmeleri yeni ürün tasarımı yaparken veya mevcut ürünlerini

geliştirirken ürün kalitesini daha geniş çerçevede ve daha uzun bir zaman boyutunda, daha erken harekete geçerek düşünme imkanı bulacaklardır. Müşterinin istekleri, müşteri potansiyel durumdan aktif duruma geçmeden değerlendirilecek ve bu sayede daha kaliteli hizmet ile daha yüksek memnuniyet sağlanabilecektir (Öter ve Tütüncü, 2001). Ayrıca KFG ileride sorun çıkarabilecek kritik öğeleri belirleyerek, bu öğelerin uygulama aşamasında daha dikkatli ele alınmalarını sağlar (Saatçioğlu, 2010).

KFG tekniği dört ana safhadan oluşmaktadır. Farklı kaynaklarda tekniğin altı safhadan (Çalçıncı, 2008; Yapraklı ve Güzel, 2010) oluştuğu ifade edilmekle birlikte, referans kaynaklarda dört safha olarak açıklanmıştır. Arada önemli bir farklılık bulunmamakla birlikte, çalışmamızda ele alınan dört safha diğer referanslarda belirtilen sürecin bütün adımlarını kapsamaktadır. Buna göre ilk safha müşteri istek ve ihtiyaçlarının tasarım gerekliliklerine dönüştürülmesidir. İkinci safha tasarım gerekliliklerinin ürün karakteristiklerine aktarılmasıdır. Üçüncü safhada ürün karakteristiklerinin üretim faaliyetlerine çevrilmesidir. Dördüncü ve son safha ise kilit üretim faaliyetlerinin iş ve kontrol süreçlerine dönüştürülmesidir (Yan ve ark. 2013).

İlk safha müşteri istek ve ihtiyaçlarının tasarım gerekliliklerine dönüştürülme safhasıdır. Bu safhada “müşterilerin sesi”nin toplanması birinci adımdır. Bu adımda müşteri istek ve ihtiyaçları kendi ifadeleriyle saptanmakta ve elde edilen bilgiler kalite evinin sol tarafına yerleştirilmektedir. Ardından müşteri istek ve ihtiyaçlarının her biri önem derecesine göre puanlanmakta ve puanlamada kişilerin isteklerine verdikleri öncelik göz önüne alınmakta ve tasarım gerekliliklerine dönüştürülmektedir.

İkinci safha tasarım gerekliliklerinin ürün karakteristiklerine aktarılmasıdır. Bu safhada istek ve ihtiyaçların nasıl karşılanacağına belirlenmesi amacıyla teknik gereksinimler saptanmaktadır. Yönetim ekibi tarafından hangi iyileştirme kriterlerinin kullanılacağı ve müşteri isteklerini nasıl karşılayabilecekleri kararlaştırılmaktadır. Bu kapsamda belirlenen tasarım gereklilikleri ürün karakteristiklerine dönüştürülmektedir (Yenginol, 2008).

Üçüncü safhada ürün karakteristiklerinin üretim faaliyetlerine çevrilmesidir. Bu safhada matriste yer alan ilk sütunda organizasyonların söz konusu istekler konusunda mevcut durumu belirlenmektedir. Ardından bu konularda organizasyonun amaçları değerlendirilerek safhanın sonunda istekler konusunda ulaşmak istenen hedefler saptanmaktadır. Ardından ilişki matrisi oluşturulmaktadır. İlişki matrisinde uzman ekip tarafından, müşteri istekleri ile bu istekleri karşılayacağını öngördükleri teknik gereksinimlerin, elde edilen istekleri karşılamada ne derece önem taşıyabileceği belirlenmektedir. Bu matriste müşteri istekleri ile bu isteklerin karşılanabilirliği arasında oluşturulan ilişkinin derecesi tanımlanmaktadır.

Son safha ise kilit üretim faaliyetlerinin iş ve kontrol süreçlerine dönüştürülmesi safhasıdır. Kalite evinin çatısı olarak ifade edilen bu safhada korelasyon matrisi oluşturulmakta ve teknik gereksinimlerin birbirlerini nasıl etkiledikleri belirlenmektedir. Bunun için iki parametre arasında pozitif ve negatif ilişkinin olup olmadığı araştırılmakta ve parametrelerin birbirlerini destekleyip desteklemedikleri ortaya konmaktadır.

Fuzzy AHP tekniği

AHP tekniği, kararları geliştirmek ve analiz etmek için çoklu karar vermede kullanılan en popüler tekniklerden biridir. Alternatifler arasından en uygun olanının seçilmesi ya da alternatifleri sıralama problemleri çok kriterli ve zor problemler olarak gösterilebilir.

Genellikle bu tür problemlerin bir optimal çözümü olmamakta ve alternatiflerden hiç birisi, belirlenen tüm kriterlerin en iyi çözümü olarak görülememektedir. Böyle durumlarda seçim problemine uygun belirlenen gereksinimler ve kriterler temelinde optimuma en yakın çözümü üretebilmek gerekir. Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP), bu ve benzeri çok kriterli karar verme problemlerinde kriterleri temel alarak en uygun alternatifin belirlenebilmesi için geliştirilmiş sıkça tercih edilen bir yöntemdir. Fakat özellikle kesinliğin olmadığı ikili karşılaştırmalarda yetersiz kalmakta, karar vericinin kararlarını sürece aktarmasında etkin olamamaktadır. Bunun nedeni, kesinlik taşımayan yargılarda karar vericinin kararını AHP’de olduğu gibi belirli kesin sayılarla ifadesinin zorluğudur. AHP’nin bu eksik yönü, bu tip problemlerde bulanık mantık kullanımıyla aşılmıştır.

Çalışmalarda kullanılan kriterlerin ve alternatiflerin karşılaştırılmasında karar vericilerin yargılarının kullanılması beraberinde kişisel değerlendirmelerdeki belirsizliği de getirmektedir. Bu sorunun çözümü Zadeh tarafından geliştirilen bulanık küme teorisi ile giderilebilir. Bulanık AHP tekniği; sosyal, ekonomik ve yönetim bilimleri gibi çeşitli alanlarda yapılandırılmamış problemleri modellemede kullanılan iyi bilinen bir analitik araç olan Saaty’nin AHP yönteminden geliştirilen ileri bir analitik teknik olarak düşünülebilir. Çok ölçütlü karar alma problemlerinde hem sayısal hem de niteliksel ölçütleri ele almada AHP’nin tutarlılığına rağmen, karar vericinin yargıları, bulanıklığı ve belirsizliği, geleneksel AHP yöntemlerinde karar vericinin kesin olmayan yargılarını değerlendirmeye katmaktadır (Eren ve ark, 2010). Karar vericilerin yargılarının kesinlik taşıması sonucunda eğrisel, üçgensel ve yamuk üyelik fonksiyonlarının sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir (Ngai, 2003). Chang (1996) bulanık sayıların kesişimi yöntemiyle hesaplamalar yapmıştır.

2. Materyal ve Metod

Bu araştırmanın kısa, orta ve uzun erimli amaçları vardır. Kısa erimli amacı fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG yöntemi uygulanarak hastaların sağlık hizmetlerine ilişkin istek ve ihtiyaçlarının neler olduğunun belirlenmesi ve bu istek ve ihtiyaçların sunulacak hizmetlere nasıl yansıtılacağına belirlenmesidir. Orta ve uzun erimli amacı ise araştırmada kullanılan fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG yönteminin sağlık kurumlarında sistematik halde kullanılarak “hastaların sesi”nin daha iyi duyulmasını sağlayabilmek ve sunulacak sağlık hizmeti niteliğinin artırılmasına katkı koyabilmektir.

Araştırma İzmir’de bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Araştırma için gerekli olan veriler hastanenin kalite koordinatörlüğüne iletilen hasta öneri ve isteklerinden elde edilmiştir. Hasta öneri ve istekleri 2013 yılına ait bir yıllık tüm verileri kapsamaktadır. Bu kapsamda elde edilen veriler ile hastalara sunulacak hizmetlerin nasıl olacağını belirlemek üzere hastanede her düzeyde faaliyet gösteren yöneticilerin katılımıyla bir ekip oluşturulmuştur. Oluşturulan KGF ekibi, hastaların istek ve ihtiyaç konuları üzerinde çözüm geliştirmek üzere fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG tekniği kullanılarak detaylı olarak gözden geçirilmiştir.

KFG sürecinin başlangıcı ve en kritik safhası; hastaların ne istediğinin belirlenmesi ve kullanıcıların hizmetlerden ne beklediklerinin saptanması safhasıdır. Çalışmanın bu ilk adımında hastaların istek ve ihtiyaçları belirlenmiştir. KFG uygulamasının önemli bir kavramı olan “müşterinin sesi” oluşturulmuş ve ortaya çıkan temel istek ve ihtiyaçlar belirlenmiştir. Verilerin incelenmesi sonucunda hastaların istek ve ihtiyaçları sağlık hizmetlerinin sunumu, personel ve otelcilik hizmetleri olmak üzere üç ana başlık altında toplanmıştır. Üç başlık

altında toplam on iki şikayet saptanmıştır. Saptanan şikayetlerin önem düzeyinin belirlenmesinde uzman görüşüne başvurulmuştur.

Belirlenen ve önem düzeyleri tanımlanan hasta istek ve ihtiyaçları daha sonraki aşamada ağırlıklandırılmıştır. Ağırlıklandırma, belirlenen istek ve ihtiyaçların sistematik olarak planlama döngüsü içerisinde karşılanmasını sağlamak amacıyla taleplerin önceliklendirilmesini sağlamaktadır. Bu aşamada üçgensel bulanık sayılar kullanılmış ve Analitik Hiyerarşi Süreci ile kriterler ağırlıklandırılmıştır. Bu süreçte Chang (1996)'ın bulanık sayılar için öngördüğü yaklaşımdan yararlanılmıştır.

Ardından hasta istek ve ihtiyaçları ile teknik gereklilikler arasında fuzzy/bulanık ilişki matrisi geliştirilmiştir. İlişki matrisi her bir hastanın sesinin teknik gerekliliklere dönüştürülmesi amacıyla oluşturulmaktadır. Bu nedenle her bir teknik gerekliliğin ölçülebilir olmasına ve hastanın sesinin duyulduğunu göstermesine dikkat edilmiştir. Neler ve nasıllar arasında ilişki matrisinin oluşturulması her bir “ne” ile her bir “nasıl” arasında var olan ilişkinin inşa edilmesini ifade etmektedir. Her bir ilişki güçlü, orta ve zayıf olarak kategorize edilmiştir.

3. Bulgular

Bu çalışmada bir hastanede fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG yöntemi uygulanarak hastaların hizmet kalitesine ilişkin istek ve önerileri ele alınarak hastaların ihtiyaçlarını tanımlanmıştır. Ardından bu istek ve ihtiyaçların hizmetlere nasıl yansıtılacağı belirlenmiştir. Bu amaçla çalışmada hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin hasta istek ve beklentilerini karşılamasını sağlamak üzere, belirlenen istek ve ihtiyaçların hastanenin bütün birimlerine yayılmasını sağlayan bir teknik olan KFG yöntemi uygulanmıştır.

Saptanan istek ve önerilerin önem düzeylerinin belirlenmesinde uzman görüşüne başvurulmuş ve ardından bulanık AHP (Analitik Hiyerarşi Proses) ile önem dereceleri belirlenmiştir. Bulanıklaştırmada üçgensel bulanık sayılar kullanılmış olup kullanılan sayılar aşağıdaki Tablo 1. de görülmektedir.

Tablo 1: Bulanıklaştırmada kullanılan bulanık üçgensel sayılar

Dilsel ifade	ÇÇi	Çi	i	Z	E
Bulanık sayı	(7/2,4,9/2)	(5/2,3,7/2)	(3/2,2,5/2)	(2/3,1,3/2)	(1,1,1)

Bunun ardından durulaştırma yapılmıştır. Durulaştırmada kullanılan formül aşağıdadır.

$$= \begin{cases} 1, & \text{if } m_2 \geq m_1, \\ 0, & \text{if } l_1 \geq u_2, \\ \frac{l_1 - u_2}{(m_2 - u_2) - (m_1 - l_1)}, & \text{otherwise,} \end{cases}$$

Tablo 2’de hasta istek ve ihtiyaçları ve belirlenen önem düzeyleri görülmektedir. Çalışmada KFG süreci önceki bölümde belirtildiği üzere “müşterinin sesi”nin toplanması amacıyla hasta istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesi ile başlatılmıştır. Hastaların hastaneye

iletildiği her bir öneri ve şikayet hastaların isteği olarak ele alınmıştır. Hasta istekleri önem düzeyi çalışma kapsamında oluşturulan ekip tarafından değerlendirilerek önem düzeyleri belirlenmiştir. Buna göre önem düzeyi en yüksek hasta istekleri yemeklerle ilgili istekler (%53) ve doktorların muayeneye geç başlaması (%50) olarak belirlenmiştir. Hasta istek ve ihtiyaçlarına ilişkin konular ve önem düzeylerine ilişkin bilgiler Tablo 2’de bulunmaktadır.

Tablo 2: Hasta istek ve ihtiyaçları ile önem düzeyleri

Hasta İstek ve İhtiyaçları	Önem Düzeyi
Sağlık hizmetleri sunumu	
Uzun bekleme saatleri	0,32
Aşırı yoğunluk	0,29
Diş teli tedavisi olmaması	0,07
İmza süreçlerindeki düzensizlik	0,32
Personel	
Doktorların olumsuz davranışı	0,32
Hemşirelerin olumsuz davranışı	0,18
Doktorların muayeneye geç başlaması	0,50
Kayıt elemanının bilgilendirmesi eksikliği	0,00
Otelcilik	
Yemeklerle ilgili istekler	0,53
Bekleme koltuğu yetersizliği	0,14
Koridorların kalabalık olması	0,30
Temizlikle ilgili istekler	0,03

Tablo 3’de her bir hasta istek ve ihtiyaçlarının teknik gereksinimlere dönüştürülmesine ilişkin bilgiler sunulmaktadır. Hasta istek ve ihtiyaçlarının ve önem düzeylerinin belirlenmesinin ardından KFG ekibi tarafından söz konusu taleplerin sağlanmasına yönelik teknik gereksinimler saptanmıştır. Teknik gereksinimler, geliştiricilerin sesi olarak da adlandırılmakla birlikte, her bir hasta isteğinin nasıl karşılanacağını belirlediği bir süreçtir (Pakdil ve ark., 2012). Bu nedenle teknik gereksinimler talep konularının iyileştirilmesine yönelik uygulanabilecek iyileştirmeleri içermektedir. Dolayısıyla teknik gereksinimler hasta isteklerinin farklı disiplinler tarafından da anlaşılmasına yardım eden bir süreç olarak ifade edilebilir.

Tablo 3:Hasta istek ve ihtiyaçlarının teknik gereksinimlere dönüştürülmesine ait bilgiler

Hasta İstek ve İhtiyaçları	Teknik Gereksinimler
Uzun bekleme saatleri	Randevu sisteminin geliştirilmesi
Aşırı yoğunluk	Muayene süreçlerin iyileştirilmesi
Diş teli tedavisi olmaması	İlgili bölümün açılması
İmza süreçlerindeki düzensizlik	İş süreçlerinin düzenlenmesi
Doktorların olumsuz davranışı	Doktorlara iletişim ve davranış eğitimi verilmesi
Hemşirelerin olumsuz davranışı	Hemşirelere iletişim ve davranış eğitimi verilmesi
Doktorların muayeneye geç başlaması	Muayene saatlerine uyumun sağlanması
Kayıt elemanlarının bilgilendirme eksikliği	Elemanlara hizmet içi eğitim verilmesi
Yemeklerle ilgili istekler	Gerekli iyileştirmelerin yapılması
Bekleme koltuğu yetersizliği	Koltuk sayısının artırılması
Koridorların kalabalık olması	Randevu sisteminin geliştirilmesi
Temizlikle ilgili istekler	Uygun düzeyde temizlik yapılması

Teknik gereksinimlerin belirlenmesinin ardından “planlama matrisi” oluşturulmuştur. Planlama matrisinde yer alan bugün sütunu, hastanenin, söz konusu şikayet konularında mevcut durumunu ifade etmektedir. Hedef sütunu, hastanenin, söz konusu şikayet konusunda nereye gelmek istediğini göstermektedir. Bu sütunlar için kullanılan ölçek 1: en kötü ve 5: en iyi şeklindedir. İlerleme oranı sütunu, hedef sütununun bugün sütununa bölünmesiyle elde edilmiştir (Yıldız ve Baran, 2011).

Satış noktası sütunu, hasta isteklerinde bir ilerleme yapmanın hizmet satışında da ilerleme yapıp yapmayacağını gösteren bir kavramdır. Satış noktası sütunu da uzman görüşüne başvuru olarak belirlenmiştir. Kullanılan ölçek 1,5: güçlü katkı sağlayacak bir özellik; 1,2: orta derecede katkı sağlayacak bir özellik ve 1: hiçbir katkı sağlamayacak bir özellik şeklindedir (Yıldız ve Baran, 2011; Yapraklı ve Güzel, 2010). Nihai önem derecesi; ilerleme oranı, önem derecesi ve satış noktası sütunlarının çarpımıyla elde edilmiştir (Yıldız ve Baran, 2011).

Söz konusu hesaplamalar sonucunda ulaşılan planlama matrisi Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4: Planlama matrisi

Hasta beklentileri	Önem derecesi	Bugün	Hedef	İlerleme oranı	Satış noktası	Nihai önem derecesi
Uzun bekleme saatleri	0,32	2	4	2	1,5	0,96
Aşırı yoğunluk	0,29	2	3	1,5	1,2	0,50
Diş teli tedavisi olmaması	0,07	1	2	2	1,5	0,21
İmza süreçlerindeki düzensizlik	0,32	3	5	1,6	1,2	0,61
Doktorların olumsuz davranışı	0,32	3	5	1,6	1,2	0,61
Hemşirelerin olumsuz davranışı	0,18	3	5	1,6	1,2	0,35
Doktorların muayeneye geç başlaması	0,50	2	5	2,5	1,5	0,88
Kayıt elemanlarının bilgilendirme eksikliği	0,00	3	5	1,6	1,2	0
Yemeklerle ilgili istekler	0,53	3	4	1,3	1	0,69
Bekleme koltuğu yetersizliği	0,14	3	4	1,3	1	0,18
Koridorların kalabalık olması	0,30	2	3	1,5	1	0,45
Temizlikle ilgili istekler	0,03	3	5	1,6	1	0,53

Planlama matrisinin ardından hasta istekleri ve teknik gereksinimlerin birleştirilerek aralarındaki ilişkilerin gösterildiği ilişkiler matrisi oluşturulmuştur.

Tablo 5: Matriste Kullanılan İlişki Derecesi Ve Ölçek Puanları

İlişki derecesi	Puan
Güçlü	5
Orta	3
Zayıf	1

Söz konusu ilişkilerin derecesi uzman görüşü alınarak belirlenmiştir. Buna göre oluşturulan ilişki matrisi Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: İlişki matrisi

Hasta İstekleri/Teknik Gereksinimler	Önem derecesi	Randevu sisteminin geliştirilmesi	Muayene süreçlerinin iyileştirilmesi	İlgili bölümü açma	İş süreçlerinin düzenlenmesi	Doktorlara iletişim ve davranış eğitimi	Hemşirelere iletişim ve davranış eğitimi	Muayene saatlerine uyumun sağlanması	Elemanlara hizmet içi eğitim	İlgili süreçlerde iyileştirme	Bekleme koltuk sayısının artırılması	Randevu sisteminin geliştirilmesi
Uzun bekleme saatleri	5	5					1			3	3	
Aşırı yoğunluk	3	5								1		
Diş teli tedavisi olmaması			5									
İmza süreçlerindeki düzensizlik		1		5								
Doktorların olumsuz davranışı					5							
Hemşirelerin olumsuz davranışı						5						
Doktorların muayeneye geç başlaması		3			3		5					
Kayıt elemanlarının bilgilendirme eksikliği								5				
Yemeklerle ilgili istekler									5			
Bekleme koltuğu yetersizliği	5	3								5		
Koridorların kalabalık olması	5	3									5	
Temizlikle ilgili istekler												5

İlişki matrisinin oluşturulmasının ardından ilişki ve planlama matrisleri birleştirilerek ilişki ve planlama matrisi elde edilmiştir. Bu matraste teknik önem derecesi ve yüzde önem derecesi bulunmuştur. Teknik önem derecesi her sütun için hücre değerleri ile o hücreye karşılık gelen nihai önem derecesinin çarpımlarının toplamıdır (Yıldız ve Baran, 2011; Ardıç ve ark., 2008). Teknik önem derecelerine göre yüksek olan teknik gereksinimler gelişmede öncelik tanınacak olanlardır (Yıldız ve Baran, 2011). Yüzde önem derecesi sütun ağırlığının

teknik önem dereceleri toplamına bölünmesiyle elde edilmiştir (Ardıç ve ark., 2008). İlişki ve planlama matrisi Tablo 7’de sunulmaktadır.

Tablo 7: İlişki ve Planlama Matrisi

	Önem derecesi	Randevu sisteminin geliştirilmesi	Muayene süreçlerinin iyileştirilmesi	İlgili bölümü açma	İş süreçlerinin düzenlenmesi	Doktorlara iletişim ve davranış eğitimi	Hemşirelere iletişim ve davranış eğitimi	Muayene saatlerine uyumun sağlanması	Elemanlara hizmet içi eğitim	İlgili süreçlerde iyileştirme	Bekleme koltuk sayısının artırılması	Randevu sistemlerinin geliştirilmesi	Uygun düzeyde temizlik yapılması	Bugün	Hedef	İlerleme oranı	Satış noktası	Nihai önem derecesi
Uzun bekleme saatleri	0,32	5	5					1			3	3		2	4	2	1,5	0,96
Aşırı yoğunluk	0,29	3	5								1			2	3	1,5	1,2	0,50
Dış teli tedavisi olmaması	0,07			5										1	2	2	1,5	0,21
İmza süreçlerindeki düzensizlik	0,32		1		5									3	5	1,6	1,2	0,61
Doktorların olumsuz davranışı	0,32					5								3	5	1,6	1,2	0,61
Hemşirelerin olumsuz davranışı	0,18						5							3	5	1,6	1,2	0,35
Doktorların muayeneye geç başlaması	0,50		3			3		5						2	5	2,5	1,5	0,88
Kayıt elemanlarının bilgilendirme eksikliği	0,00								5					3	5	1,6	1,2	0
Yemeklerle ilgili istekler	0,53									5				3	4	1,3	1	0,69
Bekleme koltuğu yetersizliği	0,14	5	3								5			3	4	1,3	1	0,18
Koridorların kalabalık olması	0,30	5	3									5		2	3	1,5	1	0,45
Temizlikle ilgili istekler	0,03												5	3	5	1,6	1	0,53
Teknik önem derecesi		9,45	12,44	1,05	3,05	5,69	1,75	4,4	0	3,45	0,9	2,25	2,65					
Yüzde önem derecesi		0,20	0,26	0,02	0,06	0,12	0,04	0,09	0	0,07	0,02	0,05	0,06					

İlişki ve planlama matrisinin ardından kalite evinin çatısı oluşturulmuştur. Kalite evinin çatısı ya da korelasyon matrisi hasta isteklerini karşılamak amacıyla belirlenen teknik gereksinimler arasındaki ilişki derecesini belirtmektedir. Teknik gereksinimler arasındaki ilişki derecesi aşağıdaki sembollerle gösterilmiştir (Ardıç vd., 2008).

Tablo 8:Korelasyon Matrisinde Kullanılan Semboller

Korelasyon	Sembol
Güçlü	●
Zayıf	○

İlişki kuvvetini gösteren bu semboller (Tablo 8) ile kalite evinin çatısı yani korelasyon matrisi oluşturulmuş ve teknik gereksinimler arasındaki ilişkiler gösterilmiştir. Korelasyon matrisi, ilişki ve planlama matrisinin üzerine kalite evinin çatısı olarak konularak teknik gereksinimlerin birbirlerini nasıl etkiledikleri belirlenmiştir. KFG tekniğinin bütün safhaları tamamlanarak “kalite evi” oluşturulmuştur. Oluşturulan kalite evinde teknik gereksinimlere dönüştürülen hasta istek ve ihtiyaçlarının, “hastaların sesinin” teknik önem düzeyleri ile yüzde önem düzeyleri ortaya konmuştur. Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9: Kalite evi

	Önem derecesi	Kalite Evi											Bugün	Hedef	İlerleme oranı	Satış noktası	Nihai önem derecesi
		Randevu sisteminin geliştirilmesi	Muayene süreçlerinin iyileştirilmesi	İlgili bölümü açma	İş süreçlerinin düzenlenmesi	Doktorlara iletişim ve davranış eğitimi	Hemşirelere iletişim ve davranış eğitimi	Muayene saatlerine uyumun sağlanması	Elemanlara hizmet içi eğitim	İlgili süreçlerde iyileştirme	Bekleme koltuk sayısının artırılması	Randevu sistemlerinin geliştirilmesi						Uygun düzeyde temizlik yapılması
Uzun bekleme saatleri	0,32	5	5				1				3	3	2	4	2	1,5	0,96
Aşırı yoğunluk	0,29	3	5								1		2	3	1,5	1,2	0,50
Diş teli tedavisi olmaması	0,07			5									1	2	2	1,5	0,21
İmza süreçlerindeki düzensizlik	0,32		1		5								3	5	1,6	1,2	0,61
Doktorların olumsuz davranışı	0,32					5							3	5	1,6	1,2	0,61
Hemşirelerin olumsuz davranışı	0,18						5						3	5	1,6	1,2	0,35
Doktorların muayeneye geç başlaması	0,50		3				3	5					2	5	2,5	1,5	0,88
Kayıt elemanlarının bilgilendirme eksikliği	0,00								5				3	5	1,6	1,2	0
Yemeklerle ilgili istekler	0,53									5			3	4	1,3	1	0,69
Bekleme koltuğu yetersizliği	0,14	5	3								5		3	4	1,3	1	0,18
Koridorların kalabalık olması	0,30	5	3									5	2	3	1,5	1	0,45
Temizlikle ilgili istekler	0,03											5	3	5	1,6	1	0,53
Teknik önem derecesi		9,45	12,44	1,05	3,05	5,69	1,75	4,4	0	3,45	0,9	2,25	2,65				
Yüzde önem derecesi		0,20	0,26	0,02	0,06	0,12	0,04	0,09	0	0,07	0,02	0,05	0,06				

4. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada sağlık hizmetinin iyileştirilmesi ve hizmet üretiminin her bir aşaması için kullanıcı istek ve ihtiyaçlarının neler olduğu saptanmış ve ardından bu istek ve ihtiyaçların uygun teknik gereksinimlere nasıl dönüştürüleceği belirlenmiştir. Çalışmada bu amaçla fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG metodolojisi uygulanmış ve hangi konular üzerinde daha çok çalışılması gerektiği ortaya konmuştur. Uygulama süreci sonucunda, kalite evi adı verilen bir matris yardımıyla, hasta istek ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak teknik gereksinimlere dönüştürmeye yarayan kalite evi oluşturularak süreç tamamlanmıştır. Sürecin sonunda, araştırmanın yapıldığı hastanede hizmeti kullananların önceliklerinin, diğer bir ifadeyle “hastaların sesi”nin, tasarıma ve üretime aktarılması için teknik gereksinimler ortaya konmuştur.

Bu kapsamda kalite evinde elde edilen sonuçlar Tablo 9’da görülmektedir. Buna göre hastanede en yüksek yüzde önem düzeyi (%26) ile iyileştirme yapılacak konu “muayene süreçlerinin iyileştirilmesi” olarak bulunmuştur. Teknik önem düzeyi 12,44 olarak bu konu hastane yönetiminin iyileştirmeye başlayacağı en önemli sorun olarak ön plana çıkmaktadır.

İkinci olarak iyileştirme yapılacak konu yüksek yüzde önem düzeyi ile (%20) “randevu sisteminin geliştirilmesi” olduğu görülmektedir. Yönetimin ikinci öncelikle ele alacağı konu olan randevu sisteminin geliştirilmesinin teknik önem düzeyi 9,45 olarak belirlenmiştir.

Üçüncü iyileştirmeye açık alan olarak “doktorlara iletişim ve davranış eğitiminin verilmesi” yüzde önem düzeyi %12 ortaya konmuştur. İletişim ve davranış eğitimi konusunun teknik önem düzeyi 5,69 olarak belirlenmiştir.

Hastane yönetiminin iyileştirmeye açık diğer alanları ise, sırasıyla, muayene saatlerine uyumun sağlanması (%9), yemeklerle ilgili süreçlerin iyileştirilmesi (%7), uygun düzeyde temizlik yapılması (%6), hemşirelere iletişim ve davranış eğitimi verilmesi (%4), bekleme koltuklarının sayısının artırılması (%2) ve diş teli uygulama bölümünün açılması (%2) olarak belirlenmiştir. Bu alanlara yönelik teknik önem düzeyleri Tablo 9’da bulunmaktadır.

Çalışmada kullanılan fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG tekniği, hizmeti kullananların ne istedikleri ve bu isteklere nasıl çözüm üretilebileceği konusunda yoğun işbirliği gerektirdiğinden, önemli bir iletişim süreci olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla bu süreç hasta ve yakınları ile sağlık hizmeti sunucuları arasında iletişimin artırılmasına yarayan bir süreçtir. Bu süreç aynı zamanda “hastanın sesi”nin duyulup duyulmadığının anlaşıldığı bir süreçtir. Diğer taraftan bu süreç hastanenin tüm birimlerinin multidisipliner bir yaklaşım içinde çalışmasını ve hasta odaklı karar mekanizmasının oluşturulmasını gerektirmektedir. Bu durum hastanelerde KFG tekniği uygulamasının kurum içi iletişimin ve ekip çalışmasına yatkınlığın artması gibi ilave kazanımlarının olabileceğini de dikkat çekmektedir. Bu açılarından bakıldığında araştırmamızda kullanılan bu teknik hastanenin iç iletişimi ve çevresiyle iletişimi bakımından önemli bir iletişim aracı olarak görev görmüş olmaktadır.

Diğer taraftan bakıldığında Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında kalite ve akreditasyon çalışmaları ile kamu ve özel hastanelerde kalite bilinci oluşturulmaya başlandığı bilinmektedir. Kalite bilinci oluşturmanın önemli unsurlarından birisi müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır. Müşteri memnuniyetinin sağlanması ise; ancak kullanıcıların sunulacak hizmetle ilgili istek ve ihtiyaçlarını belirlemekle, beklentiler ile algılar arasındaki mesafeleri anlamakla ve bu iki unsur arasındaki mesafenin birbirine yakınlaşmasını sağlamakla mümkündür. Kalite fonksiyon göçerimi tekniğinin bu mesafeyi azaltıcı niteliği kalite bilincinin artırılmasına ve dolayısıyla hasta memnuniyetinin sağlanmasına katkı koymaktadır. Uygulamanın sistematik hale getirilmesiyle de hastanelerde kalitenin sürekli iyileştirilmesi hedeflenebilecektir.

Bunlara ek olarak ikinci basamak sağlık kurumunda yapılan bu araştırma, hasta ve yakınlarının beklentileri doğrultusunda oluşturulan kalite evinin, diğer ikinci basamak hastanelerde sağlık hizmetinin sunum sürecinde uygulanabilecek nitelikler taşıdığını göstermektedir. Aynı zamanda sağlık hizmeti organizasyonunda yer alan birinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunda da uygun düzenlemelerle kullanılacak özellikleri barındırdığını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak bu araştırmada uygulamanın yapıldığı hastanede hastaların istek ve ihtiyaçları değerlendirilerek, fuzzy AHP ile ağırlıklandırılmış KFG tekniği uygulanarak nasıl bir yol izleneceği tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda uygulanan tekniğin sağlık hizmetleri üretiminin tasarlanmasında yaygın olarak kullanılacağı düşünülmektedir. Bu nedenle yapılacak her tür KFG uygulamasının, sağlık hizmetlerinde belgelendirme ve akreditasyon çalışmalarına destek olacağı gibi, sağlık hizmetleri alanında gittikçe daha da önem kazanan sertifikasyon çabalarına kritik bir dayanak noktası olacağı da öngörülmektedir.

Kaynaklar

- 1.Afshan N. ve Sindhuja P.N., (2013), Integration of Kano's Model into Quality Function Deployment: A Review (October 22, 2013). The IUP Journal of Operations Management, Vol. XII, No. 2, May, 48-56.
- 2.Akbaba A., (2000) Kalite Fonksiyon Göçerimi Yöntemi ve Hizmet İşletmelerine Uyarlanması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 2, Sayı 4 1-18.
- 3.Akbaba A., (2005) Yeni Ürün Geliştirme Sürecinde Kalite Fonksiyon Göçerimi (KFG): Turizm İşletmeleri İçin KFG Temelli Bir Ürün Geliştirme Süreci Önerisi, Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi Sayı:2 Cilt:5 38-59.
- 4.Ardıç K., Çevik O., Göktaş Ş., (2008) Kalite Fonksiyon Göçerimi (GOP Üniversitesinde Bir Uygulama) Akademik İncelemeler Cilt:3 Sayı:2 111-140.
- 5.Begovich B., (2006), Quality Function Deployment, (Chapter 11) Encyclopedia of Hospital Administration & Management, Author TODD, 3-VOLS SET (hb), Pentagon Press, India.
- 6.Chang D. Y.,(1996) “Applications of the Extent Analysis Method on Fuzzy AHP”, European Journal of Operational Research 95, s.649–655.
- 7.Chee-Cheng Chen, (2009), Integration of quality function deployment and process management in the semiconductor industry, International Journal of Production Research Vol. 47, No. 6, 15 March, 1469–1484.
- 8.Ching-Wen Chen and Shih-Tao Huang, (2011), Implementing KM programmes using fuzzy QFD, Total Quality Management Vol. 22, No. 4, April, 387–406.
- 9.Çalıpınar H., (2008) Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Ders Notları.
- 10.Daetz, D. Barnard, B, Norman, R., (1995) Customer Integration: The Quality Function Deployment (QFD): Leader’s Guide for Decision Making, New York, John Wiley & Sons Inc.
- 11.Delice-Kılıç E., Güngör Z., (2008), Kalite Fonksiyon Yayılımı için Yeni Bir Yaklaşım: Bir Uygulama Akademik Bilişim, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 185-192.
- 12.Eren G., Kuruoğlu E., Deveci A., (2010) Bulanık AHP ile Operasyonel Lojistik Yazılımı Seçimi, 30. YAEM Kongresi, İstanbul.
- 13.Hong-Bin Yan, Tiejun Ma and Yashuai Li (2013) A novel fuzzy linguistic model for prioritising engineering design requirements in quality function deployment under uncertainties, International Journal of Production Research, 51:21, 6336-6355, DOI: 10.1080/00207543.2013.796423.
- 14.Juran, J.M. (1992) Quality Control Hand Book, Mc Graw-Hill, New York.
- 15.Kavuncubaşı Ş, (2010) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.

- 16.Kılıç B., ve Babat D., (2011) Kalite Fonksiyon Göçerimi: Yiyecek İçecek İşletmelerine Yönelik Kuramsal Bir Yaklaşım, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 13(20): 93-104.
- 17.Liang-Hsuan Chen & Cheng-Nien Chen (2014) Normalisation models for prioritising design requirements for quality function deployment processes, International Journal of Production Research, 52:2, 299-313, DOI: 10.1080/00207543.2013.812813.
- 18.Ngai, E. W. T., & Wat, F. K. T. (2003). “Design and Development of A Fuzzy Expert System For Hotel Selection”. Omega, 31, 275–286.
- 19.Öter Z. ve Tütüncü Ö, (2001), Turizm İşletmelerinde Kalite Fonksiyon Göçerimi: Seyahat Acentelerine Yönelik Varsayımsal Bir Yaklaşım, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 3, Sayı 3, 95-116.
- 20.Pakdil F., Isın F. B., and Genc,H., (2012), A quality function deployment application using qualitative and quantitative analysis in after sales services, Total Quality Management Vol. 23, No. 12, December 1397–1411.
- 21.Saatçioğlu D., (2010) Kalite Fonksiyon Göçerimi ve Lojistik Sektöründe Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme AD.
- 22.Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M., (2012) Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- 23.Yanmaz Ö., (2005) Hastane İşletmelerinde Kalite Fonksiyon Göçerimi, Yüksek Lisans Bitirme Projesi Ahmet Yesevi Üniversitesi.
- 24.Yapraklı T. Ş., Güzel D., (2010) Sağlık Sektöründe Bir Kalite Fonksiyon Göçerimi Uygulaması, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi Selçuk Üniversitesi, Cilt 13, Sayı 19 457-476.
- 25.Yenginol F., (2008) Neden Kalite Fonksiyon "Göçerimi? İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt 9, Sayı 1, 7-15.
- 26.Yıldız M. ve S., Baran Z., (2011) Kalite Fonksiyon Göçerimi ve Homojenize Yoğurt Üretiminde Uygulaması, Ege Akademik Bakış, Cilt: 11, Sayı: 1 59 -72.
- 27.Zaim S., Sevklı B., Camgöz-Akdağ H., Demirel O. F., Yayla Y., Delene D., (2014) Use of ANP weighted crisp and fuzzy QFD for product development, Expert Systems with Applications Volume 41, Issue 9, Pages 4464–4474.
- 28.Zultner R.E. (1993) TQM for Technical Teams, Communications of the ACM, 36(10): 79-91.

**SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KALİTE BEKLENTİSİNİN
OLUŞMASINDA
EKRAN FAKTÖRÜ: HOLLYWOOD FİLMLERİ ÖRNEĞİ**

*Elif AKKAŞ**

*Ahmet ALKAN***

ÖZET

Bu çalışmada sağlık hizmetlerine yönelik beklentiler oluşmasında, genellikle idealize bir dünya sunan sinema filmleri irdelenmektedir. Algılanan hizmet kalitesinin özellikle hasta ile sağlık hizmeti sunucularının bire bir etkileşimine dayanan ve sağlık hizmetlerinin sunulacağı mekânın özelliklerini içeren boyutlarına yönelik beklentilerin, sinema aracılığıyla sunulan görüntülerden etkilenebileceği, beklentileri aynı minvalde geliştirebileceği düşünülmektedir. Bu amaçla en büyük bütçe ve izlenme rakamlarına sahip Hollywood filmleri evren olarak belirlenmiş, hekim, hasta, hastane gibi sağlık hizmetlerinde kalite algısının oluşmasında önemli görülen öğelere yer veren 10 adet film seçilmiş, filmlerde hekim, hasta ve sağlık kurumunun öne çıkartılan özellikleri içerik analizine tabi tutulmuştur. Buna göre hekimler temel olarak iki farklı tip üzerine bina edilmiş; ilki baskın, otoriter, somurtkan olan ve tıbbi teorik bilgilerle kısıtlayan, hastaya nesne muamelesi yapan, kibirli, diğeri ise hastayla kurulacak güçlü iletişimin tedavinin bir parçası olduğunu düşünen, mütevazı, fedakâr bir tiptir. Her yaş, cinsiyet ve ırktan hasta tiplerine yer verilmiş, hastadaki iyi olma isteğinin hekim tarafından güdülendiğinde tedavinin başarılı olacağı fikrine sıkça yer verilmiştir. Mekânlarda genellikle yeterli ekipman ve tam donanımlı hastane modeli öne çıkmaktadır.

Anahtar Sözcükler: *sağlık hizmetleri, kalite algısı, kalite beklentisi, sinema, film*

*Arş. Gör.; Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, elif.akkas88@hotmail.com

**Arş. Gör.; Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, ahmetalkan_88@hotmail.com

ABSTRACT

In this study, the cinema films were discussed, which offer an idealized world that creates expectations towards health services. It has been considered that the expectations, related to the perceived service quality based on direct interaction between especially the patients and health care providers including specifications of the facilities offering the health services, can be affected by the images shown by the cinema films and also can be improved accordingly. For this purpose, the Hollywood films that has the largest budgets and rating records has been chosen as the target population of the study; 10 movies were selected that includes physicians, patients, hospitals as important elements to create the quality perception in the health care services; and the important features of physicians, patients and health institutions have been subjected to content analysis. Accordingly, physicians have been built on basically two different types; the first type is the dominant, authoritative, surly and putting limits to the medicine by theoretical knowledge, treating patients as objects and arrogant; the second type is a humble and altruistic type that thoughts that a strong communication established with the patient is part of the treatment. Patients from all age, gender and race groups were included in the study, and the idea, promoting that the treatment would be successful as long as the willingness of the patient is motivated by the physician, is frequently repeated. There are usually sufficient equipment and fully equipped hospital models in the samples.

Key Words: health care, quality perception, quality expectations, cinema, film

1.Giriş

1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” (WHO Interim Commission, 1946: 100) olarak ifade edilen sağlık, kaybedildiği takdirde çeşitli eylemler sonucunda tekrar edinilmekte ve sürdürülebilir kılınmaktadır. *Sağlık hizmetleri* adı verilen bu eylemleri Sağlık Bakanlığı 2005 yılında “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler” şeklinde tanımlamıştır (www.ttb.org.tr). Uzun yıllardan beri sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalayarak sağlık hizmetlerinin yükseltilmesi tüm hükümetlerin öncelikli politikalarını oluşturmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 17).

Hizmet kalitesiyle ilgili çalışmalara bakıldığında, bu alandaki ilk çalışmanın Oliver’in (1980) müşteri tatmin teorisi olduğu görülmektedir. Sonrasında Gronroos (1980) ile hizmet kalitesi çalışmalarının fikrîsel altyapısı hazırlanmıştır. Son zamanlarda yapılan hizmet kalitesi çalışmalarının büyük çoğunluğunun ise, Parasuraman, Berry ve Zeithal’in bu alandaki çalışmalarından faydalandığı görülmektedir. Bu çalışmalar aralık (Gaps) modeline dayanmakta ve yapılan çalışmalarda hizmet kalitesi SERVQUAL ölçeğiyle ölçülmektedir

(Tanrıverdi ve Erdem, 2010: 76). Parasuraman ve arkadaşları (1985: 48) yapmış oldukları çalışmalarda hizmet kalitesinin 10 boyutu olduğunu belirlemişler ve bu boyutların sırasıyla: erişim (access), iletişim (communication), yeterlilik (competence), nezaket (courtesy), inanılabilirlik (credibility), güvenilirlik (reliability), cevap vericilik (responsiveness), güvenlik (security), somut özellikler (tangibles), müşteriye anlama (understanding the customer) olduğunu ifade etmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde kaliteyle ilgili birçok tanımlama yapılmıştır ki bunlardan birisi de Tengilimoğlu ve arkadaşlarının yaptığı tanımdır. Bu tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite, müşterinin (hasta ve yakınları) beklediği kalite düzeyi ile (beklenen kalite), algıladığı kalite (algılanan kalite) düzeyi arasındaki farktır (Tengilimoğlu vd., 2009: 302). Algılama, müşterilerin aldıkları hizmeti kişisel olarak değerlendirmeleri sonucunda ortaya çıkar (Parasuraman ve vd. 1985). Beklentiler ise, hizmet sağlayıcıları tarafından müşterilere sunulması gereken, müşterilerin hizmet sağlayıcısından bekledikleri istek ya da ihtiyaçları olarak tanımlanabilir (Parasuraman vd., 1988: 16). Buradan hareketle algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin aldıkları hizmeti bireysel olarak değerlendirmeleri sonucunda kanaat getirdikleri/varlığını kabullendikleri kalitedir. Beklenen hizmet kalitesi ise; müşterilerin hizmet sağlayıcılarından, hizmet sunarken yerine getirmesini istedikleri kalitedir.

Kendine has özellikleri olan sağlık sektörü için sadık müşterilere sahip olmak vazgeçilmez bir misyondur. Sadık müşterilere ulaşmanın yolu ise yüksek hizmet kalitesi ve hasta tatmininden geçmektedir (Tanrıverdi ve Erdem, 2010: 74). Cronin ve Taylor (1992) yaptıkları çalışmada, tatminin kaliteyi, kalitenin de tatmini etkilediğini, fakat kalitenin tatmine olan etkisinin önemli düzeyde olduğunu saptamışlardır. Cronin ve Taylor'un çalışmaları, kalitenin sonunda tatminin oluştuğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Parasuraman ve arkadaşları (1985) yüksek seviyede algılanan hizmet kalitesinin müşteri tatminine neden olduğunu iddia etmişlerdir. Tanrıverdi ve Erdem'in (2010: 86) yapmış oldukları çalışmada hizmet kalitesi boyutlarından fiziksel özelliklerde algılanan kalite arttıkça tatmin düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Yine Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010: 483) sağlık kurumlarının fiziksel ve çevresel özelliklerinin, hasta tatminini etkileyen önemli bir faktör olduğunu iddia etmişlerdir. Fiziksel ve çevresel koşulların ise; aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm vb. özellikleri içerdiğini belirtmişlerdir. Taş (2012: 86) yapmış olduğu çalışmada hekimin davranışlarını ve hastanın tedavi aldığı mekânın fiziksel şartlarını hizmet kalitesi değişkenleri olarak belirlemiştir. Bu çalışmada hekimin hastaya yardımcı olma isteğinin olup olmadığı “*isteklilik*”, hekimin muayene hakkında verdiği bilgilerin yeterli olup olmadığı ve hekimlerin hastaların sorunlarını anlaşılır şekilde cevaplayıp cevaplamadığı “*iletişim*”, hekimin muayene ve tedavisine güven duyulup duyulmaması “*güvenilirlik*”, hekimin hastalara karşı saygılı ve nezaketli olup olmadığı “*nezaketlilik*” değişkenleri ile yorumlanmıştır.

1.2. Sinema Sektörü ve Algı İle İlişkisi

Son yıllarda kitle iletişim araçlarının internetten televizyona, DVD-VCD gibi cihazlardan mobil telefonlara kadar çok çeşitli yollarla ulaşımının kolaylaşması ve yaygınlaşması ile orta büyüklükte bir bütçeye sahip bir film dahi, yüzbinlerce kişi tarafından izlenebilir hale gelmiştir (Hudson ve Ritche, 2006). Hudson ve Ritche (2006: 257), bu durumu 1975 yapımı Jaws ve 2001 yapımı Lord of the Rings filmleri ile örneklendirmektedir. Jaws, 465 salonda izlenmişken, Lord of the Rings dünya çapında 10.000 salonda aynı anda gösterime girmiştir. Aradan geçen 30 yıldaki bu büyüme, film sektörünün etkinliği ve muhtemel etkililiği hakkında önemli bir ipucu vermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde kitle iletişim yayıncılığının (radyo, televizyon, sinema) başlaması ve etkilerinin görülür hale gelmesi ile birlikte 1930'lu yıllarda sosyologlar ve psikologlar tarafından ferdi bazda deneysel çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Küçükcan vd., 2011: 39). Böylelikle kitle iletişim araçlarının birey ve toplum üzerinde ne gibi etkileri olduğu bilimsel düzlemde ifade edilmeye başlanmıştır. Medyanın toplumsal rolüne önemli eleştiriler, Frankfurt Okulu tarafından getirilmiş ve ilk eleştiri kavramsal düzeyde yapılmıştır. “Kitle iletişimi” yerine “kültür endüstrisi” kavramı kullanılmış, sinema-televizyon gibi araçlarının endüstriyel akıl tarafından kitleleri yönlendirmek için kullanılan bir araç haline gelmiş olması vurgulanmıştır (Adorno ve Horkheimer, 2010). TV dizileri ve sinema filmleri, kuşkusuz kitle iletişimi ya da Adorno'nun deyişiyle kültür endüstrisinin en önemli öğelerindedir. Bussy ve Klug (2001: 317), dizi ve filmlerin, izleyicinin dünyasına hızlı bir şekilde etki eder ve bireylerin algılarını değiştirebilir nitelikte olduğunu, bu açıdan insanların his ve düşünce dünyasını etkileyen ve çeşitli konularda bir duruş oluşturmalarını, tavır almalarını sağlayan, filme veya diziye konu edilen kişiler, mekânlar ya da nesnelere yönelik “imaj” oluşturma gücüne sahip temel bir kitle iletişim aracı haline geldiğini söylemişlerdir. Bu araçların imaj oluşturma gücüne sahip olması, pazarlama ve tüketici davranışları açısından büyük öneme sahiptir; imaj Crompton'un (1979) tanımıyla gözlem, inanışlar, düşünceler, beklentiler ve hislerin tamamı ile ortaya çıkan yargılar bütünü ifade etmektedir (Aktaran: Kim ve Richardson, 2003: 218). Ancak imaj, hakikat olmayabilir (Postman, 2004). Oluşan gerçek ya da sahte imaj algısı, uzun süre varlığını korumakta, olumlu ise pozitif etki uzun süre etkisini göstermekte, negatif ise aynı minvalde etkiyi uzun bir zaman boyunca diri tutmaktadır (Hudson ve Ritchie, 2006: 261). Televizyon izlemenin ve sinemanın popüler kültürün önemli bir parçası haline geldiği düşünüldüğünde, toplumun önemli bir kesiminin algılarının ve dolayısıyla imaj portföylerinin televizyon ve sinemanın bir ölçüde kontrolü altında olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Örneğin, sinema sektörünün kontrol altına alma ve algıları yönlendirme gücü bütün endüstrisinin dikkatini çok uzun yıllar önce çekmiştir. Milyonlarca genç, izledikleri filmlerde çoğunlukla çekici, seksapalitesi yüksek, özgüven içeren karelere ustaca yerleştirilmiş sigara faktörü karşılaşmaktadır. Filmlerin birçoğunda sigara kullanmak normal bir davranış olarak sergilenir ve kötü sonuçlarla ilişkilendirilmesi çok az rastlanır durumdadır (Charlesworth ve Glantz, 2008). Yapılan çalışmalar, sigara içilen sahneleri olan bir filmi izleyen genç bir

yetişkinin sigaraya başlama olasılığının arttığını göstermiştir (Sargent vd., 2001). Bununla birlikte çarpıcı bir diğer sonuç ise, sigara içeren bir film ya da klip izledikten sonraki 30 dakikalık süreç içinde genç yetişkinlerin sigara yakma olasılıklarının artmasıdır (Schmueli vd., 2010). Tütün sektörü gibi çok sayıda sektörün, gerek sinema filmleri gerekse televizyon dizilerine “ürün yerleştirme” yöntemi ile ürünlerine dair pr çalışmalarını yaptıkları bilinmektedir. Bunun yanı sıra, bilinçaltı yönlendirme teknikleri ile kimi zaman ideolojik, kimi zaman ise dini semboller filmlere yerleştirilmekte, bu yöntemler aracılığı ile yaygınlaşması ya da kabulü noktasında izleyicilere uyarıcı etkiler yapılmaktadır.

“Seeing is believing/görmek inanmaktır” şeklindeki deyim, görsel sanatların bireylerin düşünce dünyalarındaki inandırıcı/yönlendirici etkileri ortaya koyması açısından önemlidir. Deyimin ontolojik kökenini, dolayısıyla felsefi ve teolojik tartışmaları bir kenara bırakıldığında, bu deyimden görmenin çok defa en kalıcı etkiyi ve bilgiyi oluşturmada olduğunu anlaşılmaktadır. Arka planı ya da doğruluğu sorgulanmaksızın, gördüğünün gerçekliğine inanmak ve bunu algıya bir gerçek olarak kodlamak, genel ve insani bir eğilimdir. Kitle iletişim araçlarının en etkin kullanımı da bu savı destekler bir hareketle televizyon ve sinema odaklı olarak görme ve duyumsal menzil açısından görme duyusundan daha kapsamlı bir duyu olan işitme ile bütünleştirilerek arz edilmektedir. Postman’e (2004: 16) göre, televizyon ve sinemada görsel imaj ön plandadır; yani bu araçlar konuşmayı sözcüklerle değil görüntülerle aktarır. McLuhan (2005: 125) bu durumu görsel kitle iletişim araçlarının insanın duyular sistemini tamamladığını, her şeyi duyabilen kulak ve her yere yönelebilen göz aracılığıyla, Batı uygarlığının temel dinamiklerini ortaya çıkaran yazma eylemini hükümsüzleştirdiği şeklinde yorumlar.

2. Yöntem

2.1. Evren-Örneklem, Analiz

Çalışmada, dünya çapında en yüksek bütçeye sahip olan ve aynı zamanda en yüksek izlenme rakamlarına ulaşmış olması sebebiyle Hollywood filmleri evren olarak belirlenmiştir. Örneklem olarak sağlık hizmetlerine ait öğelerin (hasta, hekim, hastalık, hastane, muayenehane vb.) ön plana çıkarıldığı 10 adet film, öğelere ait anahtar kelimelerin Google arama motoruna çeşitli varyasyonlarla girilmesi ve film içeriklerinin IMDb (International Media Database) üzerinden kontrolü ile belirlenmiştir. Filmlerdeki hekim karakteri, fiziksel-genel ve sosyal özellikleri, güvenilirlik, isteklilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenilirlik, ulaşılabilirlik, anlayış ve iletişim boyutları ile; mekân, fiziksel, güvenilirlik, yeterlilik, ulaşılabilirlik; hasta, fiziksel, eğitim, cinsiyet, ırk, hastalık, iletişim ve hastanın çabası boyutları ile değerlendirilmiştir. Veriler, araştırmacıların bakış açısıyla ayrı ayrı kodlanmış; daha sonra kodlanan veriler karşılaştırılmış, tartışılarak zenginleştirilmiş ve bulgu tablolarına yansıtılmıştır. Araştırmacılar, nitel bir araştırma yöntemi olan içerik analizini herhangi bir paket program kullanmadan uygulamışlardır.

2.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı günümüzde çeşitli şekillerde izlenebilen sinema filmlerinin sağlık hizmetleri alma öncesinde ve hizmet sürecinde ne tür beklentiler oluşturabileceğini ortaya koymaktır. Filmlerin empoze ettiği “iyi hekim, kötü hekim kimdir”, “iyi bir hastane ne şekilde olmalıdır”, “iyileşmek için nasıl bir sağlık hizmeti alınmalıdır” gibi sorulara sinema filmlerinin verdiği cevapları yansıtmak çalışmanın temel sorularını oluşturmaktadır. Sinemanın bilinci şekillendirici etkisi göz önünde bulundurularak, Hollywood filmlerinde ön plana çıkan sağlık hizmetleri portresinin ortaya koyulması hedeflenmiştir.

3. Bulgular

Tablo1. Filmlerde Yansıtılan Hekim Karakterlerinin Hizmet Kalitesi Boyutlarına Göre Analizi

Film Adı	Hekim Fiziksel-Genel-Sosyal	Hekim Güvenilirlik	Hekim İsteklilik	Hekim Yeterlilik	Hekim Nezaket	Hekim İnanılabilirlik	Hekim Güvenirlik	Hekim Ulaşılabilirlik	Hekim Anlayış	Hekim İletişim
Something The Lord Made* (2004)	erkek, yapılı, şık giyimli, bakımlı, kibirli, gözlüklü, beyaz, hijyenik, inanç sorunu var, ailesi ile iyi, traşlı, özgüvenli	güven veriyor	hırslı, istekli, azimli, başaracağı -na inanıyor	yeterli, bilgili	nazik	inandırıcı	yalnız asistanına güveniyor	ulaşılabilir	hastaya karşı anlayışlı	iletişimi güçlü, otoriter, kararlı, ebeveynler ile yakın diyalog kuruyor, açıklamalar yapıyor
John Q* (2002)	erkek, şık, traşlı, takım elbiseli, kibirli, müsahhasız, iş odaklı, beyaz, hijyenik, inanç sorunu var, aile ön planda değil, özgüveni yüksek	güven veriyor	adamına göre (maddi güç belirleyici)	yeterli, bilgili	nazik, otoriter	inandırıcı	güveniyor	maddi karşılığı verildiğinde ulaşılabilir	anlayışlı görünmeye çalışıyor ama kurallara ve ödemelere bağlı	iletişimi güçlü, otoriter, kurallı
Gifted Hands* (2009)	erkek, top sakallı, mütevazı, inisiyatif alabilir, idealist, siyah, gözlüklü, hijyenik, inançlı, ailesi ile arası iyi	güven veriyor	istekli	yeterli, araştırmaya devam ediyor	nazik, insancıl	inandırıcı	güveniyor	ulaşılabilir	anlayışlı, empati gücü yüksek	iletişimi güçlü, ebeveynlerle yakın diyalog, açıklayıcı
When Nietzsche Wept* (2007)	erkek, sakallı, asil, inançlı, şık giyimli "janti", ailesi ile arası filmin başlarında kötü	güven veriyor	istekli	yeterli ama hastasından faydalanmak da istiyor. sonuçta bir yöntemin başarısızlığın a kanaat getirdi.	genelde nazik, bazen kaba, insani zaafları var	inandırıcı	güveniyor	ulaşılabilir	anlayışlı, empati gücü yüksek	iletişim gücü yüksek
Patch Adams* (1999)	iki tür hekim ön planda, biri (dekan) şık, gözlüksüz, az gülümseyen, sert bakışlı, otoriter, kitap odaklı. diğeri ise (Patch) hasta ile iletişimi önemseyen, giyimi kötü, güler yüzlü, fedakar, gözlüksüz, müesses nizamına karşı (kuralları yıkan)	güven veriyor	istekli	yeterli	nazik, sempatik, sevimli, uyumlu, hastaya ismiyle hitap eden, insancıl	inandırıcı	güveniyor	ulaşılabilir	anlayışlı, empati gücü yüksek	iletişim gücü çok yüksek
Awakenings* (1990)	iki tür hekim ön planda. (başhekim) biri şık, az gülümseyen, sert bakışlı, otoriter, kitap odaklı. diğeri ise (dr. Sayer) hasta ile iletişimi önemseyen, araştırma ve geliştirmeyi önemseyen, güler yüzlü, sıradan görünümü, gözlüklü, beyaz, fedakar	güven veriyor	istekli	yeterli	nazik, sempatik, sevimli, uyumlu, hastaya ismiyle hitap eden, insancıl, araştırma odaklı, çabalayan	inandırıcı	güveniyor	ulaşılabilir	anlayışlı, empati gücü yüksek	iletişim gücü ve dikkat seviyesi çok yüksek ama hasta ile, Diğer insanlarla iletişim gücü düşük, biraz sosyal izlenimi veriyor, bunu da araştırmacı olması ile bağdaştırmış ar

Side Effect (2013)	iki tür hekim ün planda. her ikisi de şık. kadın olan sert bakişli, cinsel tercihinde sapma olan, para düşkün, mesleği kötüye kullanan, diğeri ise parayı önemsemez de hastası için çabalayan, sıkıntılı zamanlarda rüküş, ailesi ile iyi, ciddi.	güven veriyor	istekli	yeterli	nazik	inandırıcı	güvenmiyor	ulaşılabilir	anlayışlı, diyalektik gücü yüksek	iletişim gücü ve dikkat gücü yüksek. insan ilişkileri iyi.
Lorenzo's Oil* (1992)	orta yaşlı, kel, traşlı, kravatlı, gözlüksüz, beyaz, kitaplara bağlı	tam güven vermiyor	ekstra istek yok	orta	nazik	inandırıcı değil	-	ulaşılabilir	anlayışlı	iletişimi iyi
The Bucket List (2007)	kravatlı, orta yaşlarda, beyaz, gözlüksüz, özgüvenli	tam güven vermiyor	-	yeterli	nazik	orta düzey	-	ulaşılabilir	adamına göre	iletişime açık, adamına göre
The Diving Bell and The Butterfly* (2007)	hekim, traşlı, bıyıklı, yaşlı, fizyoterapist, kadın, sarışın, fit, mesleğini seven, yükselme hırslı taşıyan, özgüven yüksek	güvenilir	istekli	yeterli	açık sözlü, genel olarak nazik	inandırıcı	güveniyor	ulaşılabilir	anlayışlı	iletişime açık

*: Gerçek bir hikayeye dayanmaktadır.

Tablo 2. Filmlerde Yansıtılan Sağlık Kurumunun (Mekân) Hizmet Kalitesi Boyutlarına Göre Analizi ve Hasta Karakterleri

Film Adı	Mekân Fiziksel	Mekân Güvenilirlik	Mekân Yeterlilik	Mekân Ulaşılabilirlik	Hasta Fiziksel	Hasta Eğitim	Hasta Cinsiyet	Hasta İrk	Hasta Hastalık	Hasta İletişim	Hasta Çaba
Something The Lord Made* (2004)	ferah, aydınlık, geniş, hijyenik, sakın, çalışanlar bakımlı	güven veriyor (prestijli)	yeterli, ekipmanlar dikkat çekiyor	ulaşılabilir (sigorta kapsamındaysa)	bebek, aciz	ebeveynleri eğitilmiş	kadın	beyaz	mavi bebek	hekimini dinliyor, anlamaya çalışıyor, iletişimi iyi (ebeveynler)	iyileşmek istiyor (ebeveynler istiyor)
John Q* (2002)	yoğun, ferah, geniş, hafif loş, hijyenik	güven veriyor	yeterli, ekipmanlar dikkat çekiyor	ulaşılabilir (sigorta kapsamındaysa)	çocuk, ailesi zengin değil, sigorta karşılamıyor	ebeveynleri orta düzeyde eğitilmiş	erkek	siyah (zenci)	kalp spazmı	çocuğun iletişimi güçlü, ailenin de güçlü	iyileşmek istiyor (ebeveynler de istiyor)
Gifted Hands* (2009)	ferah, aydınlık, geniş, hijyenik, sakın	güven veriyor	yeterli, ekipmanlar dikkat çekiyor	ulaşılabilir	bebek ve çocuk	x	ikizlerin cinsiyeti bilinmiyor	beyaz	siyah ikizleri, nörolojik hastalık	aileler etkin	iyileşmek istiyor (ebeveynler istiyor)
When Nietzsche Wept* (2007)	ferah, aydınlık, geniş, hijyenik, sakın (klini)	güven veriyor	yeterli.	ulaşılabilir	filozof	profesör	erkek	beyaz	intihar eğilimli, karaciğer hastası	öylesine güçlü ki, hekimini tedavi ediyor	fizyolojik olan için çabalıyor ama psikolojik olan için herhangi bir çabası yok
Patch Adams* (1999)	ferah, aydınlık hijyenik, yoğun/ ev tipi hastane ise yetersiz malzeme, az hijyen ama bunu ilgi ve şefkatle kapatıyor	güven veriyor	yeterli / yetersiz	sigorta engeli. ikinci hastanede ulaşılabilirlik maksimum düzeyde.	her yaş ve cinsiyetten	her eğitim seviyesinden	her cinsiyetten	her ırktan	her türlü hasta	iletişimi hekim başlatıyor ve güçlendiriyor	istek hekim tarafından ortaya çıkarılıyor
Awakenings* (1990)	başta kroniklerin tutulduğu bir "bahçe". sonradan ise daha ideal bir mekân haline geliyor. sıradan bir hastane.	güven veriyor	yeterli	ulaşılabilir	orta yaşlı	hastalığı yüzünden eğitimsiz	erkek	beyaz	antiseptik	iletişimi hekim başlatıyor ve güçlendiriyor	istek hekim tarafından ortaya çıkarılıyor
Side Effect (2013)	muayenehane aydınlık, iyi durumda, sakın.	güven veriyor	yeterli	ulaşılabilir	genç	-	kadın	beyaz	depresyon	sinsice	istekli
Lorenzo's Oil* (1992)	karanlık, boğucu	güven veriyor	yeterli	ulaşılabilir (sigorta ve fonlar çerçevesinde)	çocuk	öğrenci	erkek	beyaz	ALD	düşük	ebeveynlerde çaba yüksek
The Bucket List (2007)	iki kişilik odalar, nezih, herkese eşit davranılıyor	güven veriyor	yeterli	ulaşılabilir (sigorta ve fonlar çerçevesinde)	yaşlı	hastanenin sahibi	erkek	beyaz	kanser	huzusuz, emir verici	son anlarını iyi geçirmek için çabalıyor, tedaviye dönük bir çaba yok
The Diving Bell and The Butterfly* (2007)	aydınlık, her türlü imkâna sahip	güven veriyor	yeterli ekipman dikkat çekiyor	ulaşılabilir	orta yaşlı	editör	erkek	beyaz	felç	hasta algılıyor, göz kırparak tepki veriyor	çabalıyor

Something The Lord Made (2004) adlı filmde, öne çıkan hekim profili bakımlı, hijyenik, etrafına güven veren, istekli, alanıyla ilgili yeterli bilgiye sahip, hasta ve yakınlarına karşı nezaketli, anlayışlı ve sosyal açıdan da güçlü bir imaj çizmektedir. Çalışma arkadaşlarına karşı güven sorunu yaşayan hekim, yalnız resmi tıp eğitimi almamış ama yetenekli olan asistanına güvenmektedir. Filmin geçtiği hastane ferah, aydınlık, ulaşılabilir ve yeterli ekipmana sahip olması sebebiyle güven veren bir yerdir. Hasta ise, mavi bebek hastalığına yakalanmış bir bebektir.

John Q (2002) filminde karakterize edilen hekim, takım elbiseli, kibirli, karşısındakine müsamahasız, iş odaklı, yeterli bilgi düzeyine sahip, tedavi etmekteki istekliliği hastanın maddi gücüne bağlı, iş arkadaşları ile işbirliği içinde, maddi karşılığını aldığı müddetçe ulaşılabilir ve anlayışlı görünmeye çalışan fakat hastane politikalarını öncelediği ve inisiyatif almadığı için aslında pek de anlayışlı olmayan biridir. Film, birçok hastanın bir arada bulunduğu yoğun fakat ferah ve geniş, yeterli ekipmanın dikkat çektiği bir hastanede çekilmiştir. Hasta ise, kalp spazmı geçirmiş siyahi bir çocuktur.

Gifted Hands'de (2009) başrol karakteri olan hekim Ben Carson, siyahi bir gençtir. Filmde, inisiyatif alabilen, ailesi ile ilişkileri iyi, alanında yeterli ve araştırmaya devam eden, istekli, nazik ve insancıl bir profil çizen, istendiğinde ulaşılabilen, anlayışlı ve empati gücü yüksek, iletişime açık bir karaktere sahiptir. Yeterli ekipmanı, aydınlık ve ferah yapısı ile güven veren hastane, siyah ikizlerini tedavi süreçlerine ev sahipliği yapmaktadır.

When Nietzsche Wept (2007), ünlü filozof Nietzsche'nin hayatının sancılı bir bölümünden esinlenerek çekilmiştir. Nietzsche'yi mental ve fizyolojik yönden destekleyen hekimin, iyi giyimli, istekli, nazik, insani zaafları olan, anlayışlı ve iletişim gücü yüksek biri olarak yansıtılmıştır. Muayenehane ve hastane, ferah, aydınlık, sakin, hijyenik bir yerdir. Hasta rolündeki Nietzsche ise intihar eğilimli bir filozoftur.

1999 yapımı *Patch Adams* adlı filmde, iki tür hekim ön plana çıkarılmıştır. İlki (dekan), sert bakışlı, otoriter, kitaplara ve kurallara bağlı ve müsamahasız oluşu ile “yarı tanrı imajı” taşıırken, diğeri (Patch) hasta iletişimini ön planda tutup, kitabî bilgileri ikinci sırada önemseyen, tedavinin bir parçası haline gelen, etrafındaki insanlara güvenen ve güvenilen “bizden biri” imajını yansıtmaktadır. Filmdeki resmi hastane, ferah, aydınlık, geniş, hijyenik bir mekânken, gayri-resmi olan gönüllüler hastanesi ise hijyenden uzak, neredeyse hiç ekipmanı olmayan ama yoğun ilgi ve şefkatle bu açığı kapatan bir hastanedir. Her yaştan, ırktan ve cinsiyetten hasta profiline yer verilmiştir.

Awakenings (1990) [Oliver Sacks](#)'ın gerçek hikâyesine dayanarak çekilmiştir. Dr. Malcolm Sayer, hasta iletişimi güçlü, araştırma-geliştirmeyi önemseyen, istekli, alanında yeterli, nazik ve sempatik, güvenilir, nispeten asosyal bir kişiliğe sahiptir. Hastane başta kronik hastaların adeta hapsedildiği bir mekânken, Dr. Sayer'in etkisi ile ideal bir hastaneye dönüşmüştür. Antisepalitik hastası olan Leonard, orta yaşlı, iyileşme isteği hekim tarafından ortaya çıkartılan biridir.

Side Effect (2013) iki tür hekimin ön plana çıkartıldığı bir filmidir. Kadın doktor, mesleği kötüye kullanan, para düşkünü, sert bakışlı ve cinsel tercihinde sapma olan bir karakterken; erkek doktor hastası için çabalayan, zor zamanlarda kişisel bakımını ihmal eden, etrafına güven veren ve istekli bir karakterdir. Muayenehane, aydınlık, sakin, güven veren ve ulaşılabilir niteliktedir. Depresyon hastası olan kadın, iletişimi iyi ancak bu durumu kadın hekimle yaptığı çıkar anlaşması doğrultusunda kötüye kullanıyor.

Lorenzo's Oil, 1992 yılında gerçek bir hikayeden esinlenerek çekilmiştir. Filmde, kitaplara ve kurallara bağlı klasik bir hekim tipi canlandırılmıştır. Hekimin inandırıcılığı zayıftır ve meslekî araştırma noktasında istek sahibi değildir. Filmdeki hastane karanlık ve loş bir mekân olarak dikkat çekmektedir. Hasta, ALD hastası bir çocuktur.

The Bucket List (2007), kanser hastası iki adamın son altı ayını konu almaktadır. Filmde yer alan hekim profili, orta yaşlı, özgüveni yüksek, mesleğinde yeterli, nazik ve adamına göre muamele eden bir yapıdadır. Bu sebeple etrafına tam güven vermemektedir. İki kişilik odaların bulunduğu, nezih ve herkese eşit muamele yapılan bir hastanedir. Hasta, tedavi gördüğü hastanenin sahibi olan, huysuz ve yaşlı bir adamdır.

The Diving Bell and Butterfly (2007), Elle dergisinin editörü Jean-Dominique Bauby'nin gerçek hikayesine dayanarak çekilmiştir. Bauby'nin hekimi, bakımlı ve hoş bir bayandır. Mesleğini seven, özgüveni yüksek, alanında yükselmeye istekli, nazik ve anlayışlı, iletişime açık bir karakterdedir. Filmin geçtiği hastane, aydınlık, ferah, her türlü imkanın dikkat çektiği bir hastanedir. Hasta ise, söylenenleri algılayıp, sadece tek gözünü kırparak tepki verebilen orta yaşlı bir felçlidir.

4. Sonuç

Hollywood filmleri arasından seçilen 10 filmde, genel itibariyle iki tür hekim profilinin ortaya çıktığı tespit edilmiştir. İlk hekim tipi, görüntüsüne önem veren, hasta ile arasında ciddi bir mesafe bulunan, hastayı hastalığın nesnesi olarak konumlandıran, genellikle somurtkan, olabildiğince ciddi, tıp literatürünü kutsayan bir hekim tipidir. Bu hekim tipi, hastaya yaklaşımında “hasta yoktur hastalık vardır” diyebilecek kadar hastalığı ve hastayı sıradanlaştıran bir yaklaşımı benimsemektedir. Hastanın ismi, yattığı hasta yatağının ya da dosyasının numarasından fazlasını ifade etmemektedir. Hastanın nasıl olduğu sorusu, sadece tetkiklerle cevaplanabilecek bir sorudur, bunu hastaya sormayı gerekli görmemektedir. Kibirli olmanın iyi bir hekim, hatta iyi bir cerrah olmak için gerekli olduğu yargısı, bu hekim tipinin genel eğilimi olması ile lanse edilmiştir. Hasta ile adeta “başka dünyaların insanı” olduğunu düşünen bu hekim tipi, yer yer kendinde “yarı tanrı vasfı” görmektedir. Bu grupta yer alan hekimler, genel olarak dini inançlara mesafeli duran, Tanrı kavramını sorgulayan kişiler olarak yansıtılmışlardır. Bu vasıflara sahip hekim karakterleri, izleyicide daha az sempati uyandırmakta, yer yer negatif çağrışımlar yapmakta, bu yönüyle filmde yer verilen diğer hekimlere nispet edildiğinde “iyi olmayan hekim”in bu vasıflara sahip olması yönünde beklenti oluşturmaktadır.

Filmlerde “iyi olan hekim”in taşıdığı vasıfların başında insancıl olması gelmektedir. İnsancıl bir hekim, giyiminden konuşmasına kadar birçok yönü ile sıradan insanlara benzemektedir. Bazı filmlerde takım elbise giymeyi reddeden, şık görünmeye özen göstermeyen hekim, filmdeki “sempatik” ve “iyi” hekim figürünün özellikleri arasında yer almaktadır. Hastaya ismi ile hitap etmeyi onunla iletişime geçmenin, ona değer verdiğini göstermenin ilk adımı sayan “iyi hekim”, tıbbın ya da daha kapsamlı bir şekilde ifade edilecek olursa şifanın literatürde var olandan öte bir yerlerde olabileceğini, her ne olursa olsun hekimin tedavinin bir parçası haline gelmesinin hastanın moral ve motivasyon düzeyini yükseltmek için en etkili araç olduğu fikrini yansıtmaktadır. Tanı ve tedavide başarının, yalnız kitaplardan ve tıp fakültesinden edinilen bilgilerden ibaret olmayacağı, istekli olmanın ve “Allah vergisi” yetenek sahibi olmanın da başarıda büyük pay sahibi olduğu vurgulanmıştır. Bu vurgu, hekim kavramının köklerinde yer alan hikmet ve şifacılığa nispetle daha anlaşılır bir hale gelmektedir. “İyi hekim” figürünün sahip olduğu bir diğer özellik ise, fedakârlıktır. Fedakâr hekim, bazen sosyal hayatından, bazen aile hayatından, hatta gece uykusundan vazgeçebilmeli, hastanın ihtiyaç duyduğu her an ulaşılabilir olmalıdır. Bununla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşanagelen ırkçılık da, “iyi hekim”in aştığı bir sorun olarak izleyicinin dikkatine sunulmuştur. İyi bir hekim, dezavantajlı grupta olsa dahi (siyahî) başarılı olabilir. Hastaları ile aynı ırktan olmasa bile onlara eşit ve adil müdahalede bulunmalıdır.

İncelenen filmlerde öne çıkan sağlık kurumları (hastane, klinik, muayenehane vb.) steril ve yeterli ekipmanlarla dikkat çekmektedir. Ferah, iyi aydınlatılmış, tanı ve tedavi süreçleri için gerekli teçhizata sahip olması sağlık kurumunun prestijini arttıran öğeler olarak gösterilmiştir. Ancak sağlık kurumunun sahip olduğu imkânlar, tedavide sonuç almak için tek başına yeterli değildir. Bu imkânlar, ancak iyi iletişim kurabilen, insancı bir hekim ile anlam kazanmakta, hatta böylesi bir hekimin olduğu yerde bu imkânlardan mahrum olursa dahi iyi sağlık hizmeti verilebilmektedir.

Hasta karakteri, bazı filmlerde hekimin güdülemesi ile iyileşme yönünde çaba sergileyen bireyler olarak gösterilmişken, bazı filmlerde hastanın akli melekelerinin farkındalık duyacak düzeyde olmaması sebebiyle (bebek, algıları kapalı vs.) ebeveynlerinin iyi olması yönündeki çabaları vurgulanmıştır. Genel olarak hastalığı ve bilgi asimetrisi sebebiyle acizyet içinde ve hekime muhtaç bir profil taşımaktadır.

Seçilen filmler üzerinden yapılan analizden hareketle, canlandırılan hekim karakterinin ve seçilen hastanenin özelliklerinin, sağlık hizmetleri talebinde bulunan hastaların verilen hizmeti almadan önceki beklentilerini etkileyeceği, aldıkları sağlık hizmetlerinin algılanan kalite algısı üzerinde etki yapabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Gelecekte yapılması planlanan çalışmalar ile sinema filmlerinin doğrudan hastaların beklentileri ve algıları üzerindeki etkilerinin tespiti amaçlanmaktadır.

Kaynakça

- 1.ADORNO, T. ve M. Horkheimer (2010), *Aydınlanmanın Diyalektiği*, Kabalcı Yayınevi, İstanbul.
- 2.BUSBY, G. ve J. Klug (2001), *Movie-Induced Tourism: The Challenge of Measurement and Other Issues*, Journal of Vacation Marketing, 7(4), p. 316–332.
- 3.CRONIN, J. J. ve S. A. Taylor (1992), *Measuring Service Quality: A Re-Examination and Extension*, Journal Of Marketing, 56 (3), p. 55-68.
- 4.CHARLESWORTH, A. ve S. Glantz, (2008). *Smoking in The Movies Increases Adolescent Smoking: A Review*, Pediatrics, 116 (6), p. 1516-1528.
- 5.FITZPATRICK, R. ve A. Hopkins (1983), *A Problem in the Conceptual Framework of Patient Satisfaction Research: An Empirical Exploration*, Sociology of Health and Illness, 5 (3), p. 297–311.
- 6.HUDSON, S. ve J.R.B. Ritchie (2006), *Film Tourism And Destination Marketing: The Case Of Captain Corelli's Mandolin*, Journal of Vacation Marketing, 12 (3), p. 256–268.
- 7.KAVUNCUBAŞI, Ş. ve S. Yıldırım (2010), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- 8.KIM, H. ve S.L. Richardson (2003), *Motion Picture Impacts On Destination Images*, Annals of Tourism Research, 30 (1), p. 216–237.
- 9.KÜÇÜKCAN, T., E. Albayrak, Ş. Albayrak, M. M. Küçükyılmaz, S. Güven (2011), *Toplumun, Kültür Politikaları ve Medyanın Kültürel Süreçlere Etki Algısı Araştırması*, Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı İktisadi İşletmesi, Ankara.
- 10.MCLUHAN, M. (2005), *Yaradığımız Medya*, Çev. Ünsal Oskay, Merkez Kitapçılık, İstanbul.
- 11.PARASURAMAN, A., V. A. Zeithaml and L. L. Berry (1985), *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, Journal of Marketing, 49, p. 41-50.
- 12.PARASURAMAN, A., V. A. Zeithaml and L. L. Berry (1988), *SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*, Journal of Retailing, 64(1), p. 12-40.
- 13.POSTMAN, N. (2004), *Televizyon Öldüren Eğlence*, Çev. Osman Akınhay, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- 14.SARGENT, J. D., M. L. Beach, M. A. Dalton, L. A. Mott, J. Tickle, M. B. Ahrens, et al. (2001), *Effect of Seeing Tobacco Use in Films on Trying Smoking Among Adolescents: Cross Sectional Study*, BMJ, 323, p. 1-6.
- 15.SCHMUELI, D., J. J. Prochaska, S. A. Glantz (2010), *Effect of Smoking Scenes in Films On Immediate Smoking: A Randomized Controlled Study*, American Journal of Preventive Medicine, 38 (40), p. 351-358.
- 16.SOLOMON, G. (1995), *The Motion Picture Prescription: Watch This Movie and Call Me in the Morning: 200 Movies to help You Heal Life's Problems*, Aslan Publishing, California.

17. TANRIVERDİ, H. ve Ş. Erdem (2010), *Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ile Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama*, Türkiye Sosyal Araştırma Dergisi (TSA), 14(1), s. 73-92.
18. TAŞ, D. (2012), *Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma*, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 4, s. 79-102.
19. TENGİLİMOĞLU, D., M. Akbolat, O. Işık (2009), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım.
20. VARİNLİ, İ. ve A. Çakır (2004), *Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki Kayseri’de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma*, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17 (2), s. 32-52.
21. World Health Organization Interim Commission (1946), *Official Records of the World Health Organization*. http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf Erişim Tarihi: 11. 08. 2014.
22. Sinema Algı Değiştirmede Etkili: <http://www.psikoajans.com/sinmaterapi-almi-degistirmede-etkili/> Erişim Tarihi: 05.06.2014.
23. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergesi (2005), http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240, Erişim Tarihi: 12. 08. 2014.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇAĞRI MERKEZİ TEMSİLCİLERİNİN DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN TÜKETİCİ BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA

Sezer KORKMAZ*

Emine ORHANER **

ÖZET

Sağlık sektörü, dinamikleri çok çabuk değişen ve gittikçe büyüyen bir sektör halini almıştır. Bu sektörde verimlilik ve kalitenin sağlanmasında iletişim kanalları ve bu kanalların doğru yönetilmesi ayrıca önemlidir. Çağrı merkezleri, iletişim kanalları içerisinde tele pazarlamanın bir türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Çağrı merkezi teknolojilerinin kullanılması daha fazla müşteriye ulaşma ve iyi hizmet sağlama açısından önemlidir. Çağrı merkezleri hem müşteri temsilcileri aracılığıyla hem interaktif sesli yanıt sistemiyle müşteri ve işletmeler arasında iletişim kurmaktadır. Bu çalışmada, çağrı merkezi müşteri temsilcisi özellikleri üzerinde durulmuş ve sağlık hizmeti satın alan müşterilerin bu özellikler hakkındaki düşünceleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada, Burgers, Ruyter, Keen ve Streukens'in müşteri beklenti boyutlarını ortaya koymak amacıyla geliştirdikleri ölçekten yararlanılmış ve uyumluluk, güven, empati ve yetkilendirme boyutları çerçevesinde 172 kişiye anket uygulanmıştır. Yapılan veri analizi sonucunda, müşterilerin, çağrı merkezi temsilcilerinden, sinirli oldukları anlarda bile sakin olması ve arkadaşça davranması beklentisi içinde oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, müşteriler, çağrı merkezi müşteri temsilcisiyle paylaştıkları bilginin gizli tutulacağı konusunda güven duymak istediklerini de belirtmişlerdir. Bunların dışında, çağrı merkezi temsilcisinin empati kurma yeteneğini geliştirmiş ve uzmanlık bilgisine sahip olması da beklenmektedir. Araştırma sonucu kadın katılımcıların erkeklere göre çağrı merkezi müşteri temsilcilerine daha fazla güven duydukları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: çağrı merkezi temsilcisi, uyumluluk, güven, empati, yetkilendirme

*Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, sezerk@gazi.edu.tr

**Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, eorhaner@gazi.edu.tr

ABSTRACT

Healthcare sector has been one of the most rapidly growing and dynamical sectors. Communication channels and their management in the appropriate way have been pivotal in order to provide efficient and high quality healthcare services. Call centers can be identified as one of the telemarketing techniques within the appropriate communication channels. By taking advantage of the call center technology, we can reach at more customers and provide a better quality service by all means. Call centers have been highly efficient in returning to customer concerns through their CTR crew as well as establishing ties of communication between customers and firms. This study focuses on the characteristics of call center employees (CTRs) and tries to highlight the customer satisfaction level related to CTR performance. Thus, the study utilizes the customer expectations scale developed by Burgers, Ruyter, Keen and Streukens and runs a survey analysis on 172 people in order to identify the adaptiveness, assurance, empathy and authority levels. The survey analysis shows that customer expectations lean towards more amicable and sincere CTR crew. Furthermore, customers make it clear that they expect the CTR employee to keep the customer information confidential and build a sense of trust with the customer. Apart from these, customers expect the CTR employee to be able to empathize with them and have adequate level of expertise on the subject they are concerned with. Consequently, the results of the study show that female respondents are more favorable and confident towards CTR employees than the male respondents.

Key Words: call center representative, adaptiveness, assurance, empathy, authority

1.Giriş

Çağrı merkezi uygulaması tele pazarlamanın bir türüdür. Çağrı merkezleri, **kurum ve kuruluşların iletişimde oldukları kişi ve/veya kurumlarla haberleşmelerini çeşitli erişim yöntemleri (telefon, faks, e-mail, SMS, anlık ileti vb) ile sağladıkları yazılım (çağrı merkezi merkezi hizmet yazılımları, uç noktası yazılımları, raporlama yazılımları vb), donanım (santral, pc, server, gateway, mediagateway, telefonlar, operatör başlıkları vb.) ve nitelikli iş gücünden oluşan merkezlerdir (www.karel.com.tr/blog/cagri-merkezi-nedir-ne-kazandirir, Erişim Kaynağı: 28/07/2014)**. Telefon temelli iletişimin uzman ekip ve işletmelere yaptırılmasıyla etkinlik ve verimliliğin arttığına anlaşılmaya birlikte gelişip yaygınlaşmıştır. Ülkenin hatta dünyanın herhangi bir yerine yerleşip, yüzlerce işletmenin telefon iletişimini üstlenebilmeleri, çağrı merkezlerini karlı bir işkolu haline getirmiştir.

Taylor ve Bain'e (1999) göre ise çağrı merkezi tanımı üç temel unsurdan oluşmuştur. Bu unsurlardan ilki, çağrı merkezlerinin kendini işine adanmış ve müşteri hizmetleri konusunda bir hayli deneyimli olan insan kaynaklarından oluşmasıdır. İkinci unsur, çağrı merkezinde yer alan insan kaynağının telefon ve bilgisayarı eş zamanlı olarak kullanabilmesidir. Çağrı merkezi tanımının son unsuru ise çağrı merkezine gelen çağrılarının otomatik dağıtım sistemi tarafından kontrol edilebilmesidir. Taylor ve diğerleri (2002) ise

çağrı merkezlerinin değişik türde dizayn edilmesi gerekliliğinden bahsetmiş ve düşük maaşlı çağrı merkezi temsilcilerinin çağrılara, dikkatli ve sıkı kontrolün olduğu bir sistem içinde yanıt verebileceğini belirtmiştir. Buna karşın, nitelikli ve maaşı yüksek müşteri temsilcilerinin internet servisi ile iş dünyası veya endüstriyel müşterilerden gelen çağrılara cevap verebileceği bir çağrı merkezinin dizayn edilmesi gerekliliğine değinmişlerdir.

Çağrı merkezi derneğinin gerçekleştirmiş olduğu bir araştırma sonucunda Türkiye çağrı merkezi pazarının büyüklüğünün 2013 yılı kapsamında 1,4 Milyar USD'i aştığı ve her geçen gün büyümeye devam ettiği vurgulanmıştır. Şu anda Türkiye'nin 43 ilinde çağrı merkezleri faaliyet göstermektedir. Söz konusu araştırmaya göre ülkemizde 2014 yılında yapılacak çağrı merkezi yatırımlarının daha çok İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde yoğunlaşacağı tahmin edilmektedir (Call Center-VOV\Call Center Life.htm, Erişim tarihi:16 Temmuz 2014). Şu an için çağrı merkezi bulunan illerimiz, Adana, Adıyaman, Afyonkarahisar, Amasya, Ankara, Antalya, Artvin, Aydın, Balıkesir, Bingöl, Bitlis, Bursa, Denizli, Diyarbakır, Düzce, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Gümüşhane, Hatay, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Karabük, Karaman, Kayseri, Kırıkkale, Kocaeli, Konya, Malatya, Ordu, Rize, Sakarya, Samsun, Sivas, Şanlıurfa, Trabzon, Uşak, Van, Yalova ve Yozgat'dır. Çağrı merkezi derneğinin gerçekleştirmiş olduğu araştırmanın sonucu Türkiye'deki çağrı merkezi sayısının toplamda 1100'den fazla olduğu ve özellikle dış kaynak servis sağlayıcılarının sayısındaki artışın sürdüğünü göstermektedir. 2007 yılından 2013 yılına kadar olan istihdam artışının da ayrıntılı olarak ifade edildiği bu çalışmada, 2012 yılında 67.000 kişi olduğu düşünülen "Müşteri Temsilcisi" sayısının 2013 yılı sonunda tahminen 70.200 kişiye ulaşacağı belirtilmiştir. Müşteri temsilcisi sayısındaki artış ise daha çok dış kaynak hizmet sağlayıcılarının istihdamıyla gerçekleşmiş olduğu görülmektedir (Call Center-VOV\Call Center Life.htm, Erişim tarihi:16 Temmuz 2014).

Çağrı Merkezleri GSM ve bankacılık sektörlerinin olmazsa olmazı gibi görünür. Halbuki çağrı merkezi ihtiyacı müşterisi olan her sektör için geçerlidir. Türkiye'de sağlık sektörü için bu ihtiyacın fark edilmesi yaklaşık 8 yıllık bir sürece dayanmaktadır. Tüm süreçlerin başladığı ve devamının getirildiği ve hastanenin vitrini sayılacak çağrı merkezleri, hem hizmet kalitesinin artmasına hem süreçlerin değiştirilip, geliştirilebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu noktada çağrı merkezlerinin faydalı ve sakıncalı yönlerini tartışmak yararlı olacaktır.

Çağrı merkezi teknolojilerinin kullanılması daha fazla müşteriye ulaşma ve daha iyi hizmet sağlama açısından önemlidir. Çağrı merkezleri, hizmetin dağıtım sürecini etkilemiş ve tüketicilerin hizmetin sunulduğu yere gitme zorunluluğunu ortadan kaldırmıştır. Dolayısıyla bu durum hizmet dağıtım maliyetlerinin düşmesini sağlamıştır. Çağrı merkezlerindeki müşteri temsilcilerinin, donanımlı olması hızlı ve etkin hizmet sunması zamandan tasarruf sağlayacaktır. Böylelikle müşteri memnuniyeti sağlanacak ve müşterinin ülke içerisinde bir diğer çağrı merkezini araması önlenebilecektir (Bennington, Cummane, Conn, 2000: 162). Çağrı merkezlerinin bu faydalarına karşın, pek çok müşteri yüzyüze hizmeti tercih etmektedir. Bunun en büyük nedeni olarak çağrı merkezlerinde kullanılan teknolojilerin her kültürde kabul edilmemesidir. Örneğin Avustralya'da cep telefonları ve internet, çağrı merkezlerine

göre daha fazla tercih edilmektedir. Genellikle müşteriler çağrı merkezlerinde sunulan hizmetin kesintisiz bir şekilde sürmesi beklentisi içindedir. Ancak teknolojik alt yapı eksikliği ve yetersizlikler, sunulan hizmetin kesilmesine ve müşterilerin sinirlenmesine yol açacaktır. Calk'a (1998) göre müşterilerin çağrı merkezlerinden en büyük beklentileri hızlı hizmet sunmalarıdır. Böylelikle müşterilerin, sunulan mal ve hizmetlere kolay ulaşabilmesi mümkün olacaktır. Teknolojik alt yapı yetersizlikleri hizmetin hızını olumsuz etkileyecektir. Çağrı merkezini arayan müşteriye zamanında geri dönmeme durumu da çağrı merkezlerinde yaşanan bir diğer sorundur. Sarel ve Marmorstein'de (1998) çağrı merkezleri ile ilgili çalışmalarında müşterilerin zamanında cevap beklediklerini ve bu konudan kaynaklanan sorunlara göz yummadıklarını belirtmişler ve gecikmeden kaynaklanan sorunların sunulan hizmetin kalitesini olumsuz etkilediğini söylemişlerdir. Zeithaml ve Bitner (1996) müşterilerin bekleme zamanı algılamalarına ilişkin sekiz farklı açıklama geliştirmişlerdir.

1. Zaman bolluğu zamanın kısıtlı olduğu durumlara göre bekleme zamanının uzadığı hissini uyandırır.
2. Ön süreç beklmeleri, işleyen süreç içinde karşılaşılan beklmelere göre kişide daha uzun beklediği hissini uyandırır.
3. Endişeli olma bekleme zamanını uzatır.
4. Bekleme süresinin bilinmemesi, bekleme süresi belli olan durumlara göre kişide daha uzun beklediği hissini uyandırır.
5. Açıklama getirilmeden kişinin bekletilmesi, açıklama getirilenlere göre daha uzun bekleme yaptırıldığı hissini uyandırır.
6. Haksız beklmeler adil olan beklmelere göre kişide daha uzun beklediği hissini uyandırır.
7. Sunulan hizmetin kaliteli olması, müşterinin bekleme süresini uzatır.
8. Yalnız beklmeler, grup ile beklmelere göre daha uzun beklenildiği hissini doğurur.

Çağrı merkezlerinin bir diğer sakıncası yüz yüze etkileşim olmadan müşteri ilişkilerinin güçlendirilmeye çalışılmasıdır. Çağrı merkezlerinde kullanılan metot çağrı merkezi temsilcisinin sesine dayalıdır ve ses yüz yüze iletişime göre daha sızıntılıdır. Bunun anlamı hislerimizin ses yoluyla daha kolay anlaşılabilir olmasıdır. Söz konusu bu durum çağrı merkezi yöneticileri için durumu daha karmaşık hale getirmektedir.

Bu çeşit sakıncalarına rağmen, iyi planlanıp, doğru şekilde yönetilen bir çağrı merkezi ile hizmet kalitesini arttırmak, tüm süreçleri geliştirmek ve özellikle sağlık sektöründe hasta taleplerini, ölçüp yönetebilmek mümkün olabilecektir. Teknoloji odaklı çalışan ve Medikal Direktörlük tarafından desteklenen bir çağrı merkezi hem hastaları hem de yönetimi mutlu edecek faydalar sağlayabilir. Hasta bazında pazar bölümlendirmesi yapıp, tüm dosya bilgilerine anında ulaşarak taleplere cevap vermek; müşterilerin ihtiyaç duyacakları hizmetleri herkesten önce tahmin edip müşteri temsilcisi vasıtası ile hastalara sunmak etkin yönetilen çağrı merkezleri aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Aradığında ismi ile karşılanan, yaptırması

gereken kontrolü ya da tetkiki hatırlatılan, kısa sürede ve her an istediği hizmete ulaşabilen bir hastanın mutluluğu hizmet sunumunun sürekliliğini de beraberinde getirecektir.

Müşteri ve çalışanların hizmet sektöründeki deneyimleri yeni teknoloji ve farklı dağıtım modelleri ile değişmektedir. Telefon, ofis ve posta hizmetleri çağrı merkezleri ve internete dayalı metotlarla tamamlanmaktadır. Çağrı merkezleri hem telefonla müşteri temsilcileri hem de sesli-teknoloji (interaktif sesli yanıt) ile müşteri ve işletmeler arasında iletişim kurmaktadır. Ayrıca çağrı merkezleri pazarlama stratejileri kapsamında, bir iletişim kanalı olarak başarılı müşteri ilişkileri oluşturma sürecinin odak noktası haline gelmiştir. Çağrı merkezi temsilcileri işletmeler ve müşteriler arasında bağlantı kurmak için giderek daha önemli hale gelmektedir. Müşteriler için, bir hizmetin değerlendirilmesi genellikle "hizmet karşılığı" veya müşterinin işletme ile etkileşim süresinin değerlendirilmesine bağlıdır. Hizmet sürecinde işletmelerin tüketici algılarına özellikle dikkat etmesi gerekmektedir. Tüketici algıları, alınan hizmetin kalitesini değerlendirirken iletişim halinde olunan müşteri temsilcilerinin tutum ve davranışlarından kuvvetli bir biçimde etkilenmektedir. İletişim halinde olunan müşteri temsilcilerinin, işletme ile müşterinin ilk bağlantı noktası olmaları nedeniyle, hizmeti sunma ve satma, işletme tarafından verilen sözleri yerine getirme ve işletme hakkında olumlu imaj oluşturma gibi sorumlulukları vardır. Literatürde mal ve hizmetlerin satışında, geleneksel satış personeliyle gerçekleştirilen iletişim ve tüketicilerin satış personeli davranışlarına ilişkin beklentilerini içeren pek çok araştırma yapılmış olmasına rağmen, çağrı merkezlerinde istihdam edilen çağrı merkezi temsilcisi davranışı açısından tüketici beklentilerini içeren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu noktadan yola çıkılarak, çalışmamızda çağrı merkezi müşteri temsilci davranışlarına ilişkin tüketici görüş ve beklentilerinin ne olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın Teorik Çerçevesi

Özellikle sağlık sektöründe, çağrı merkezlerinde sunulan hizmetlerin niteliği incelendiğinde müşteri temsilcilerinin bilgi düzeyi, davranış ve tutumlarının müşteri algısı üzerinde bir hayli etkili olduğu görülmektedir. Bu yüzden özellikle hizmet sektöründe görev yapan çağrı merkezi temsilcilerinin nitelik ve davranışları rekabet avantajı yaratan önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir (Burgers vd., 2000: 143).

Çağrı merkezi temsilcisi davranışlarının ne olması gerektiği ile ilgili hizmet pazarlama literatüründe yapılmış pek çok araştırma mevcuttur. Örneğin, Bearden vd (1998) müşteri temas ve hizmet memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyi etkileyen üç özellikten bahsetmişlerdir. Bunlar; müşteri özellikleri, hizmet özellikleri, müşteri temsilcisi özellikleridir.

Bu noktada çalışmamızın konusunu müşteri temsilcisi özellikleri oluşturduğu için bu noktaya odaklanılmıştır. Bearden vd. (1998) yapmış oldukları çalışmada, müşteri temsilcilerinin öz-yeterlilik, uyum ve empati gibi özelliklere sahip olması gerektiğini söyleyerek, bu özelliklerin temas düzeyi ve algılanan hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi yumuşattığını belirtmişlerdir.

Boshoff (1999) ise geliştirdiği ölçekte (RECOVSAT) bir çağrı merkezi temsilcisinde olması gereken sekiz kişilik özelliği üzerinde durmuş ve çağrı merkezlerini müşteri hizmetlerini iyileştirmede ve geliştirmede önemli role sahip birimler olarak tanımlamıştır. Boshoff'un geliştirdiği ölçekte yer alan özellikler;

- ✓ zaman
- ✓ iletişim tarzı
- ✓ empati
- ✓ güvenilirlik
- ✓ hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti algılamaları
- ✓ yetkilendirme
- ✓ çalışan tutumu (tavır)
- ✓ açıklama yapmak olarak sıralanmıştır.

Parasuraman vd. (1985) ise hizmet odaklı çağrı merkezi temsilcisine uygun olan ve hizmet kalite algısını etkileyen üç ek belirleyiciyi öne sürmüşlerdir. Bunlar; yetkinlik (yeterlik), güvenlik ve müşteriye anlamak / bilmektir.

Yukarıda yer alan, hizmet kalitesini etkileyen müşteri temsilcisi davranış özelliklerinin kısa açıklamaları aşağıda yer alt başlıklarda yapılmıştır.

Öz-yeterlik: Çalışanın iş ile ilgili gerekli faaliyetleri yürütmek için yeterli olduğu inancı öz yeterlilik olarak adlandırılır (Bearden vd., 1998; Hartline ve Ferrell, 1996). Otel hizmetleri ve çalışan güçlendirilmesine ilişkin yapılan bir çalışmada, çalışanın öz-yeterliliğinin yüksek olmasının, algılanan müşteri hizmet kalitesi üzerinde pozitif bir etkisi olduğu bulunmuştur (Hartline ve Ferrell, 1996: 53). Öz-yeterliliğin yüksek olması, teknolojik bir ortamda çalışılması nedeniyle çağrı merkezi temsilcisinin performansının önemli bir belirleyicisi olacaktır. Telekomünikasyon ve bilgisayar teknolojisi ile rahat çalıştığını hisseden çağrı merkezi temsilcisi, bu teknolojiler ile rahat çalıştığını hissetmeyenlere göre büyük olasılıkla daha kaliteli hizmet sunacaklardır.

Uyumluluk: Esneklik olarak da adlandırılan uyumluluk, çağrı merkezi temsilcilerinin davranışlarını ayarlama ve kişilerarası çatışma durumlarının üstesinden gelme yeteneğidir. Müşteri ihtiyaçlarına göre uyarlanabilir çalışan davranışları müşteri memnuniyetinin önemli bir belirleyicisidir (Hartline ve Ferrell, 1996; Bitner vd., 1990; 1994; Weitz vd., 1986). Çağrı merkezlerinde, diyaloglar (komut dosyaları) genellikle çağrı merkezi temsilcilerinin müşteriler ile görüşmelerinde yardımcı olmak için kullanılır. Komutlar çok sertse ve çağrı merkezi temsilcilerinin komutlardan ayrılmasına izin verilmiyorsa uyumluluk konusunda bir atılım sorunların ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır. Bu durum müşterinin algıladığı hizmet kalitesi düzeyinde bir azalmaya yol açabilir.

Empati: Empati, müşteriye kişisel katılım düzeyini gösteren bir çağrı merkezi temsilci yeteneğidir. Empati yeteneği müşteriye önem verildiğini, umursandığını gösterir (Parasuraman vd., 1988: 14, Zeithaml vd., 1990: 26). Çağrı merkezi gibi müşteri temsilcileri ve müşteri arasında yüksek düzeyde olan temaslarda ve uzun süreli bağlantılarda, empatinin önemli bir çağrı merkezi temsilci davranış özelliği olması beklenmektedir (Burgers vd., 2000: 145).

Buna karşın daha kısa ve temas düzeyinin düşük olduğu kişisel bağlantılarda empatinin daha az kurulması söz konusu olabilir.

Zaman: Zaman kavramı ile anlatılmak istenen, müşteri şikayet ya da dileklerinin çözülme hızıdır (Boshoff, 1999: 238). Çağrı merkezi bağlamında zaman, önemli bir performans değişkeni olarak kabul edilmektedir. Konuşma süresi, zamanı yönetmek, kuyruk (bekleme) süresi, zaman tutmak gibi ölçütler, çağrı merkezi yönetimi tarafından çağrı merkezi temsilcilerinin performanslarını ölçmek için kullanılan ölçütlerdir.

İletişim tarzı: İletişim tarzı, çağrı merkezi temsilcilerinin müşteri ihtiyaçlarını ele alma biçimini ifade etmektedir. İletişim tarzı yakınsak ve sürdürme olarak iki türe ayrılmaktadır. Yakınsak iletişimde çağrı merkezi temsilcisi müşteri ihtiyaç ve beklentilerine göre ses tonunu ve iletişim tarzını uyarlamaktadır. Sürdürme iletişim türünde ise çağrı merkezi temsilcisinin müşteri ihtiyaçlarına göre iletişim tarzını uyumlaştırmaya çalışması yönünde herhangi bir çabası yoktur.

Güvenilirlik: Güvenilirlik kavramı, çağrı merkezi temsilcilerinin müşterilerine verdikleri sözleri tutmalarını ve güvenilir olmalarını içermektedir. Çağrı merkezi temsilcisi ve müşteri ilişkisi kalitesi açısından güven önemli bir yapı taşıdır ve özellikle sesli hizmet karşılama sırasında çağrı merkezi müşteri temsilcisinde bulunması gerekli özellik açısından müşteri beklentilerinin önemli bir bileşenidir.

Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti algılamaları: Maksimum hizmet kalitesini ve müşteri tatminini sağlamak için müşterinin çağrı merkezi temsilcisinin verdiği sözü algılamasıdır. Verilen söz önemli bir ilişki değişkenidir ve çağrı merkezlerinde ilişkileri sürdürmek amacıyla giderek daha önemli hale gelmektedir.

Yetkilendirme: Çağrı merkezi müşteri temsilcisi bir ön cephe çalışanıdır. Dolayısıyla mesleği ile ilgili gereken beceriyi taşımalı, istekli olmalı, gerekli araç ve yetkiye sahip olmalıdır. Bunların başarılması için çağrı merkezi temsilcisinin kendisi için önemli olacak dört organizasyon içeriğini bilmesi gerekmektedir (Bowen ve Lawler, 1992: 35).

1. Çağrı merkezi temsilcisi örgüt performansı hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
2. Çağrı merkezi temsilcisi örgüt performansına dayalı ödüller hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
3. Aktarılan bilgi, çağrı merkezi temsilcisinin örgütsel performansına katkıda bulunmalıdır.
4. Karar verme gücü, örgüt performansını ve yönünü etkilemelidir.

Çağrı merkezlerinde teknoloji, yetkilendirmeyi sınırlandırmaktadır (Bowen and Lawler, 1992: 36). Katı komutlar ile doğru müşteri ve ürün bilgilerine erişimin yetersiz olması, çağrı merkezi temsilcilerinin cesaretlerini engelleyebilmektedir. Böyle durumlarda çağrı merkezi yönetiminin rolü çok önemlidir. Yöneticilerin, çalışanlara yaptıkları işin işletme için ne kadar önemli olduğunu sık sık hatırlatmaları ve motive etmeleri gerekmektedir.

Çalışan (personel) tutumu: Çağrı merkezinde hizmet sunanların, müşterilere nazik ve saygılı davranıp davranmamalarıyla ilgilidir. Kötü bir gün geçirmeleri ya da yorgunluk, çağrı

merkezi temsilcilerinin tutumları üzerinde etkili olabilir ve dolayısıyla verilen hizmetin kalitesini etkiler. Günün büyük bir kısmını telefon görüşmeleriyle geçirmek zorunda oldukları için, kızgın veya zor bir müşteri aradığında, bir sonraki görüşmeye devam etmek zorunda olmaları nedeniyle, müşteriyi sakinleştirmek için çok az zamanları vardır. Bu durum bazen bir sonraki müşteriye zayıf bir tutum sergilemeleri ile sonuçlanabilir.

Açıklama yapma: İşletme adına müşterilerle ilk iletişim kuran pozisyonunda olan çağrı merkezi temsilcilerinin müşteri şikayetlerine yanıt verme gibi bir diğer önemli görevleri vardır. Şikayetler ortaya çıktığı zaman, müşteriye açıklama yapmak genellikle çağrı merkezi temsilcilerinin sorumluluğundadır. Müşteriler, bir şikayet ya da bilgi almak için çağrı merkezini aradıkları zaman, genellikle ne olduğunun ve olayların neden meydana geldiğinin açıklamasını istemektedirler. Açıklamanın içeriğinin müşteri tatmini ve tatminsizliği üzerinde etkisi vardır. Açıklamanın doğruluğu ve netliği müşteriler için önemlidir. Teknoloji veya kaynak yetersizliğinden dolayı yetersiz bilgi verilirse, bu durum büyük olasılıkla müşteri temsilcilerine yansiyacak ve işletmenin bütün imajını etkileyecektir.

Yeterlilik: Yeterlilik, hizmet sunumunu gerçekleştirmek için çağrı merkezi müşteri temsilcilerinin gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları anlamına gelmektedir. Sesli-sesli hizmet karşılaşmaları bağlamında, çağrı merkezi temsilcileri işletmenin sunduğu ürün ve / veya hizmetler hakkında gerekli bilgiye ve aynı zamanda işi yürütmek için gerekli olan çoklu faaliyetleri (örneğin müşteriyi dinlemek, bilgi aramak ve veri tabanına müşteri bilgilerini girmek) gerçekleştirme becerisine sahip olmalıdırlar. Bu beceriler kısmen doğuştan gelebilir kısmen de eğitim ile kazanılmış olabilir.

Güvenlik: Güvenlik, tehlike, risk, ya da şüphe durumunda özgür davranabilmek demektir (Parasuraman vd., 1985: 47). Müşteriler, işletme ile kurmuş oldukları ilişkilerinde gizliliğin hakim olmasını isterler. Bir çok müşteri, işletmelerin kendilerinden topladıkları ve eriştikleri bilgi derecesinin farkında oldukları için çağrı merkezi temsilcilerinin de söz konusu bu duruma göre ve müşteri belirsizliklerini tespit ederek hareket etmesi gerekmektedir. Bu durum, özellikle müşteri hakkında son derece hassas verilere sahip, finans ve sağlık sektörleri açısından özellikle önemlidir.

Müşteriyi anlamak / bilmek: Müşteri temsilcilerinin özel müşteri ihtiyaçlarını anlamak için çaba sarf etmeleri anlamına gelmektedir. Müşteri temsilcilerinin, görüşmeden neye ihtiyaç duydukları ve ne beklediklerini belirlemek için müşterileri nasıl anlayacaklarını, müşterinin ne istediğini belirlemek için dikkatle müşteri dinlemeyi, müşteriyi özel bir birey gibi hissettirmeyi ve hangi müşterilerin işletmeye sadık ve yaşam boyu yüksek değere sahip olduğunu öğrenmeleri gerekmektedir.

Görüleceği üzere literatürde çağrı merkezi temsilcileri için saptanmış olan 13 potansiyel davranış özelliği söz konusudur. Çalışmamızın araştırma kısmında bu 13 özellikten yola çıkılarak geliştirilmiş olan ölçekten yararlanılmış ve çağrı merkezi temsilcilerinden tüketicilerin beklentileri saptanmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın Araştırma Yöntemi ve Bulgular

Bu çalışmanın amacı, çağrı merkezi uygulamaları kapsamında, müşterilerin çağrı merkezi temsilcilerinin davranış özellikleri konusunda beklentilerini ortaya koymak ve bu kapsam çerçevesinde sağlık sektöründe faaliyetlerini sürdüren işletmeler için çağrı merkezlerinin etkinliğini ve kalitesini tartışmaktır.

Bu amaçtan yola çıkılarak, Burgers, Ruyter, Keen ve Streukens (2000)'in çalışmanın teorik bölümünde belirtilen 13 çağrı merkezi temsilcisi davranış özelliğinden yola çıkarak geliştirmiş oldukları ölçekten yararlanılmıştır. Söz konusu ölçekte, ölçek geliştirme sürecinde yapılan analizler sonucu ortaya konulmuş olan ve müşterilerin çağrı merkezi temsilcilerinde bulunmasını istedikleri özellikleri içeren; uyumluluk, güven, empati ve yetkilendirme boyutları dikkate alınmış ve bu doğrultuda düzenlenmiş olan anket formu kullanılmıştır. Anket formu yirmiyedi adet soruyu içermektedir. Bu sorulardan onaltı tanesi, uyumluluk, güven, empati ve yetkilendirme boyutlarını ölçmeye yöneliktir. Anket formunda altı adet demografik bilgileri elde etmeye yönelik soru vardır. Üç adet soru çağrı merkezi kullanımıyla, iki adet soru da araştırmaya katılanların sosyal güvenlik bilgileri ile ilgilidir. Anket formunda aralıklı ölçek türü kullanılmış ve çağrı merkezi temsilcilerinin davranış özelliklerini belirlemeye yönelik 16 adet soru 5'li Likert ölçeğine göre oluşturulmuştur (Burgers, Ruyter, Keen ve Streukens 2000:150).

Anket sonucu elde edilen veriler, SPSS paket programından oluşan dosyaya aktarılmış ve bu veriler araştırma amacına göre kodlanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, parametrik testlerden doğrulayıcı faktör analizi t testi ve varyans analizini kullanılarak test etmişlerdir.

Araştırmamızda kullanılan anket formu, araştırmacılar tarafından hem basılı hem de elektronik ortamda düzenlenmiş ve katılımcılara uygulanmıştır. Çalışmada ilk olarak kolayda örnekleme yöntemiyle tüketicilere ulaşılmaya çalışılmış, sonraki aşamada kartopu örnekleme yöntemi benimsenerek, anketi cevaplandıran katılımcılarında yönlendirmesiyle onların referans olduğu kişilere ulaşılarak alan araştırmasının tamamlanmasına çalışılmıştır. Bu doğrultuda asıl uygulamanın hemen hemen herkesin sağlık hizmeti satın alma gibi bir durumu söz konusu olduğundan Ankara ili baz alınarak uygulanmasına karar verilmiştir. Örneklem büyüklüğü belirlenirken faktör analizi çalışmalarında benimsenen genel kuraldan yola çıkılarak ifade sayısının 10 katı kadar katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir (Hair vd., 2005: 113). Bizim çalışmamızda çağrı merkezi temsilci özelliklerini kapsayan ifade sayısı onaltıdır. Dolayısıyla 160 ankete ulaşmak hedeflenmiştir. Geri dönen 180 soru kağıdının 172 tanesi kullanılabilir olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	73	42,4
	Kadın	99	57,6
Yaş	18-25	23	13,4
	26-30	43	25,0
	31-40	72	41,9
	41-50	26	15,1
	51 ve üstü	8	4,7
Gelir	550 TLden az	4	2,3
	551-750 TL	4	2,3
	751-1000 TL	6	3,5
	1001-2000 TL	18	10,5
	2001-4000 TL	73	42,4
	4001 TL ve üzeri	67	39,0
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	2	1,2
	Ortaokul mezunu	4	2,3
	Lise mezunu	14	8,1
	Üniversite mezunu	90	52,3
	Yüksek lisans-Doktora	62	36,0
Medeni durum	Evli	85	49,4
	Bekar	87	50,6
Meslek	Öğrenci	12	7,0
	Öğretmen	12	7,0
	Mühendis	15	8,7
	Memur	21	12,2
	Serbest meslek	10	5,8
	Emekli	6	3,5
	Doktor	4	2,3
	Hemşire	2	1,2
	Diğer sağlık personeli	11	6,4
	İşçi	8	4,7
	Akademisyen	32	18,6
	İşsiz	5	2,9
	Diğer	34	19,8

Çalışmamıza katılanların, %57,6'sı kadın, %42,4'ü erkektir. Katılımcıların yarıdan fazlasının (%66,9) 26-40 yaş aralığında yer alan tüketicilerden oluşmaktadır. Toplam 172 katılımcıdan % 42,4'ü 2001-4000 TL. arası, % 39,0 ise 4000.-TL.'nin üzeri gelire sahiptir. Çalışmaya katılanların çoğunluğu (%88,3) Üniversite ve Lisansüstü eğitim mezunu olup, gelir dağılımına ilişkin oranlarla benzerlik taşımaktadır. Araştırma elde edilen sonuçlar, meslekler açısından değerlendirildiğinde, diğer alternatifini göz ardı edecek olursak - ki bu alternatifi de küçük ölçekli işletme sahipleri işaretlemiştir.- ilk sırada gelen grubun akademisyenler (% 18,6) olduğu görülmektedir. Bu grubu, memurlar (%12,2), ve mühendisler (% 8,7) izlemektedir.

Araştırmamızda katılımcılara yöneltilen bir diğer soruda son 3 aylık zaman dilimi içerisinde bir sağlık kurumunun çağrı merkezine başvuru yapılıp yapılmadığıdır?

Katılımcıların %41,9'u bu soruya evet cevabını verirken, %58,1'i hayır cevabını vermiştir. Ayrıca katılımcıların, %41,7'si çağrı merkezini bir kez, %16,7'si iki kez, %22,2'si üç kez, %19,4'ü ise 4 ve daha fazla aradıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda katılımcılara, herhangi bir sağlık merkezi çağrı merkezine başvurdıklarında kiminle sorunlarınızı çözmek istersiniz diye sorulmuş ve %65,1 oranında katılımcının müşteri temsilcisi cevabını verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların yalnızca %4,1'nin otomatik sesli sistemi tercih ettiklerini, %30,8'nin ise hem otomatik sesli sistem hem de çağrı merkezi müşteri temsilcisinden hizmet almayı talep ettikleri görülmüştür.

Araştırmamıza katılanlara sağlık güvenceniz var mı? sorusu da yöneltilmiştir. Katılımcıların %98,8'i sağlık güvencelerinin olduğunu belirtirken, %1,2 civarındaki katılımcı bu soruya hayır cevabını vermiştir. Sağlık güvencesine sahip katılımcıların %90'ı Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı olduklarını, %2,4'ü özel sigortalarının olduğunu, %7,6'tı ise özel sigortalarının yanısıra Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı olduklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların çağrı merkezi müşteri temsilci özellikleri ile ilgili; uyumluluk, güven empati ve yetkilendirme ana boyutları çerçevesinde beklentilerini belirlemeye yönelik sorulara verdikleri yanıtların frekans, yüzde, standart sapma ve aritmetik ortalama değerleri ise tablo 2'de yer almaktadır.

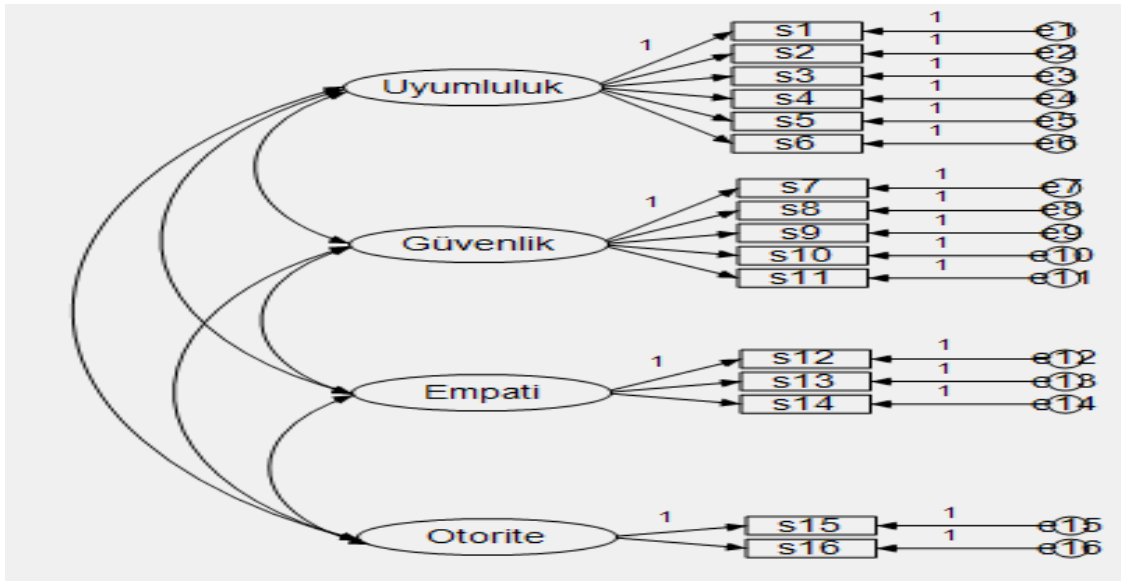
Tablo 2. Katılımcıların Çağrı Merkezi Temsilci Davranış Özelliklerine İlişkin Beklentileri

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne katılıyorum ne katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Ortalama	Std. sapma
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Çağrı merkezi müşteri temsilcisi, kendisine yönelttiğim farklı sorulara cevap vermek zorundadır.	13	7,6	27	15,7	19	11,0	61	35,5	52	30,2	3,6512	1,26830
2. Çağrı merkezi müşteri temsilcisi, karşılaşılabileceği değişik her duruma uyum sağlayabilmelidir	2	1,2	13	7,6	13	7,6	80	46,5	64	37,2	4,1105	,92053
3. Çağrı merkezi müşteri temsilcisi, sorularımı cevaplandırırken bilgi seviyemi dikkate almalıdır.	7	4,1	19	11,0	18	10,5	56	32,6	72	41,9	3,9709	1,15686
4. Çağrı merkezi müşteri temsilcisi, sinirlendiğim anlarda bile sakin olmalı ve arkadaşça davranabilmelidir.	2	1,2	6	3,5	11	6,4	77	44,8	76	44,2	4,2733	,82418
5. Çağrı merkezi müşteri temsilcisi sorun yaşadığım her durumda bana yardımcı olabilmelidir.	3	1,7	11	6,4	16	9,3	68	39,5	74	43,0	4,1570	,95746
6. Çağrı merkezi müşteri temsilcisinin kendisine yönelttiğim soruların her birine özgün çözümler üretebilmelidir.	6	3,5	10	5,8	32	18,6	76	44,2	48	27,9	3,8721	1,00054

7.Şikayetimin olduğu zaman, çağrı merkezi müşteri temsilcisinin şikayetimin nerden kaynaklandığını açıklamasını isterim.	3	1,7	8	4,7	24	14	64	37,2	73	42,4	4,1395	,94483
8.Sorduğum soruya cevap verirken, çağrı merkezi müşteri temsilcisinin attığı her adımı açıklamasını isterim.	2	1,2	19	11,0	42	24,5	65	37,8	44	25,6	3,7558	,99632
9.Çağrı merkezi müşteri temsilcisi beni başka bir yere aktarmak durumunda kaldığı zaman, kendisinden bunun nedenini açıklamasını isterim.	2	1,2	6	3,5	19	11,0	72	41,9	73	42,4	4,2093	,85998
10.Çağrı merkezi müşteri temsilcisi verdiğim bilginin gizli tutulacağı konusunda beni ikna edebilmelidir.	3	1,7	11	6,4	13	7,6	52	30,2	93	54,1	4,2849	,97645
11.Çağrı merkezi müşteri temsilcisinin, bilgilerimin kullanılacağı her durumdan beni haberdar etmesini isterim.	3	1,7	5	2,9	3	1,7	46	26,7	115	66,9	4,5407	,81905
12.Şikayetimin nedeniyle aradığım zaman çağrı merkezi müşteri temsilcisinin benim neler yaşadığımı düşünebilmesini isterim	7	4,1	16	9,3	37	21,5	57	33,1	55	32,0	3,7965	1,11313
13.Çağrı merkezi müşteri temsilcisinin özel bir müşteri olduğumu bana hissettirmesini isterim	10	5,8	23	13,4	40	23,3	50	29,1	49	28,5	3,6105	1,19673
14.Çağrı merkezi müşteri temsilcisinin sorumu önemseydiğini fark ettiğimde sevinirim.	2	1,2	9	5,2	13	7,6	67	39,0	81	47,1	4,2558	,89424
15.Çağrı merkezi müşteri temsilcisinin, sorduğum soruyu yetkisi dışında olduğu gerekçesiyle cevapsız bırakması beni rahatsız eder	5	2,9	24	14	32	18,6	54	31,4	57	33,1	3,7791	1,13839
16. Çağrı merkezi temsilcisinin sorduğum soruyu cevapsız bırakması durumunda tekrar başka bir yeri aramak zorunda kalmam beni sınırlendirir.	2	1,2	17	9,9	37	21,5	51	29,7	65	37,8	3,9302	1,0461

Yukarıda yer alan tabloda çağrı merkezine başvuran tüketicilerin çağrı merkezi temsilcisi davranış özelliklerine ilişkin düşünceleri yer almaktadır. İlk altı madde ile çağrı merkezi temsilcisinin uyumluluk özelliğini, sonraki beş madde ile güven, takip eden üç madde ile empati ve son iki madde ise uzmanlığı açıklamaktadır. Bütün olarak tabloya bakıldığında, çağrı merkezi müşteri temsilcisi verdiğim bilginin gizli tutulacağı konusunda beni ikna edebilmelidir ($X=4,2849$), çağrı merkezi müşteri temsilcisi, sınırlendiğim anlarda bile sakin olmalı ve arkadaşça davranabilmelidir ($X=4,2733$) ve çağrı merkezi müşteri temsilcisinin sorumu önemseydiğini fark ettiğimde sevinirim ($X=4,2558$) ifadelerine katılımın yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların, çağrı merkezi müşteri temsilcisinin özel bir müşteri olduğumu bana hissettirmesini isterim ($X=3,6105$) ve sorduğum soruya cevap verirken, çağrı merkezi müşteri temsilcisinin attığı her adımı açıklamasını isterim ($X=3,7558$) ifadelerine, diğer ifadelerle katılım ortalamalarından daha düşük bir ortalama ile katıldıkları

söylenbilir. Verilen cevaplara bakıldığında, katılımcıların genel olarak; çağrı merkezi temsilcilerinde uyum, güven, empati ve uzmanlıkla ilgili özelliklerin bulunmasını istedikleri ve genel davranış özelliği olarak benimsedikleri görülmektedir. Ancak araştırmamızda kullanılan ölçek Hollandalı tüketiciler baz alınarak oluşturulmuştur. Kültürel farklılıklar ve diğer çevresel faktörlerin etkisi nedeniyle ölçekteki ifadelerin ve dolayısıyla boyutların ülkemizde de geçerli olup olmadığını tespit etmek için doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış ve bu analizlerden sonra belirlenen gruplar için parametrik testler (t testi ve varyans analizi-ANOVA) kullanılmıştır.



Şekil 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilirken Maksimum likelihood yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hataları, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Modelde yer alan gözlenen değişkenler ile bağlı oldukları boyutlar arasında yer alan tek yönlü oklarla gösterilen ilişkilere yönelik regresyon katsayıları (faktör yükleri) incelendiğinde hepsinin anlamlı olduğu ($p < 0,001$) saptanmıştır. Gizil değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında (korelasyon katsayıları) en yüksek değer uyumluluk ve güvenlik boyutları ($r = 0,711$) olduğu, bunu, güvenlik ve empati boyutları ($r = 0,680$) arasındaki ilişkilerin izlediği belirlenmiştir. Standardize edilmiş artık kovaryansların mutlak değerlerinin 2,5'in (Hair vd., 2005: 797) altında olduğu görülmüş olup bu durum modelin doğruluğunun kanıtı olarak kabul edilebilir. Bunların dışında ölçüm modelinin uyum indekslerine ilişkin değerler de elde edilmiştir. Buna göre χ^2 (159,426), χ^2/df (1,627), RMR (,066), GFI (,890), AGFI (,847), CFI (,949), NFI (,880), TLI (,938) ve RMSEA (,061) olup bu değerlerin çoğunluğunun (χ^2/df , RMR, CFI, TLI, RMSEA) kabul edilebilir sınırlar (Kline, 2005: 139-141; Schermelleh-Engel, Moosbrugger, Müller, 2003; Meydan, Şeşen, 2011; Hu, Bentler, 1999; Tabachnick, Fidell, 2001) içerisinde olduğu dolayısıyla diğer veriler de dikkate alındığında modelin genel olarak

veri ile uyumlu olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle, çalışmada kullanılan ölçek ve boyutlarının ülkemizde elde edilen verilerle de doğrulandığı söylenebilir.

Çalışmamızda, ölçeğimizde yer alan dört boyutlu çağrı merkezi temsilci özelliklerinin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan kriterlerden biri olan içsel tutarlık ölçüsü Cronbach-alfa değerlerine de bakılmıştır. Yukarıda tablo 2'de yer alan ve uyumluluğu açıklayan ilk altı ifade için Cronbach-alfa değeri 0,76, güveni açıklayan beş ifade için 0,79, empatiyi açıklayan üç ifade için 0,75 ve uzmanlığı açıklayan iki ifade için 0,97 bulunmuştur. Söz konusu bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten (Nunnally, 1978; 245-246) yüksektir.

Çalışmamızda önceden de ifade edildiği üzere grup istatistiklerine bakılmış ve telefonla çağrı merkezine başvuruda bulunup / bulunmama, cinsiyet, yaş ve eğitim değişkenleri ile çağrı merkezi müşteri temsilcisi davranış özellikleri (uyum, güven, empati ve uzmanlık) arasındaki farklılığa bakılmıştır ve sadece cinsiyet ile güven değişkeninin grup ortalamaları arasında bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3: Çağrı Merkezi Müşteri Temsilcisi Davranış Özellikleri ile Cinsiyet Değişkeni Açısından t Testi

	Grup	N	ort	Std.sapma	t	df	sign
Uyumluluk	Erkek	73	3,8927	,84408	-1,841	170	,067
	Kadın	99	4,0892	,55396			
Güvence	Erkek	73	4,0575	,78915	-2,149	170	,033
	Kadın	99	4,2808	,57351			
Empati	Erkek	73	3,7945	,97283	-1,191	170	,235
	Kadın	99	3,9562	,80481			
Otorite	Erkek	73	3,8562	1,04243	,016	170	,987
	Kadın	99	3,8535	1,10715			

Tablodan da görüleceği üzere araştırmaya katılan kadın tüketicilerin erkeklere nazaran çağrı merkezi müşteri temsilcisine daha fazla güven duydukları görülmektedir. Kadınların daha duygusal olmaları ve bu sebepten dolayı çağrı merkezinden kaynaklanan sorunlara daha hoşgörülü yaklaşımları bu sonucun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir. Çağrı merkezine başvuran ve başvurmamayanlarla çağrı merkezi müşteri temsilcisi davranış özellikleri arasında bir ilişki kurulamamıştır. Çağrı merkezini kullansın veya kullanmasın araştırmamıza katılanların çoğunluğu, çağrı merkezi temsilci davranış özelliklerinin, uyum, güven, empati ve uzmanlığı içerecek şekilde işletme yönetimlerinde şekillendirilmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Aynı şekilde çağrı merkezi temsilci davranış özellikleriyle katılımcıların yaş ve eğitim düzeyleri arasında da bir farklılık yoktur. Hangi eğitim düzeyinde ya da yaş

döneminde olursa olsun katılımcıların çoğunun çağrı merkezi müşteri temsilcilerinden uyum, güven, empati ve uzmanlık bilgisi olarak gruplandığımız özelliklere sahip olması beklentisi içerisinde oldukları görülmüştür

Sonuç ve Öneriler

Sağlık sektörü, hayati öneme sahip hata kabul etmeyen, doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Sağlık hizmetlerinin sunuluş biçimi, ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen önemli göstergelerdir. Bu yüzden sağlık hizmeti veren kuruluşların, belirli kalite standartlarını oluşturmaları ve bunu sürdürebilmeleri gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması noktasında, müşteri ile doğru iletişim ve müşteri memnuniyetinin sağlanmasının önemi büyüktür. Müşteri ile doğru iletişim sürecinin yönetilmesinde çağrı merkezleri ayrı bir önem arz etmektedir. Çünkü müşterinin hizmet almak için başvuruda bulunduğu ilk nokta çağrı merkezleridir. Bu yüzden çağrı merkezleri ve özellikle çağrı merkezi müşteri temsilcileri, sağlık kuruluşuna başvuruda bulunan potansiyel müşterinin ilk karşılaştığı ve işletmenin geneli için olumlu imaj oluşturan halkla ilişkiler uzmanıdır ve son derece önemlidir. Çalışmamızda, çağrı merkezi temsilcilerinin davranış özelliklerine ilişkin tüketici beklentilerinin nelerden oluştuğu ortaya konulmaya çalışılmış ve bunun için geliştirilmiş olan bir ölçekten yararlanılmıştır. Çalışma sonucu, çağrı merkezi müşteri temsilcilerinin; telefonda, farklı sorulara cevap verebilme, karşılaşılabileceği değişik durumlara uyum sağlama, iletişim sürecinde müşterinin bilgi seviyesini dikkate alma, sakin davranabilme, yaşanan sorunlar için her durumda müşteriye yardımcı olma ve özgün çözümler üretebilme gibi davranış özelliklerinin olması gerektiği ortaya çıkmıştır. Ayrıca, müşteriler çağrı merkezi temsilcilerden şikayetlerinin yönetimi konusunda da etkin olmaları beklentisi içindedirler. Çağrı merkezi temsilcileri; müşteri sorularına müşteriye ikna edecek açıklamalar getirebilmeli, müşteri ile arasında güven ilişkisi kurabilmeli ve müşteri tarafından kendilerine iletilen bilginin kullanımı konusunda açık davranabilmelidir. Bütün bunların yanısıra çağrı merkezi temsilcilerinin özellikle sağlık hizmeti satın almak veya bilgi edinmek için başvurmuş olan kişinin yerine kendisini koyabilmesi ve davranışlarını buna göre ayarlayabilmesi son derece önemlidir. Bir diğer önemli nokta da çağrı merkezi müşteri temsilcisinin çalıştığı işletme, bölümler ve sunulan hizmetler konusunda bilgi düzeyinin yüksek olmasıdır.

Müşterilerin, müşteri temsilcisi davranış özellikleri ile ilgili beklentilerinin belirlenmesi sağlık sektöründe yer alan işletmeler açısından önemlidir. Çalışmamızda da elde edilen veriler, işletme yönetimine, müşteri temsilcilerine ait iş tanımı ve iş gerekliliklerini belirlemeleri konusunda yardımcı olacaktır. Ayrıca çağrı merkezi müşteri temsilcilerine yönelik etkin eğitim ve geliştirme programlarının oluşturulması da söz konusu olabilecektir. Çağrı merkezi müşteri temsilcileri, hastane işletmelerinde müşterinin ilk iletişim kurduğu kişilerdir. Dolayısıyla müşteri temsilcilerinin, çağrı merkezine başvuruda bulunan kişilerle uyumu, yaratılan güven ortamı, empati kurabilme yeteneği ve işi ile ilgili bilgisi veya uzmanlığı müşteri memnuniyeti ve devamlılığını sağlayacaktır.

Kaynakça

1. Bearden, W., O., Malhotra, M., K., and Usategui, K., H., (1998), "Customer Contact and the Evaluation of Service Experiences: Propositions and Implications for the Design of Services", *Psychology and Marketing*, Vol. 15, No.8.
2. Bennington, L., Cummane, J., and Conn, P., 2000, "Customer Satisfaction and Call Centers: An Australian Study", *International Journal of Services Industry Management*, Vol. 11, No.2, pp. 162-173.
3. Bitner, M., J., Booms, B., H., and Tetrault, M., S., (1990), "The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents", *Journal of Marketing*, vol. 54, January, pp:71-84.
4. Bitner, M., J., Booms, B., H., Mohr, L., A., (1994), "Critical Service Encounters: The Employee's Viewpoint" *Journal of Marketing*, Vol. 58, October, pp.95-106.
5. Boshoff, C., (1999), "RECOVSAT: An Instrument to Measure Satisfaction with Transaction-Specific Service Recovery" *Journal of Service research*, Vol. 1, No.3, pp:36-49.
6. Bowen, D., E., and Lawler, E., E., (1992), "The Empowerment of Service Workers: What, Why, How, and When", *Sloan Management review*, Vol. 33, pp: 236-49.
7. Burgers, A., Ruyter, K., Keen, C., ve Streukens, S., 2000, "Customer Expectation Dimensions of Voice-to-Voice Service Encounters: A Scale-Development Study", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 11, No.2, pp: 142-161.
8. Calk, J., T., (1998), "Cyberservice: giving customers what they want-only better", *Telemarketing and Call Center Solutions*, Vol. 16., No.7, pp. 86-91.
9. Hair, J.F.Jr, Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. ve Tatham, R.L. (2005). *Multivariate Data Analysis* (6th Edition). Pearson, Prentice Hall, New Jersey
10. Hartline, M., D., and Ferrell, O., C., (1996), "The Management of Customer -Contact Service Employees: An Empirical Investigation", *Journal of Marketing*, Vol. 60, pp: 52-70.
11. Hu, L. ve Bentler, P.M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55
12. Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press
13. Meydan, C.H. ve Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. Detay Yayıncılık, Ankara
14. Nunnally, J.C., (1978)., *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

- 15.Parasuraman, A., Zeithaml, V., A., and Berry, L., L., (1985), " A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol. 49, Fall, pp: 41-50.
- 16.Parasuraman, A., Zeithaml, V., A., and Berry, L., L., (1988), "SERVQUAL: A Multi-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", Journal of Retailing, vol. 64.,No.1, pp:12-40.
- 17.Sarel, D., and Marmorstein, H., (1998), "Manging the delayed service encounter: the role of employee action and customer prior experience", The Journal of Service Marketing, Vol. 12, No. 3, pp.195-208.
- 18.Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23-74
- 19.Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate analysis*. Boston: Allyn and Bacon, USA
- 20.Taylor, P., and Bain, P., (1999)., " An Assembly Line in aThe Head: Work and Employee Relations in The Call Centre", Industrial Relations Journal, Vol. 30, No. 2, pp. 101-17.
- 21.Taylor, P., Mulvey, G., Hyman J. and Bain, P. (2002), "Work Organization, Control and the Experience of Work in Call Centres", Work Employment and Sopciety, Vol. 16, No. 1, pp. 133-50.
- 22.Weitz, B.,A., Sujan, H., and Sujan, M., (1986), "A Framework for Improveing Selling Effectiveness", Journal of Marketing, vol. 50, pp: 174-91.
- 23.Zeithaml, V.,A., Berry, L.,L., and Parasuraman, A., (1990), Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations, Collier-Macmillan, New York, NY.
- 24.Zeithaml, V., A., and Bitner, M., J., (1996), Services Marketing, McGraw-Hill, New York, NY.
- 25.www.karel.com.tr/blog/cagri-merkezi-nedir-ne-kazandirir, Erişim Kaynağı: 28/07/2014.
- 26.www.Call Center-VOV\Call Center Life.htm, Erişim tarihi:16 Temmuz 2014.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA YABANCILAŞMA: LABORATUVAR ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ

*Tuncay AYGÜN**

*Bora YILDIZ***

*Harun YILDIZ****

ÖZET

Sağlık sektöründe yabancılaşıma olgusunun, çalışan ve hasta açısından negatif sonuçları olmaktadır. Bu nedenle, yabancılaşımanın tespiti ve alınacak yönetsel önlemler, çalışanın iş verimini ve işe bağlılığını artırmakta ve kurumun amaçlarını gerçekleştirmesinde yarar sağlamaktadır. Literatürde konuyla ilgili çeşitli sektörlerde yapılan araştırmalar mevcuttur. Sağlık alanında yapılan çalışmaların ise özel ve kamu sektöründe özellikle doktor, hemşire ve çeşitli sağlık destek personeli ile yapıldığı gözlenmektedir. Bu kapsamda diğer sağlık çalışanlarına nazaran daha izole ve çoğunlukla fiziki olarak yeterli olmayan ortamlarda, yoğun iş yükü ve zaman baskısı ile çalışan laboratuvar çalışanlarının yabancılaşıma düzeylerinin belirlenmesi, araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda yaş ve mesleki çalışma süresi değişkenleri ile yabancılaşıma arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Ayrıca uygulayıcılar ve gelecek araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Yabancılaşıma, örgütsel yabancılaşıma, laboratuvar çalışanları.*

Bu çalışma Tuncay AYGÜN' ün Laboratuvar Çalışanlarının Örgütsel Yabancılaşıması: Kamu Hastaneleri Örneği (Danışman: Doç. Dr. Tarkan OKTAY, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Kamu Yönetimi Bilim Dalı, 2014) isimli yüksek lisans projesinden üretilmiştir.

* Laboratuvar Teknisyeni, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, tncay@gmail.com

** Doktora Öğrencisi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, byildiz@gyte.edu.tr

*** Doktora Öğrencisi, Balıkesir Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, harunyildiz@bau.edu.tr

THE ALIENATION OF HEALTHY WORKERS: A CASE OF LABORATORY WORKERS

ABSTRACT

The phenomenon of alienation in the health sector causes negative results for workers and patients. Therefore, the determination of alienation and taking administrative measures improve work productivity of employees and organizational commitment, and are beneficial in fulfilling the organization's goals. In the literature, the research on the subject is available in various sectors. Studies in the field of health, especially in the private and public sector doctors, nurses and support staff with a variety of health is observed. In this context, to determine the level of alienation laboratory workers working with more isolated than other health care workers, and often not enough physical environments, intense workload and time pressure is the objective of the research. As a result of this research are determined significant differences between professional seniority and age variables and alienation. In addition, practitioners and suggestions for future research are presented.

Key Words: Alienation, organizational alienation, laboratory workers.

1. Giriş

En genel tanımıyla bireyin çevresine olan uyumunun azalması, çevresi üzerindeki kendi denetimini kaybetmesi, kendini bir topluma ya da gruba ait hissedememesi ve giderek çaresiz kalarak yalnızlaşmasıdır (Ofluoğlu ve Büyükyılmaz, 2008). Gelişen ve değişen dünya düzeniyle birlikte yabancılaşma hemen hemen bütün sektörlerde görülebilen bir sorun haline almıştır. Yabancılaşan birey bu duyguyla birlikte, yalnızca hayati ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olduğu için çalışmaya devam etmekte, yalnızca yapmak zorunda olduğu işleri yapmakta, karşılaştığı sorunları görmezden gelmekte, başka bir deyişle adeta robotlaşmaktadır. Yabancılaşma sonucunda çalışan motivasyonu düşmekte, verimlilik azalmakta ve hasta memnuniyetsizliği söz konusu olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında konunun yalnızca bireyi ilgilendiren değil, kurumu ve hatta toplumu da ilgilendiren bir sorun olduğu görülmektedir. Literatürde, sağlık sektöründe çeşitli meslek gruplarında (doktorlar, hemşireler gibi) yabancılaşma ile ilgili çalışmalara rastlanmasına rağmen laboratuvar çalışanları ile ilgili çalışmaların olmaması araştırma ihtiyacını doğurmuştur.

Bu bağlamda yapılan çalışmada, yabancılaşmanın tanımı, belirtileri, sonuçları ve önlenmesi konuları araştırma kapsamında ele alınarak, demografik değişkenler açısından değerlendirmelerde bulunulmuştur.

2. Literatür Taraması

2.1. Yabancılaşma

Yabancılaşma kavramı uzun bir geçmişe sahiptir (Nair ve Vohra, 2010). Sanayileşmenin bir ürünü olarak ortaya çıktığı düşünülen yabancılaşma kavramı, genel olarak bireyin işyerindeki çalışanların ürün ve süreçleri üzerindeki kontrol yetkisini kaybetmesi ve buna bağlı olarak kendini ifade edememesi olarak tanımlanmaktadır (Suárez-Mendoza ve Zoghbi-Manrique-de-Lara, 2008). Bir başka tanıma göre ise yabancılaşma çalışanların işlerine karşı göstermesi gereken özen, ilgi ve alakadan bir anlamda yoksun olmaları olarak tanımlanmaktadır (Kanten ve Ülker 2014). Nasurdin (2005) ve arkadaşlarının yapmış olduğu

çalışmada ise çalışanların sosyal ihtiyaçlarının önemine değinilerek bu ihtiyaçların tatmin edilmemesinin yabancılığa yol açtığı belirtilmiştir. Bununla ilgili olarak yapılan başka bir çalışmada yabancılığa kavramının yeteneklerin kullanılmaması ve sınırlı kararlara katılma faaliyetleri gibi karakteristik özellikler taşıdığı belirtilmiştir (Berger vd., 2008). Tüm bu tanımlamalardan görüleceği üzere yabancılığın, genel olarak çalışanın işi üzerindeki kontrolünü kaybetmesi ve kendini etkisiz bir elemanmış gibi hissetmesi ile ortaya çıkan işe karşı aidiyetsizlik, uzaklaşma ve bağlılığın azalması gibi olumsuz duygular içeren bir olgu olduğu söylenebilir.

Yabancılığın sebebi olarak yönetim tarzı ve uygulamalar ile iş özellikleri gibi faktörler gösterilebilir (DiPietro ve Pizam, 2008, Banai ve Reisel, 2007). Bu düşünceyi destekleyen başka bir görüşe göre çalışanların işini yerine getirirken karar verebilme yetkisine sahip olmaması, bir anlamda yaptıkları üzerinde bir kontrol yetkisi ya da etkiye sahip olmaması durumu çalışanları yabancılığa maruz bırakabilmektedir (Ceylan ve Sulu, 2011). Buradan da anlaşılacağı üzere yabancılığa olgusu bireylerin çalışma yaşamında çalışanların motivasyonlarını azaltan ya da bozan birey ya da örgüt açısından olumsuz sonuçlar doğurabilen bir etmendir (Banai vd., 2004; Ceylan ve Sulu, 2011; Chiaburu vd. 2013).

İşe yabancılığa olgusunun örgüt ortamındaki uygulanması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları ile birlikte örgütsel bağlılık, işe dahil olma, işe bağlılık, genel iş doyumunu, örgütsel adalet, yönetim tarzı, algılanan örgütsel yapı ve üretkenlik karşıtı davranışlar gibi değişkenlerle olan ilişkisi çeşitli çalışmalarda incelenmiştir (Allen ve LaFollette, 1977; Ceylan ve Sulu, 2011; Hirschfeld vd., 2000; Kanten ve Ülker 2014; Sulu vd., 2010). Ancak buna rağmen yabancılığa kavramının farklı örgütler ve meslek gruplarında çalışılması yönünde ilgili alan yazında hala yeni çalışmaların yapılması ihtiyacının olduğu düşünülmektedir.

Seeman (1983)'e göre yabancılığa kişilik özellikleri, mizaç ya da karakter gibi kişinin değişmez özelliklerinden biri değil, bunların aksine durumsal olarak ortaya çıkan bir olgudur. Dolayısıyla bu açıklamadan yola çıkarak bir anlamda yabancılığa zemin hazırlayan faktörlerin daha çok durumsal faktörler oldukları söylenebilir. Bu anlamda kişinin içinde bulunmuş olduğu çalışma atmosferi yabancılığa faktöründe önemli bir yere sahip olmaktadır. Buradan yola çıkarak bu çalışmada oldukça izole bir ortamda çalışan ve bu kapsamda diğer sağlık çalışanlarına nazaran fiziki olarak yeterli olmayan ortamlarda çalışan, yaptıkları işlerde yeterli düzeyde sonuç ve süreçlerde inisiyatif kullanamayan, yoğun iş yükü ve zaman baskısı ile çalışan laboratuvar çalışanlarının yabancılığa düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.2.Yabancılığa ile İlgili Yaklaşımlar

Yabancılığa sosyoloji, antropoloji ve sosyal psikoloji olmak üzere birçok alanda açıklanmış ve tartışılmıştır (San, 2003). Ancak temel olarak literatüre girişinin Hegel ve Marks'la olduğu söylenebilir. Hegel yabancılığın geçirilmesi gereken bir evre olduğunu ve kişinin öz bilinci sayesinde bu evrenin aşılabileceğini ifade ederken; Mark ise yabancılığın kapitalist sistemin bir sonucu olarak ifade etmiştir. Ancak bu sonuç doğal işleyişin dışındaki bir sonuçtur (Özbudun, Markus ve Demirer, 2007; Fettahlıoğlu, 2006; Büyükyılmaz, 2007: 15; Behar, 2007; Tutar, 2010). İşte bu noktada kişiyi yabancılığa bu sürecin doğru yönetilmesi ihtiyacı doğmaktadır.

2.3.Yabancılaşmanın Belirtileri

Yabancılaşmanın belirtileri kişiden kişiye göre değişmekle beraber ilgisizlik, soğuma ve geri çekilme, herhangi bir şeye derinden bağlanamama, bütünleşememe, İlişkilerin kopukluğu, izole olma gibi ortak belirtiler görülebilir (Ünsar ve Karahan, 2011). Birey yabancılaşmanın yol açtığı duyarsızlaşmayla birlikte çevresindekilere ve hizmet sunduğu kişilere karşı katı, duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisine girmektedir (Arı ve Bal, 2008). Tükenmişlik sendromunda olduğu gibi yabancılaşmaya maruz kalan kişiler de sıklıkla sürekli yorgunluk hali, baş ağrısı, mide bulantısı, uyku bozukluğu, çok yemek yeme ya da iştahsızlık gibi birçok fiziksel sorunların yanı sıra depresif bir duygulanım içerisine girerek, güvensiz hissetme, ümitsizlik, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif sağlık sorunları ile yüzleşebilmektedir (Akbolat ve Işık, 2008).

2.4.Yabancılaşmanın Boyutları

2.4.1. Güçsüzlük

Güçsüzlük, kişinin geleceğini dış etkenlerin, örgütlerin, kaderin ya da şansın belirlediği düşüncesini yaşadığı psikolojik duyarlılık hali olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Sarpkaya, 2009). Bu algıya sahip bireyler yaptıkları iş üzerinde otonomiye sahip olmadıkları için bu kaygı ile örgütlerine yabancılaşabilmektedir (Eryılmaz ve Burgaz, 2011).

2.4.2. Anlamsızlık

Anlamsızlık, insanın bir hareket veya düşüncüyü değerlendirmek için uygun referanslar bulamaması (Atan, 2011), kendini tam anlamıyla değerlendirememesinin doğurduğu uyumsuzluk halidir (Tutar, 2010).

2.4.3. Kuralsızlık (Normsuzluk)

Anlamsızlığın kuralsızlığa dönüştüğü bir durumu belirtmektedir (Ofloğlu ve Büyükyılmaz, 2008). Kuralsızlık, belirlenen başarı hedeflerine ulaşabilmek için, bireyin toplum tarafından kabul görmeyen davranışları benimsemesi anlamına gelmektedir. Genel kabul gören toplumsal standartların kaybolması sonucunda bireyde çıkarıcı davranışların artması söz konusu olmaktadır (Eryılmaz ve Burgaz, 2011: 274).

2.4.4. Topluma Yabancılaşma (Yalıtılmışlık-Soyutlanma)

Toplumsal yabancılaşma, kişinin topluma alınmadığı, toplumdan atıldığı duygusu, başkalarıyla anlamlı iletişim kuramaması ya da kurmaktan çekinmesi durumudur (Fettahlıoğlu, 2006). Toplumsal yabancılaşmada, kişi sosyal ve örgütsel amaç ve isteklere kendini kapatmaktadır (Parsak, 2010). Bu durumun nedeni kişinin kendisinden kaynaklanabileceği gibi çevresi tarafından dışlanması sonucu da olabilir (Yılmaz ve Sarpkaya, 2009).

2.4.5. Kendine Yabancılaşma

Kişinin kendi benliğine yabancılaşması, doyum sağlayıcı faktörlerden doyum alamaması ya da bu faktörlere ilgisiz kalması ile ilgilidir (Tutar, 2010). Kendine yabancılaşan birey örgütte kendini ortaya koyamamakta ve işin içsel anlamlarından ziyade dışsal anlamlarına (para, güvenlik gibi) önem vermektedir (Eryılmaz ve Burgaz, 2011).

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, İstanbul Anadolu Yakasında bulunan hastanelerde görevli laboratuvar çalışanlarının yabancılaşıma düzeylerinin cinsiyet, yaş, meslekte ve kurumda çalışma süreleri, çalışılan laboratuvar türü ve laboratuvarda çalışan kişi sayısı değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2013-2014 yılında İstanbul ili Anadolu yakasındaki kamu hastanelerinde görev yapan laboratuvar çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise aynı sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyde olduğu varsayılan 174 laboratuvar teknisyeni oluşturmaktadır. İstanbul ili nüfus ve hasta yoğunluğu açısından Türkiye'nin en yoğun ili olması, bu yoğunluğun çalışanları da yoğun iş yükü ve zaman baskısı ile karşı karşıya bırakması, İstanbul ilinin çalışma evreni olarak seçilmesine neden olmuştur.

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür taranması sonucunda araştırmacılar tarafından geliştirilen ve yine araştırmacılar tarafından güvenilirlik ve geçerliliği test edilen “Yabancılaşıma Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümünde ise “Yabancılaşıma Ölçeği” kullanılmıştır. Yapılan literatür taramasında 27 madde ve beş boyutla (güçsüzlük, anlamsızlık, kuralsızlık, topluma yabancılaşıma ve kendine yabancılaşıma) ölçülmesi planlanan yabancılaşıma olgusu, laboratuvar çalışanlarına uygulandığında maddelerin ilgili faktörlere dağılmamasından ve farklı faktörlerdeki soruların etkileşim göstermesinden dolayı bu çalışmada üç boyutla (11 madde) ölçülmüştür. Buna göre araştırmada kuralsızlık boyutu çıkarılmış, aynı faktöre dağılan topluma yabancılaşıma ve kendine yabancılaşıma boyutları tek bir boyutta toplanmıştır. Buna göre güçsüzlük boyutu 3, anlamsızlık boyutu 4, topluma yabancılaşıma ve kendine yabancılaşıma boyutu 4 maddeden oluşmaktadır.

3.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Geçerlilik açısından yabancılaşıma boyutlarının belirlenmesi için keşfedici faktör analizinden yararlanılmıştır (EK-A). Yapılan faktör analizinde, yabancılaşımanın boyutları üç boyutta (güçsüzlük, anlamsızlık, topluma yabancılaşıma ve kendine yabancılaşıma) toplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek amacıyla tek örneklem Kolmogorov-Smirnov testi ve varyansların homojenliği testi kullanılmıştır. Anlamlılık değerlerinin 0.05'den büyük olması, incelenen faktörlerin normal dağılıma sahip ve varyanslarının da homojen olduğunu göstermektedir. Verilerin normal dağılması ve homojen olması nedeniyle parametrik testlerden faydalanılmıştır.

Güvenilirlik açısından yabancılaşıma boyutlarına ilişkin Cronbach's Alpha değerleri anlamsızlık boyutu için $\alpha = 0.622$, topluma yabancılaşıma ve kendine yabancılaşıma boyutu için $\alpha = 0.659$ ve son olarak güçsüzlük boyutu için $\alpha = 0,640$ olarak hesaplanmıştır.

Cronbach Alpha katsayısının 0,60 ve üzerinde değerler alması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Bilgin, 2005: 141-142).

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Cinsiyet değişkenine göre anlamsızlık, topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma, güçsüzlük boyutları farklılık göstermektedir.

H2: Yaş değişkenine göre anlamsızlık, topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma, güçsüzlük boyutları farklılık göstermektedir.

H3: Meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamsızlık, topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma, güçsüzlük boyutları farklılık göstermektedir.

H4: Kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamsızlık, topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma, güçsüzlük boyutları farklılık göstermektedir.

H5: Çalışılan laboratuvar değişkenine göre anlamsızlık, topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma, güçsüzlük boyutları farklılık göstermektedir.

H6: Laboratuvarda çalışan kişi sayısı değişkenine göre anlamsızlık, topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma, güçsüzlük boyutları farklılık göstermektedir.

3.6. Bulgular

3.6.1. Demografik Veriler

Demografik değişkenlere ait veriler Tablo 1’ de sunulmuştur.

Tablo 1. Demografik Değişkenler Tablosu

Değişkenler	Alt Değişkenler	Frekans	%	Değişkenler	Alt Değişkenler	Frekans	%
Cinsiyet	Erkek	78	44,8	Çalışılan Lab.	Patoloji	37	21,3
	Kadın	96	55,2		Mikrobiyoloji	66	37,9
Yaş	18-24	24	13,8		Biyokimya	71	40,8
	25-32	49	28,2	Çalışılan Lab. Kişi Sayısı	1-7 kişi	31	17,8
	33-40	58	33,3		8-14 kişi	66	37,9
	41 ve üzeri	43	24,7		15 ve üzeri kişi	77	44,3
Meslekte Çalışma Süresi	1-5 yıl	22	12,6	Kurumda Çalışma Süresi	1-5 yıl	47	27
	6-10 yıl	42	24,1		6-10 yıl	52	29,9
	11-15 yıl	42	24,1		11-15 yıl	18	10,3
	16-20 yıl	68	39,1		16-20 yıl	57	32,8
TOPLAM		174	100	TOPLAM		174	100

3.6.2. Hipotezlerin Testi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

H1 hipotezine ilişkin bağımsız örneklem t-testi neticesinde tüm faktörlere ilişkin kadın ve erkek laboratuvar çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık (Anlamsızlık ($t=0,297$, $sd=172$, $p=0,767$); Topluma yabancılaşma-Kendine Yabancılaşma ($t=-0,486$, $sd=172$, $p=0,628$); Güçsüzlük ($t=0,514$, $sd=172$, $p=0,597$)) saptanmamış olup, H1 hipotezi %95 güven aralığında desteklenmemiştir.

H2 hipotezine ilişkin One-Way ANOVA testi neticesinde tüm faktörlere ilişkin farklı yaşlardaki laboratuvar çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık (Anlamsızlık (F=3,098, sd=3, p=0,028); Topluma yabancılaşma-Kendine Yabancılaşma (F=3,017, sd=3, p=0,031); Güçsüzlük (F=3,858, sd=3, p=0,011)) olup, H2 hipotezi %95 güven aralığında desteklenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Yaş Değişkenine İlişkin ANOVA Testi Tablosu

Alt Boyut	Yaş	N	\bar{X}	\pm	F	Sd.	Önem (p)
Anlamsızlık	18-24	24	3,38	0,914	3,098	3	0,028*
	25-32	49	3,06	0,788			
	33-40	58	3,36	0,685			
	41 ve üzeri	43	2,97	0,740			
Topluma Yabancılaşma-Kendine Yabancılaşma	18-24	24	2,76	0,697	3,017	3	0,031*
	25-32	49	2,41	0,875			
	33-40	58	2,82	0,835			
	41 ve üzeri	43	2,47	0,713			
Güçsüzlük	18-24	24	2,37	1,022	3,858	3	0,011*
	25-32	49	2,17	0,557			
	33-40	58	2,68	0,852			
	41 ve üzeri	43	2,27	0,893			

*p<0,05

H3 hipotezine ilişkin One-Way ANOVA testi neticesinde güçsüzlük faktörü (F=4,222; sd=3; p=0,007) dışında diğer iki faktöre ilişkin farklı mesleki deneyime sahip laboratuvar çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık (anlamsızlık F=1,388, sd=3, p=0,248; Topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma F=0,359, sd=3, p=0,783) saptanmamış olup, H3 hipotezi %95 güven aralığında güçsüzlük faktörü için desteklenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Meslekte Çalışma Süresi Değişkenine İlişkin ANOVA Testi Tablosu

Alt Boyut	Meslekte Çalışma Süresi	N	Ort.	Ss.	F	Sd.	Önem (p)
Güçsüzlük	1-5 yıl	22	2,01	0,498	4,222	3	0,007*
	6-10 yıl	42	2,31	0,792			
	11-15 yıl	42	2,73	0,888			
	16-20 yıl	68	2,36	0,863			
*p<0,05							

H4 hipotezine ilişkin One-Way ANOVA testi neticesinde tüm faktörlere ilişkin kurumda çalışma süresi farklı olan laboratuvar çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık (Anlamsızlık (F=0,646, sd=3, p=0,586); Topluma yabancılaşma-Kendine Yabancılaşma (F=1,231, sd=3, p=0,300); Güçsüzlük (F=0,267, sd=3, p=0,849)) saptanmamış olup, H4 hipotezi %95 güven aralığında desteklenmemiştir.

H5 hipotezine ilişkin One-Way ANOVA testi neticesinde tüm faktörlere ilişkin çalıştıkları laboratuvarlar farklı olan laboratuvar çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık (Anlamsızlık (F=0,174 sd=2, p=0,312); Topluma yabancılaşma-Kendine Yabancılaşma (F=2,782, sd=2, p=0,065); Güçsüzlük (F=0,547, sd=2, p=0,580)) saptanmamış olup, H5 hipotezi %95 güven aralığında desteklenmemiştir.

H6 hipotezine ilişkin One-Way ANOVA testi neticesinde tüm faktörlere ilişkin çalıştıkları laboratuvardaki çalışan sayısı farklı olan laboratuvar çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık (Anlamsızlık (F=0,412 sd=2, p=0,663); Topluma yabancılaşma-Kendine Yabancılaşma (F=0,338, sd=2, p=0,714); Güçsüzlük (F=0,786, sd=2, p=0,457)) saptanmamış olup, H6 hipotezi %95 güven aralığında desteklenmemiştir.

Tablo 4. Hipotez Sonuçlarına İlişkin Özet Tablosu

Hipotezler	Sonuç
H1 (cinsiyet), H4 (kurumda çalışma süresi), H5 (çalışılan laboratuvar), H6 (laboratuvarda çalışan kişi sayısı) hipotezlerinde anlamlı farklılık gözlenmemiştir.	Desteklenmedi
H2: Yaş değişkenine göre, anlamsızlık, topluma yabancılaşma-kendine yabancılaşma, güçsüzlük boyutları farklılık göstermektedir.	Desteklendi
H3: Meslekte çalışma süresi değişkenine göre, güçsüzlük boyutu farklılık göstermektedir.	Desteklendi

4. Tartışma ve Sonuç

Yabancılaşmaya sebep olan birçok faktör bulunmakla beraber, özellikle kişisel etkenler, yabancılaşma üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu kapsamda H2 hipotezine ait sonuçlar incelendiğinde, yaş değişkeni açısından özellikle 18-24 ve 33-40 yaş aralığında olan çalışanların diğer yaş gruplarına nazaran daha yüksek düzeyde yabancılaşma düzeyine (tüm yabancılaşma boyutları açısından) sahip olduğu gözlenmektedir. Özellikle genç olan çalışanlar mesleklerinin başında daha özerk bir çalışma ortamı hayal ederken bu beklentilerinin karşılanmaması; orta yaş grubunda olan çalışanların ise yaşları arttıkça zamanla kabul ettikleri iş ortamının belli bir yaştan sonra kabul edilemez hale gelmesi işte yabancılaşmaya neden olmaktadır. İş ortamının çalışanın dışındaki koşullar tarafından belirlenmesi, çalışana işine karşı anlamsız getirmekte ve zamanla da çalışanın gerek kendisine gerekse de topluma karşı yabancılaşmasına yol açmaktadır. H3 hipotezine ait sonuçlar incelendiğinde ise medeni durum değişkeni açısından özellikle meslekte kazanılan deneyim arttıkça kişilerin yabancılaşma düzeylerinin (güçsüzlük boyutu açısından) arttığı görülmektedir. Özellikle 11-15 yıl arasında deneyimi olan çalışanların diğer gruplara göre güçsüzlük boyutu açısından yabancılaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışanların mesleklerinin gereği doktorlar tarafından istenilen tetkikleri yapmak üzere daha sistematik bir düzeyde çalışma gereklilikleri, onları otonomiden yoksun bireyler haline getirmektedir. Ayrıca hastanelerin 7/24 esasına göre çalışan hizmet işletmeleri olması, bu otonomiye iyice olanaksız hale getirmekte ve bu nedenle de çalışanlar sistemin işleyişi üzerinde hiçbir etkiye sahip olamayan bireyler olarak kendilerini görmekteyiz. Aslında sağlığın her şeyden öte olması ve hastanın tetkik işlemlerinin (kan alma, kültür tetkiki, biyopsi incelemesi gibi) ertelenemez ve en kısa zamanda hastaya ve/veya verilmesi bunu yaratan temel nedenler arasındadır. Deneyim faktörü bu aksaklıkların içerisine dâhil edildiğinde ise ilk başlarda kabul edilebilir bazı iş şartları daha çekilemez hal almaktadır. Ayrıca diğer sağlık departmanlarına nazaran laboratuvar ortamları daha izole, hasta etkileşiminden yoksun ve yapay aydınlatma ve havalandırma sistemlerine sahiptir. Bu nedenle deneyim sahibi çalışanlar başta olmak üzere diğer çalışanlar için de sergilenebilecek yönetim tarzları (dönüşümcü liderlik gibi) bu eksikliklerin giderilmesinde faydalı olabilir. Bununla birlikte sağlık destek personeli, sorunlarını ve sıkıntılarını yönetime içtenlikle anlatabileceği bir mekanizmanın olmadığı ifade edilmiştir. Bunun giderilmesi için özellikle hastanenin idari yapılanması içerisinde başhekim, başhemşire olmasına rağmen teknik becerilere sahip başteknisyen gibi bir sağlık profesyonelinin de olması önerilmiştir. Temsil adaleti açısından da önem arz eden böyle bir kadronun oluşturulması, yaşça ilerlemiş deneyim sahibi kişilere de ileri yıllarda yönetimde söz sahibi olabilme imkânı verebilecektir. İlave olarak çalışanların psikolojileri ve dışsal motivasyonu üzerinde de etkileri olan fiziki çalışma şartlarının yeni kurulacak sağlık teşekküllerinde dikkate alınması, hastanelerin tasarımlarında bodrum kat uygulamalarına son verilmesi insana ve çalışana verilen değer açısından önem arz etmektedir.

Araştırma örnekleminin sadece belirli hastanelerdeki laboratuvar çalışanlarından oluşmasından dolayı, elde edilen bulguların İstanbul ilinde ya da Türkiye genelindeki kamu hastanelerinde çalışan tüm laboratuvar çalışanlarının görüşlerini yansıtmaya iddiası yoktur. Ayrıca iş yaşamındaki örgütsel uygulamalar sonucunda ortaya çıkan yabancılaşma araştırma kapsamında incelenmiştir.

Son olarak, yabancılaşma ile dönüşümcü liderlik, iş-yaşam çatılması, üretkenlik karşıtı örgütsel sapma davranışı, örgütsel sessizlik gibi değişkenler arasındaki ilişkilerin gelecek araştırmalarda incelenmesinde yarar vardır.

Kaynaklar

- 1.Akbolat, M., & Işık, O. (2008). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 229-254.
- 2.Allen, B. H., & LaFollette, W. R. (1977). Perceived organizational structure and alienation among management trainees. *Academy of Management Journal*,20(2), 334-341.
- 3.Arı, G. S., & Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1).
- 4.Atan, A. (2011). Sağlık Sektöründe Yabancılaşma (Yüksek Lisans Projesi) Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 5.Aygün, T. (2014). Laboratuvar Çalışanlarının Örgütsel Yabancılaşması: Kamu Hastaneleri Örneği. (Yüksek Lisans Projesi) İstanbul Medeniyet Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 6.Banai, M., Reisel, W. D., & Probst, T. M. (2004). A managerial and personal control model: predictions of work alienation and organizational commitment in Hungary. *Journal of International Management*, 10(3), 375-392.
- 7.Behar, R. (2007). Endüstri İşletmelerinde Çalışma Koşullarının, İşgörenler Üzerindeki Yabancılaşma Etkisi ve Bir Uygulama (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Yıldız Teknik Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 8.Berger, L. K., Sedivy, S. K., Cisler, R. A., & Dilley, L. J. (2008). Does Job Satisfaction Mediate the Relationships Between Work Environment Stressors and Employee Problem Drinking?. *Journal of Workplace Behavioral Health*,23(3), 229-243.
- 9.Bilgin N., (2005), Tarımsal Kooperatiflerde Güven Duygusunun Ortakların Kooperatife Bağlılıkları ve Performans Algılarına Etkisi, TARİŞ’te Bir Uygulama (Yayınlanmış Doktora Tezi), Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 10.Büyükyılmaz, O. (2007). İşletmelerde Yabancılaşmanın Sosyo-Psikolojik Etkileri ve Türkiye Taşkömürü Kurumunda Bir Uygulam (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Zonguldak Karaelmas Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 11.Ceylan, A., & Sulu, S. (2011). Organizational injustice and work alienation. *E+ M Economie a Management*, 2, 65-78.
- 12.Chiaburu, D. S., Diaz, I., & De Vos, A. (2013). Employee alienation: relationships with careerism and career satisfaction. *Journal of Managerial Psychology*, 28(1), 4-20.
- 13.DiPietro, R.B. and Pizam, A. (2008), “Employee alienation in the quick service restaurant industry”, *Journal of Hospitality and Tourism Research*, Vol. 32, pp. 22-39.
- 14.Eryılmaz, A., & Burgaz, B. (2011). Özel ve Resmi Lise Öğretmenlerinin Örgütsel Yabancılaşma Düzeyleri. *Education & Science/Eğitim ve Bilim*,36(161).
- 15.Fettahlioğlu, T. (2006). Örgütlerde Yabancılaşmanın Yönetimi: Kahramanmaraş Özel İşletme ve Kamu Kuruluşlarında Karşılaştırmalı Bir Araştırma (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 16.Hirschfeld, R. R., Feild, H. S., & Bedeian, A. G. (2000). Work Alienation as an Individual-Difference Construct for Predicting Workplace Adjustment: A Test in Two Samples1. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(9), 1880-1902.

- 17.Kanten, P., & Ülker, F. (2014). Yönetim Tarzının Üretkenlik Karşısı İş Davranışlarına Etkisinde İşe Yabancılaşmanın Aracılık Rolü. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (32), 16-40.
- 18.Nair, N., & Vohra, N. (2010). An Exploration of Factors Predicting Work Alienation of Knowledge Workers. *Management Decision*, 48(4), 600-615.
- 19.Nasurdin, A. M., Ramayah, T., & Kumaresan, S. (2005). Organizational stressors and job stress among managers. The moderating role of neuroticism. *Singapore Management Review*, 27(2), 63-79.
- 20.Ofloğlu, G. ve O. Büyükyılmaz. (2008). Türkiye Taşkömürü Kurumu Kozlu İşletme Müessesesinde Yabancılaşmanın Boyutları Üzerinde Etkili Olan Nedenlerin Araştırılması. *Kamu-İş*; C:9, S:4/2008
- 21.Özbudun, S., Markus, G., & Demirel, T. (2008). *Yabancılaşma ve...*, Ankara: Ütopya Yayınevi.
- 22.Parsak, G. (2010). Örgütlerde Yabancılaşma Ütopya Yayın Evi ve İş Tatmini İlişkisi: Çukurova Üniversitesi Çalışanları Üzerinde Bir Uygulama (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 23.San, C. (2003). Yabancılaştırma-yabancılaşma. *Ankara: Amme İdaresi Dergisi*, 36(3), 1-7.
- 24.Seeman, M. (1983). Alienation Motifs In Contemporary Theorizing: The Hidden Continuity Of The Classic Themes. *Social Psychology Quarterly*, 171-184.
- 25.Suárez-Mendoza, M. J., & Zoghbi-Manrique-De-Lara, P. (2008). The Impact Of Work Alienation on Organizational Citizenship Behavior In The Canary Islands. *International Journal Of Organizational Analysis*, 15(1), 56-76.
- 26.Sulu, S., Ceylan, A., & Kaynak, R. (2010). Work alienation as a mediator of the relationship between organizational injustice and organizational commitment: implications for healthcare professionals. *International Journal of Business and Management*, 5(8), P27.
- 27.Tutar, H. (2010). İşgören Yabancılaşması Ve Örgütsel Sağlık İlişkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, (1).
- 28.Ünsar, A. S., & Karahan, D. (2011). Yabancılaşmanın İşten Ayrılma Eğilimine Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15(21), 361-379.
- 29.Yılmaz, S., & Sarpkaya, P. (2009). Eğitim örgütlerinde yabancılaşma ve yönetimi. *International Journal of Human Sciences*, 6(2).



**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE ÖĞRENİM
GÖREN LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN
KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ**

Musa ÖZATA*

Songül KUKKUK**

Elif DÖNMEZ***

Feyza KÜÇÜK****

ÖZET

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören lisans öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiş tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Araştırmanın evreni Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Sosyal Hizmet Bölümü ve Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören 1395 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem ise bu öğrenciler arasından tesadüfî örnekleme yöntemi ile seçilen 325 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak BECK Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare ve t testleri uygulanmıştır. Araştırma sonucunda öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin eğitim gördüğü bölüm açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Umutsuzluk, Sağlık Yönetimi, Hemşirelik, Sosyal Hizmet

*Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, musaozata@gmail.com

** Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencisi

*** Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencisi

**** Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencisi

ABSTRACT

The purpose of this research is oriented to comparative analysis of the hopelessness levels of the under graduate students studying at Selcuk University Faculty of Health Sciences. The target population of the study consists of 1395 students studying Health Care Menagement, Nursing, Social Service at Selcuk University Faculty of Health Sciences, Konya. Sampling consists of 325 students that selected through random sampling method from between this students. The research, Beck Hopelessness Scale is used as a data collection tool. The data collected on the descriptive statistics, chi-square and t tests were application. As a result of the research; between level of hopelessness of students and section where students are educated has been found to vary.

Key Words: Education; Health Care Menagement; Nursing; Social Service; Beck Hopelessness Scale.

1.Giriş

Literatürde üzerinde çok sık çalışma yapılan konuların başında “umut-umutsuzluk” kavramları gelmektedir. Türk Dil Kurumu “umut” kavramını "ummaktan doğan güven duygusu, ümit veya bu duyguyu veren kimse veya şey" olarak tanımlamaktadır. Başka bir ifadeyle ise umut kavramını “iyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlanmak mümkündür (Kemer ve Atik 2005).

1950’den bu yana psikologlar ve psikiyatrlar, sağlıktaki ve kendini iyi hissetmedeki rolüne vurgu yaparak umut kavramını, amacın gerçekleştirilmesindeki olumlu beklenti olarak ifade etmektedir (Cheavens ve ark. 2006). Umudun en büyük özelliği, olumlu gelişmelerle beraber, bir çıkış yolu olduğuna ilişkin inanç ve planların başarılacağı öngörüsüdür (Tümkiye 2005). Synder (1989) umudu iki boyutlu olarak ele almaktadır. Birinci boyut “Agency” olarak adlandırılan “amaca ulaşmayı isteme ve amaca ulaşmak için kendisinde güç hissetme” boyutudur. İkinci boyut ise “amaca ulaşabilmek için yollar bulabilme becerisi” şeklinde ifade edilen “Pathway” boyutudur.

Umutsuzluk ise kişinin içinde bulunduğu fiziksel, zihinsel veya toplumsal durumun düzelmeyeceğine ilişkin genel ruh halidir. Amerikan Psikoloji Birliği'nin (1997) tanımına göre umutsuzluk; bireyin seçme özgürlüğünün bulunmadığını ya da seçeneklerinin sınırlı olduğunu gördüğü ve kendi adına enerjisini harekete geçiremediği öznel duygu durumudur (Yıldırım 2007). Umutsuzluk, literatürde genellikle öğrenilmiş çaresizlik kavramı ile birlikte ele alınmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik; bireyin tepki ve davranışlarının sonuca ulaşmada boşuna olduğu ve isteklerini gerçekleştirebilmede çabalarının başarısız olması nedeniyle bireyin kaygılanması ve korku yaşaması ve bu nedenle de sonucu kontrol etmek için motivasyonunda düşüş görülmesi demektir (Güler 2005).

Beck (1974) umutsuzluğu, bilişsel depresyon modelinde bilişsel üçlünün (cognitive triad) bir parçası olduğunu belirtmiştir. Bu bilişsel üçlü; kişinin kendisine, kişinin geleceğe ve kişinin dış dünyaya olumsuz bakmasıdır. Bu bilişsel faktörler, depresif kişinin yaşamını engeller ve zorlayıcı olaylarla dolu olarak görmesi, kişinin kendisini başarısız ve değersiz hissetmesine, dış dünyayı düşmanca görmesine ve geleceğe umutsuzca bakmasına sebebiyet vermektedir (Akt: Sungur 1994). Bilişsel çarpıtma şemaları olarak adlandırılan bu algılar

bireyin düşünme süreçlerini etkilemekte ve yaşantılarını olumsuz yönde çarpıtarak yorumlanmasına neden olmaktadır (Durak 1994).

Umutsuzluk duygusunda, geçmiş yaşantıya dair bir pişmanlık olmakla beraber hayatta yüklenen anlamda kaybolmaya başlar. Umutsuzluk geçmiş yaşantı sonucu oluşan bir boşluktur. Umutsuzluk anlamlandırma yetisinin bozulmasıdır. Bu kapsamda Frankl'a (1959) göre umutsuzluk ruhsal bir hastalık değildir; bu nedenle umutsuz kişiye bir takım ilaçlar vermek yerine, ona varoluşsal gelişim ve gelişme krizi boyunca yol gösterilmesi gerekir (Akt: Yerlikaya 2006).

Umut ve umutsuzluk, bireyin geleceğe yönelik beklentilerinin gerçekleşme veya gerçekleşmeme imkânını ifade eder. Umutta amaca ulaşmak için uygulamaya konan planların başarılabacağı öngörüsü varken, umutsuzlukta başarısızlık yargısı vardır. Umutsuzluk, bireyin başarısızlıklarını hiçbir zaman yenemeyeceğine, problemlerini hiçbir zaman çözemeyeceğine inanması, gerçekçi bir nedeni olmadığı halde yaşantısına yanlış anlamlar yüklemesi ve amacına ulaşmak için çabalamadığı halde bunlardan olumsuz sonuçlar beklemesi şeklinde tarif edilebilir. Bu iki uç beklenti kişiden kişiye, durumdan duruma, beklenen sonucun ne zaman ve nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak değişiklik gösterir (Dilbaz ve Seber 1993).

Literatürde bireylerin umutsuzluk düzeylerini ölçmeye yönelik çok sayıda ölçüm aracı geliştirilmiştir. Bu araçlardan en çok bilineni ise Beck Umutsuzluk Ölçeği olup, ülkemizde bu ölçek kullanılarak çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir. Örneğin; Seber (1991), Derebaşı (1996), Çetintürk (2001), Gerede (2002), Turgut (2004), Engüren (2007), Şahin (2009), Vidinoğlu (2010), Atalay (2011), Sayar (2012) ve Vahapoğlu (2013) tarafından geliştirilen çalışma bunlardan bazılarıdır.

Bu çalışmada Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan lisans öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı ve Modeli

Araştırmanın amacı, Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi, Hemşirelik ve Sosyal Hizmet bölümlerinde öğrenim gören lisans öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi ve umutsuzluk düzeyinin çeşitli sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılmasıdır. Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

2.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Sağlık Yönetimi, Sosyal Hizmet ve Hemşirelik bölümlerinde öğrenim gören 1395 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu fakültenin Sağlık Yönetimi, Hemşirelik ve Sosyal Hizmet bölümlerinde 2013- 2014 eğitim- öğretim yılında öğrenim gören ve tesadüfî örnekleme yöntemi ile seçilen 325 öğrenci oluşturmaktadır. Öğrencilerin seçimi aşamasında tüm sınıflardan belli sayıda öğrencinin seçilmesine özen gösterilmiştir.

2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin tespit edilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu ile umutsuzluk düzeylerinin tespiti amacıyla Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda araştırmaya katılanların; yaş, cinsiyet, medeni durum, bölüm, sınıf, mezun olduğu lise türü, ailenin aylık ortalama geliri, bulunduğu bölümü niçin seçtiği ve bulunduğu bölüme başlamasında kimler etkili oldu gibi sorulara yer verilmiştir.

BECK Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (The Hopelessness Scale, BHS)

Öğrencilerin umutsuzluk düzeylerini belirlemek için Beck, Lester ve Trexler (1974) tarafından geliştirilen “Beck Umutsuzluk Ölçeği” (BUÖ) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Seber (1991) tarafından gerçekleştirilmiştir. Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin (BUÖ) niteliği, ergen ve yetişkinlerde uygulanabilen özelliğiyle, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini değerlendiren bir ölçektir. Ölçek 11 doğru, 9 yanlış önermeden oluşan toplam 20 maddelik, kendi kendine yanıtlanmakta (Self report) olan bir ölçektir. Maddelerin 11 tanesinde “evet” seçeneği, 9 tanesinde ise “hayır” seçeneği 1 puan alır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15. ve 19. sorularda “hayır”; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18. ve 20. sorulara ise “evet” yanıtı için birer puan verilir. Anahtara uyumlu her yanıt için 1 puan, uyumsuz her yanıt için ise 0 puan verilmektedir. Elde edilen aritmetik toplam "Umutsuzluk puanı" olarak kabul edilmiştir. Puan aralığı 0-20'dir. (Seber ve ark 1993). Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Beck ve Lester deneklerinin yanıtlarına göre umutsuzluk puanlarını dört grup içinde sınıflandırmıştır. Buna göre 0-3 arası puan umutsuzluğun tamamen olmadığını, 4-8 arası puan hafif umutsuzluk, 9-14 arası puan orta seviyede umutsuzluk, 15-20 arası puan ise ileri derecede umutsuzluk olduğunu göstermektedir (Beck ve ark 1974).

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada toplanan veriler SPSS programına yüklenmiş ve veriler üzerinde tanılayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde) ile ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, çoklu karşılaştırmalarda ise tek yönlü varyans analizi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Aşağıdaki tablolarda araştırma kapsamında incelenen öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, umutsuzluk düzeyleri ve gruplar arası karşılaştırmalara ilişkin bilgiler sunulmaktadır.

Tablo 1: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde Öğrenim Gören Lisans Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde(%)	Bölüm	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	97	29,8	Sağlık Yönetimi	125	38,5
Bayan	228	70,2	Hemşirelik	100	30,8
Toplam	325	100	Sosyal Hizmet	100	30,8
Medeni durum	Sayı	Yüzde(%)	Toplam	325	100
Evli	25	7,7	Yaş	Sayı	Yüzde (%)
Bekâr	300	92,3	18	22	6,8
Toplam	325	100	19	41	12,6
Mezun Olunan Lise	Sayı	Yüzde(%)	20	69	21,2
Genel lise	119	36,6	21	70	21,5
Anadolu Lisesi	155	47,7	22	68	20,9
Meslek lisesi	29	8,9	23+	55	17,8
Diğer	22	6,8	Toplam	325	100
Toplam	325	100	Ailenin aylık geliri	Sayı	Yüzde(%)
Sınıf	Sayı	Yüzde(%)	0-1000	80	24,6
1.sınıf	79	24,3	1001-1499	73	22,5
2. sınıf	80	24,6	1500-1999	65	20,0
3. sınıf	78	24,0	2000-2999	82	25,2
4.sınıf	88	27,1	3000 ve üzeri	25	7,7
Toplam	325	100	Toplam	325	100

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya 228’i (%70,2) bayan ve 97’si (%29,8) erkek öğrenci olmak üzere toplam 325 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerin 25’i (%7,7) evli, 300’ü (%92,3) bekârdır. Mezun oldukları lise açısından incelendiklerinde, 119’u (%36,6) genel lise, 155’i (%47,7) Anadolu Lisesi, 29’u (%8,9) Meslek Lisesi, 22’sinin (%8) diğer liselerden mezun olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin 125’i (%38,5) Sağlık Yönetimi, 100’ü (%30,8) Hemşirelik ve 100’ü (%30,8) Sosyal Hizmet bölümünde eğitim görmektedir. Bu öğrencilerden 79’u (%24,3) birinci sınıf, 80’i (%24,6) ikinci sınıf, 78’i (%24,0) üçüncü sınıf, 88’i (%27,1) dördüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin 22’si (%6,8) 18 yaş, 41’i (%12,6) 19 yaş, 60’u (%21,2) 20 yaş, 70’i (%21,5) 21 yaş, 68’i (%20,9) 22 yaş, 32’si (%9,8) 23 yaş, 14’ü (%4,3) 24 yaş, 4’ü (%1,2) 25 yaş, 5’i (%1,5) ise 26 yaşındadır. Ailelerinin gelirleri incelendiğinde 82’sinin (%24,6) 0-1000 TL arası, 73’ünün (%22,5) 1001-

1499 TL arası, 65’inin (%20,0) 1500-1999 TL arası, 82’sinin (%25,2) 2000-2999 TL arası ve 25’inin (%7,7) 3000 TL ve üzeri geliri olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 2: Okuduğunuz Bölümü Seçme Nedeniniz ve Seçimde En Çok Kimin Etkisi Oldu? Sorusuna Verilen Cevaplar

Bu bölümü seçme nedeniniz nedir?	Sayı	Yüzde (%)
İyi bir meslek sahibi olabilmek için	54	16,6
Kolay iş bulabileceğim meslek olduğu için	85	26,2
İlgi duyduğum bir bölüm olduğu için	74	22,8
Bölüm adının üzerimde olumlu etkisi olduğu için	31	9,5
Sınav aldığım puanın bu bölüme yettiği için	60	18,5
Diğer	21	6,5
Toplam	325	100
Bölüme seçmenizde en çok kim etkili oldu?	Sayı	Yüzde (%)
Ailem	81	24,9
Çevrem	41	12,6
Öğretmenlerim	63	19,4
Kendi isteğimle	127	39,1
Diğer	13	4,0
Toplam	325	100

Tablo 2’de görüldüğü gibi öğrencilere 1)Okuduğunuz bölümü seçme nedeniniz nedir? ve 2)Bu bölümü seçmenizde en çok kim etkili oldu? şeklinde açık uçlu olarak iki soru yöneltilmiştir. Öğrencilerin 54’ü (%16,6) iyi bir meslek sahibi olabilmek için, 85’i (%26,2) kolay iş bulabileceği meslek olduğu için, 74’ü (%22,8) ilgi duyduğu bir bölüm olduğu için, 31’i (%9,5) bölüm adının üzerinde olumlu etkisi olduğu için, 60’ı (%18,5) üniversiteye giriş sınavında aldığı puan bu bölüme yettiği için ve 21’i (%6,5) diğer nedenlerle bu bölümü seçtiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin 81’inin (%24,9) ailesi, 41’inin (%12,6) çevresi, 63’ü (%19,4) öğretmenleri, 127’si (%39,1) kendi isteği, 13’ü (%4,0) diğer kişilerin etkisi ile okudukları bölümü seçtiği görülmektedir.

Tablo 3: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Lisans Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerine İlişkin Bulgular

	Sağlık Yönetimi		Hemşirelik		Sosyal Hizmet		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Umutsuzluk yok (0-3)	70	56,0	47	47,0	70	70,0	187	57,5
Hafif düzeyde umutsuzluk (4-8)	36	28,8	31	31,0	22	22,0	89	27,4
Orta düzeyde umutsuzluk (9-14)	14	11,2	19	19,0	5	5,0	38	11,7
İleri düzeyde umutsuzluk (15-20)	5	4,0	3	3,0	3	3,0	11	3,4
Toplam	125	100	100	100	100	100	325	100,0

Ki-kare: 14,959

SD:6

p:0,02

Tablo 4: Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki Farkın Bölümler Açısından Karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Bölüm	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Sağlık Yönetimi	125	4,46	4,257	4,971	0,007
Hemşirelik	100	5,15	4,286		
Sosyal Hizmet	100	3,34	3,093		
Toplam	325	4,33	4,151		

Tukey Testi

(I) Bölüm	(J) Bölüm	Ortalamalar Arası Fark (I-J)	P
Sağlık Yönetimi	Hemşirelik	-,694	,418
	Sosyal Hizmet	1,116	,107
Hemşirelik	Sosyal Hizmet	1,810*	,006

Tablo 3’te görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki öğrencilerinden 11’i (%3,4) ileri düzeyde, 38’i (%11,7) orta düzeyde, 89’u (%27,4) hafif düzeyde umutsuzluk yaşamakta olup, öğrencilerin 187’sinde (%57,5) ise umutsuzluk olmadığı ortaya çıkmıştır. Sağlık yönetimi

öğrencilerinin 70’inde (%56), hemşirelik bölümü öğrencilerinin 47’sinde (%47), sosyal hizmet öğrencilerinin 70’inde (%70) umutsuzluk olmadığı görülmüştür. Sağlık yönetimi öğrencilerinin 36’sı (%28,8) hafif düzeyde umutsuzluk yaşarken, hemşirelik bölümü öğrencilerinin 31’i (%31), sosyal hizmet bölümünün de 22’si (%22) hafif düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Bölümlerin ileri düzeyde umutsuzluk derecelerini incelediğimizde sağlık yönetimi öğrencilerinin 5’i (%4), hemşirelik bölümü öğrencilerinin 3’ü (%3) ve sosyal hizmet öğrencilerinin 3’ü (%3) ileri düzeyde umutsuz olduğu görülmektedir.

Tablo 4’te görüldüğü gibi umutsuzluk düzeyinin öğrenim görülen bölüm açısından farklı olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan *ki-kare* ve *tek yönlü varyans analizi* yapılmış sonucunda, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p < ,001$) ve farklılığın *hemşirelik-sosyal hizmet* bölümü öğrencileri arasında olduğu saptanmıştır. Yine bulgular incelendiğinde en yüksek umutsuzluk düzeyinin hemşirelerde en az umutsuzluk düzeyinin ise sosyal hizmet öğrencilerinde olduğu görülmüştür.

Tablo 5: Umutsuzluk Düzeyinin Öğrenim Görülen Sınıf Açısından Karşılaştırılması

Öğrenim Gördüğü Sınıf	Umutsuzluk Düzeyi				Toplam
	Umutsuzluk Yok	Hafif Düzeyde Umutsuzluk	Orta Düzeyde Umutsuzluk	İleri Düzeyde Umutsuzluk	
Birinci Sınıf	44	21	14	0	79
İkinci Sınıf	49	19	7	5	80
Üçüncü Sınıf	40	26	10	2	78
Dördüncü Sınıf	54	23	7	4	88
Toplam	187	89	38	11	325

Ki-Kare: 11,760

SD:9

p: 0,227

Tablo 6: Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki Farkın Sınıflar Açısından Karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Sınıf	n	Ortalama	Std.Sap	F	p
Birinci Sınıf	79	4,32	3,639	,457	,713
İkinci Sınıf	80	4,44	4,381		
Üçüncü Sınıf	78	4,67	4,305		
Dördüncü Sınıf	88	3,93	4,071		

Tablo 5 ve Tablo 6’da görüldüğü gibi öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin öğrenim görülen sınıf açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan *ki-kare* ve *tek yönlü varyans analizi* sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 7: Umutsuzluk Düzeylerinin Cinsiyet ve Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması (Bağımsız Gruplar Arası t Testi)

Değişken		n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Cinsiyet	Erkek	97	4,78	4,827	1,297	,196
	Kadın	228	4,13	3,823		
Medeni Durum	Evli	25	1,50	,798	8,884	0,000
	Bekar	300	4,43	4,190		

Tablo 7’de görüldüğü gibi umutsuzluk düzeyinin cinsiyet ve medeni durum açısından farklılık gösterip göstermediğinin test edilesi amacıyla gerçekleştirilen bağımsız gruplar arası t testi sonucunda cinsiyet açısından anlamlı bir fark olmadığı (t: 1,29; p>,05) ancak medeni durum açısından farkın ise ileri düzeyde anlamlı (t: 8,884; p<,05) olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: Umutsuzluk Düzeylerinin Mezun Olunan Lise Türü ve Ailenin Aylık Geliri Açısından Karşılaştırılması (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Değişken		Sayı	Ortalama	Std.Sapma	F	P
Mezun Olunan Lise Türü	Genel Lise	119	4,37	3,974	,848	,469
	Anadolu Lisesi	155	4,25	4,200		
	Meslek Lisesi	29	5,24	5,166		
	Diğer	22	3,41	3,172		
Ailenin Aylık Geliri	0-1000	80	4,24	3,584	,695	,596
	1001-1499	73	4,62	4,530		
	1500-1999	65	3,95	3,781		
	2000-2999	82	4,72	4,895		
	3000 ve Üzeri	25	3,44	2,800		

Tablo 8’de görüldüğü gibi umutsuzluk düzeyinin mezun olunan lise türü ve ailenin aylık geliri açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Araştırmada katılımcılara yöneltilen 1)Bölümü seçme nedeniniz nedir? (F:1,93; p: 0,06) ve 2)Bölümü seçmenizde kim etkili oldu? (F:0,702; p:0,591) soruları ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma ile Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin Sağlık Yönetimi, Hemşirelik ve Sosyal Hizmet bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi ve umutsuzluk düzeyinin çeşitli sosyo-demografik değişkenler ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulguları şu şekilde özetlenebilir:

- Öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri genel olarak düşük seviyededir (Ort:4,33±4,13). Dereli ve Kabataş (2009) tarafından Muğla Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu öğrencilerinin iş bulma ve umutsuzluk düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, öğrencilerin iş bulma noktasında yaşadıkları kaygıya paralel olarak umutsuzluk düzeyinin (Ort: 15,53±4,35) arttığı saptanmıştır. Yine Turgut (2004) tarafından yapılan benzer bir çalışmada beden eğitimi ve spor eğitimi gören öğrencilerin sosyal güvencelerin azlığı, iş bulma olanaklarının kısıtlılığı nedenlerine bağlı olarak yüksek oranda umutsuzluk yaşadıkları saptanmıştır. Bu iki çalışmanın bulguları ile bizim çalışmamız arasındaki farkın yüksek olmasının sebebi, son yıllarda hemşirelik ve sosyal hizmet bölümlerinden mezun olan öğrencilerin hemen atanmaya başlaması ile açıklanabilir. Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin umutsuzluk düzeyinin düşük olmasının sebebi ise bölümde okuyan öğrencilerin bir kısmının devlet memuru olarak yada özel sektörde hali hazırda görev yapıyor olmaları ve bölümün geleceğine ilişkin olumlu inançlarının yüksek olması ile açıklanabilir.
- Umutsuzluk düzeyinin öğrenim görülen bölüm açısından istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği ($p<,001$) ve farklılığın *hemşirelik-sosyal hizmet* bölümü öğrencileri arasında olduğu saptanmıştır. Bulgular incelendiğinde en yüksek umutsuzluk düzeyinin hemşirelerde, en az umutsuzluk düzeyinin ise sosyal hizmet öğrencilerinde olduğu görülmüştür. Hemşirelik öğrencilerinin diğer bölümlere göre daha yüksek oranda umutsuzluk taşımalarının nedeni, mesleğin zor, stresli ve yıpratıcı bir meslek olması ile açıklanabilir.
- Araştırmada umutsuzluk puanlarının, medeni durum açısından büyük bir fark gösterdiği ve evli olanların bekâr olanlara göre daha yüksek oranda umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir. Bu durum evli olan öğrencilerin yaşadığı ekonomik güçlüklerin daha yüksek olması ile açıklanabilir.
- Araştırmada umutsuzluk düzeyinin cinsiyet, öğrenim görülen sınıf, ailenin gelir düzeyi, mezun olunan lise türü, bölümü seçme nedeni ve bölümü seçmede kimin etkili olduğu soruları açısından farklılık göstermediği görülmüştür. Çetintürk (2001) ve Gerede (2002) tarafından yapılan bir çalışmada düşük gelirli ailelerin çocuklarının daha yüksek oranda umutsuzluk yaşadığı tespit edilmiştir. Üngüren (2007) ise Antalya’da üniversite eğitimi gören öğrenciler üzerinde yaptığı araştırmada umutsuzluk ile öğrenim görülen sınıf, bilinçli ve istekli tercih ile ailelerinin gelir düzeyi arasında ilişki saptanmıştır. Atalay (2011) ise Türkiye’de müzik eğitimi veren okullarda öğrenim gören lisans öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin; cinsiyet, yaş, sınıf, ailelerinin gelir durumu açısından farklılık göstermediğini ancak mezun oldukları lise türü açısından farklılık olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızın sonuçları literatürdeki bulgularla kimi alanlarda paralellik göstermektedir.

Kaynakça

1. ATALAY, Beste (2011), Türkiye’de mesleki müzik eğitimi veren kurumlarda öğrenim gören lisans öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırmalı analizi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
2. BECK ve ark. (1974), The hopelessness scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, s. 861- 974.
3. CHEAVENS, JS ve D.B. Feldman, J.T. Woodward, C.R. Snyder (2006), Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, s.135-145.
4. ÇETİNTÜRK, Huriye (2001), Yatılı ilköğretim bölge okul II. kademe öğrencileriyle normal ilköğretim okulu II. kademe öğrencilerin depresyon ve umutsuzluk düzeyleri açısından karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
5. DEREBASI, Işık (1996), Beck umutsuzluk ölçeğinin Ege Üniversitesi öğrencilerinin üzerinde geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
6. DERELİ, Feyza ve Sinem, KABATAŞ (2009), Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin İş Bulma Endişeleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmemesi, Yeni Tıp Dergisi, 26, s. 31-36.
7. DİLBAZ, N. ve G. Seber (1993), Umutsuzluk kavramı: depresyon ve intiharda önemi, Kriz Dergisi, s.134-138.
8. DURAK, A ve R. Palabıyıkoglu (1994), Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ) geçerlilik çalışması, Kriz Dergisi, s. 311- 319.
9. GEREDE, Asude (2002), İlköğretimde okuyan çocukların umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
10. GÜLER, B.K. (2005), İşsizlik ve yarattığı psiko-sosyal sorunların öğrenilmiş çaresizlik bağlamında incelenmesi, İktisat Fakültesi Mecmuası,(Prof. Dr. Toker Dereliye Armağan Özel Sayısı), s.373-393.
11. KEMER, G. ve K. Atik (2005), Kırsal ve il merkezinde yaşayan lise öğrencilerinin umut düzeylerinin aileden algılanan sosyal destek düzeyine göre karşılaştırılması, M. Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, s.161-168.
12. SAYAR, Burak (2012), Üniversite öğrencilerinin mizah tarzları ile umutsuzluk ve boyun eğici davranışlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
13. SEBER, G. (1991), Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği üzerine bir çalışma, Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Eskişehir.
14. SEBER, G, N. Dilbaz, C. Kaptanoğlu ve D. Tekin (1993), Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği, Kriz Dergisi, s. 139-142.
15. SNYDER, C. R. (1989) Reality negotiation from excuses to hope and beyond, Journal of Social and Clinical Psychology, s. 130-157.

- 16.SUNGUR, M. (1994), Kognitif görüş bağlamında depresyon ve antisipasyon, Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, s.15-23.
- 17.ŞAHİN, Bülent (2009), Özel sektör işbirlikli bir mesleki teknik ve eğitim kurumu öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi: İstanbul İli Şişli Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 18.TURGUT, Gülden (2004), Türkiye’de beden eğitimi ve spor öğrenimi gören öğrencilerin psikolojilerinin umutsuzluk yönünden değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- 19.TÜMKAYA, S. (2005), Ailesi yanında ve yetiştirilme yurdunda kalan ergenlerin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması, Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, s. 445-457.
- 20.ÜNGÜREN, Engin (2007), Lise ve üniversitelerde turizm eğitimi alan öğrencilerin umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi: Antalya’da bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 21.VAHAPOĞLU, Zeynep (2013), Ön lisans öğrencilerinin umut düzeyleri ve başarı yönelimlerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- 22.VİDİNLİOĞLU, S. Özge (2010), Ortaöğretim öğrencilerinin benlik algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- 23.YERLİKAYA, İ. (2006), Bilişsel-davranışçı yaklaşıma ve hobi terapiye dayalı umut eğitimi programlarının ilköğretim öğrencilerinin umutsuzluk düzeyine etkisi, Ankara, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
- 24.YILDIRIM, S. (2007), Anaokulu öğretmenlerinde tükenmişlik düzeyi ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

İnternet Kaynakları

- 25.Web:<http://tr.wikipedia.org/wiki/Umutsuzluk> 16 Mayıs 2014’de alınmıştır.
- 26.Web: <http://tr.wikipedia.org/wiki/Umut> 16 Mayıs 2014’de alınmıştır.
- 27.Web:<http://tr.wikipedia.org/wiki/Umutsuzluk> 18 Mayıs 2014’de alınmıştır.

ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK ve İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ

Gamze Yorgancıoğlu TARCAN*

Betül BAŞKURT **

Mehmet TOP***

Menderes TARCAN****

Saffet OCAK *****

Nuray GİDER*****

ÖZET

Acil servis hekimleri ve çalışanlarının tükenmişliği iş tatminini azaltmakta, düşük performans neden olmakta ve depresyon, intihar gibi olumsuz akıl ve ruh sağlığı sorunlarına neden olmaktadır. Bu araştırma Eskişehir’de iki kamu hastanesi acil servis çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi açıklamak için yapılmıştır. Ayrıca araştırmada tükenmişlik ve iş doyumunu cinsiyet, medeni durum, eğitim ve mesleğe göre incelenmiştir. Araştırma 250 acil servis çalışanı üzerinde yapılmıştır. Maslach Tükenmişlik Envanteri (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıyı ölçen) ve Minnesota İş Doyumu Anketi (içsel tatmin, dışsal tatmin, genel tatmini ölçen) uygulandı ve veri toplamak için kullanıldı. Araştırma sonucunda tükenmişlik ve iş doyumunu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu araştırma eğitim, medeni durum ve mesleğin tükenmişlik ve iş doyumunu etkilediğini göstermiştir. Fakat cinsiyete göre iş doyumunun anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Duygusal tükenmenin genel tatminin; duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın içsel iş doyumunun; duygusal tükenme ve kişisel başarının dışsal iş tatminin önemli belirleyicisi olduğu belirlenmiştir. Bu durumda bu araştırma için duyarsızlaşmanın iş doyumunun en önemli belirleyicisi olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, İş doyumunu, Acil Servis, Acil Sağlık Çalışanı, Hastane İşletmeciliği

*Ögr. Gör. Uzm. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü.

**Hemşire, Eskişehir Devlet Hastanesi

***Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü

****Doç.Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü.

*****Yrd.Doç.Dr. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü.

*****Hemşire, SB Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EXAMINATION of BURNOUT and JOB SATISFACTION LEVELS of EMERGENCY SERVICES PERSONNEL: ESKİŞEHİR CASE

ABSTRACT

Burnout among emergency medicine practitioners and personnel are decreased career satisfaction, low job performance and high prevalence of mental problems such as anxiety, depression, and suicide. This study investigated relationship between perceptions of burnout and job satisfaction for working in emergency services in two public hospitals in Eskişehir. Also this study examined levels of burnout and job satisfaction in terms of gender, marital status, education, and occupations. This study was planned and conducted on 250 personnel at emergency services. Maslach Burnout Inventory Scale, assessing emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment, and Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), assessing internal satisfaction, external satisfaction and overall satisfaction) were applied and used for data collection. The end of this study, it was found that there was a significant relationship between burnout and job satisfaction. This study showed education, marital status and occupations affected burnout and job satisfaction. However, sex had a significant effect on job satisfaction. This study revealed that emotional exhaustion was a significant predictor for overall satisfaction; emotional exhaustion and depersonalization were significant predictors for inner job satisfaction; and emotional exhaustion and personal accomplishment were significant predictors for external job satisfaction. So it could be said that emotional exhaustion was the significant regressor for job satisfaction in this study.

Keywords: *Burnout, Job Satisfaction, Emergency Service, Emergency Health Personnel, Hospital Business*

1. Giriş

Acil sağlık hizmetleri tükenmişliğin yoğun olarak yaşandığı alanlardır. Aynı zamanda acil sağlık ve kurtarma hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumunu tükenmişliğin yüksek olmasından dolayı düşük kalabilmektedir. Sağlık sektöründe çalışan personelin tükenmişliği ve iş doyumunu üzerine kapsamlı bir literatür olmasına karşın, acil sağlık hizmetleri yönetimi açısından acil sağlık birimlerinde çalışan personelin iş doyumunu ve tükenmişliği arasındaki ilişkiyi açıklayan sınırlı sayıda araştırma vardır. Türkiye için de acil ve kurtarma sağlık hizmetleri oldukça önemlidir. Bu alanda çalışan personelin nitelik ve nicel olarak yeterli olması son derece önemlidir. Bu bağlamda acil sağlık çalışanlarının iş durumunun düzenli ölçülmesi, tükenmişliklerinin araştırılması ve iş doyumunu, tükenmişlik, mobbing, bağlılık, örgütsel güven gibi konuların incelenmesi gerekmektedir. Bu araştırma Türkiye sağlık sisteminde acil sağlık hizmetlerinde görev yapan hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık teknisyenleri ve memurlarının tükenmişlik ve iş doyumunu incelemek üzere yapılmıştır.

Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Modeli kullanılmıştır. Tükenmişlik sendromunun günümüzde en yaygın kabul gören tanımlaması olan Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen üç yönlü tanımlamadır. Bu tanımlamaya göre tükenmişliğin ilk bileşeni duygusal tükenmedir. Bu olgu, çalışan kişilerin, geçmişte olduğu gibi kendilerini işlerine verememeleri ya da yardım isteyen kişilerin sorumluluklarını üstlenememeleri, engellenme ve gerginlik hissetmeleri anlamına gelmektedir. Sık rastlanan semptom, ertesi gün yeniden işe gitme korkusudur. İkinci bileşen, duyarsızlaşma halidir. Çalışan kişiler kendilerini duygusal olarak uzak hissetmekte ve birlikte görev yaptığı, hizmet ettiği veya yardımını isteyen kişilere karşı negatif, katı, duygusuz bir tavır geliştirmektedir. Tükenmişlikte üçüncü ve son bileşen ise; “ bireysel başarıda düşmedir. Kişinin yeterlilik, başarıya ulaşma duygusunda bir azalma olması, hatta elindekilerini de kaybetme algısı vardır (Cordes & Dougherty, 1993: 624-625). Tükenmişlik, işyerinde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bunların sonucunda kişisel başarıda azalma sendromu olarak tanımlanmaktadır (Maslach et al., 2001: 397; Gundersen, 2001: 145). Maslach tükenmişliği “profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması” biçiminde tanımlamıştır. Tükenmişliğin majör özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilmeyi içerir (Maslach & Jackson, 1986: 12). Günümüzde sağlık sektöründe başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının hem iyilik hali, sağlıkları hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından personelin tükenmişlik sendromu önem arz etmektedir.

Sağlık sektöründe tükenmişliğin nedenleri ve gelişimi ayrıntılı olarak açıklanmış değildir (Maslach et al., 2001: 399; Gundersen, 2001: 146). Tıpta uzmanlık dallarının sayı olarak artması ve eğitimin zor olması, hekimlerden yönetsel beklentilerin artması, hemşirelerin iş yükünün artması, hasta beklentilerinin çok yüksek düzeylere çıkması, kalite, hasta güvenliği ve performans baskıları sağlık personelinde tükenmişliği arttıran faktörler olarak bazen belirtilmektedir (Gundersen, 2001: 146; Panagopoulou vd., 2006: 195). Demografik ve kişisel değişkenler tükenmişlik ile bağlantılı olabilir. Örneğin tükenmişliğin erkekler, genç insanlar ve evli bireyler arasında daha az görüldüğü belirtilmektedir (Guatman, 2001: 37). Ancak yapılan çalışmalar tükenmişlik ile mesleki / kurumsal faktörler arasında ilişkiler olduğunu açıklamaktadır. Örneğin hastanelerde hekimlerin iş tatmininin yüksek olması ile tükenmişlik düzeyinin önemli ölçüde azaldığı açıklanmıştır. Yine hastanelerde hekimlerin mobbing ve iş stresi gibi olumsuz iş psikolojisi sendromları yükseldikçe tükenmişliğin de yükseldiğinin altı çizilmektedir (Gabbard, 1985: 2926; Renzi vd., 2005: 153).

İş doyumu, insanları çalışmaya sevk eden ve onların motive olmasını sağlayan önemli bir etken, gösterdikleri çabalar sonucunda elde ettikleri başarı umutlarıdır. Bu umutlar gerçekleştiğinde doyum söz konusu olmaktadır. Ortaya konan arzu ve ihtiyaçlar her şeyden önce insanın kendi benliği ile yakından ilişkili olmaktadır. Bu nedenle iş doyumu aynı zamanda bireyin kendi egosunun doyum yolu olarak da tanımlanabilmektedir (Eren, 2001: 40-51).

Türkiye’de sağlık personelinin iş doyumu ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi açıklayan birçok çalışma olmasına karşın, acil sağlık hizmetleri veya acil sağlık kuruluşlarında çalışan

başta hekim ve hemşire olmak üzere acil sağlık personelinin tükenmişlik ve iş doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen sınır sayıda araştırma vardır. Yapılan çalışmalar birçok meslekte olduğu gibi hemşirelik ve hekimlik ve diğer sağlık mensuplarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu arasında karşılıklı ve negatif ilişkiye işaret etmektedir (Kelleci, 2011; Mertoğlu, 2013). Rosales ve arkadaşlarının (2013), “Hemşirelerin tükenmişliği ve iş doyumu: bir ilişki var mı?” adlı çalışmada, 48 hemşire üzerinde yapılan analizler sonucunda hastalara verilen bakımın kalitesini etkileyen iş doyumu ile tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bahsedilen çalışmada nihai hedef hasta doyumu olduğu için iş doyumu yüksek ve tükenmişlikten uzak hemşireler, hekimler ve diğer sağlık personeli kaliteli bir bakım verme konusunda etkili ve verimli olacaktır. Bunun da ötesinde tükenmişliği önlemek ve iş doyumunu yükseltmek için zengin iş programları önerilmiştir (Rosales ve diğ., 2013: 7).

İş doyumu ve tükenmişlik yapılmakta olan işten önemli ölçüde etkilenmektedir. İş doyumu ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki vardır ve genellikle tükenmişlik düzeyi düştükçe iş doyumu düzeyi artmaktadır. Bu çalışmada kurulan “iş doyumu ve tükenmişlik arasında anlamlı ilişki vardır” şeklindeki hipotez daha önce yapılmış birçok araştırma sonuçları tarafından da desteklenmektedir. Tükenmişlik boyutlarına göre iş doyumu ile kişisel başarı arasında pozitif ilişki, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile iş doyumu arasında ise negatif ilişki vardır (Brewer and Clippard, 2002: 169; Visser ve diğ., 2003: 271; Faragher ve diğ., 2005: 105; Tsigilis ve diğ., 2006: 256; Özyurt ve diğ., 2006: 161; Çimen, 2000). Jalili ve diğerleri (2013) İran sağlık sisteminde acil tıp mensuplarının tükenmişliğini ve onu etkileyen faktörleri incelemiştir. Araştırmalarında 165 acil asistan hekimine ve uzman hekime ulaşımlardır. Araştırma sonucunda yüksek duyarsızlaşmanın cinsiyet ve istihdam şekli tarafından etkilendiğini belirlemişlerdir.

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik ve iş doyumunu inceleyen bazı araştırmalar yapılmıştır. Akpınar ve Taş (2011) acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmışlardır. Araştırma sonucunda 191 acil servis çalışanına iş durumu ve tükenmişlik anketi uygulamışlardır. Araştırma sonucunda duygusal tükenme ile içsel doyum arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur. Duyarsızlaşma ile dışsal doyum algıları arasında zayıf düzeyde negatif bir ilişki belirlenmiştir. Kişisel başarı algısı ile içsel ve dışsal doyum algıları arasında orta düzeyde, kişisel başarı algısı ile genel doyum algısı arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Kebapçı ve Akyolcu (2011) acil birimlerde çalışan hemşirelerin tükenmişliğini ölçmüşlerdir. Araştırma sonucunda acil birimlerde çalışan hemşirelerin tükenmişliğinin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre yüksek olduğuna işaret etmişlerdir. Akpınar ve diğerleri (2013) acil sağlık çalışanlarının iş doyumu, tükenmişlik ve örgütsel bağlılığı araştırmışlardır. Araştırma sonucunda örgütsel bağlılığın boyutlarından efektif bağlılık üzerine iş doyumu ve duygusal tükenmenin anlamlı etkisini bulmuşlardır.

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Amaç

Acil servisler, hastanelerin en yoğun ve en stresli birimleridir. Acil servislerdeki hem fiziksel koşulların eksikliği, hem de servisin kendine özgü sorunları nedeniyle, servis çalışanları stres ve duygusal problemlerden dolayı tükenmişlik sendromunun etkisi altına girilebilmektedir. Bunun yanında kişinin çalışmış olduğu iş ve iş çevresi de birey üzerinde etkili olarak iş doyumu kavramının ortaya çıkmasına neden olacaktır.

Bu çalışmada, acil servis sağlık çalışanlarında oluşabilecek tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin araştırılması, aralarındaki ilişkiyi ortaya koymak ve araştırma kapsamındaki sağlık personellerinin görüşlerinin belirlenerek, verecekleri cevaplardan hareketle mevcut durumu tespit etmek amaçlanmıştır. Ayrıca araştırma acil servis çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin eğitim, meslek, medeni durum, yaş vb. özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelemek amaçlanmıştır. İş doyumu ile tükenmişlik karşılıklı olarak birbirini etkilediğinden, araştırmada iş doyumu üzerine tükenmişliğin etkisi de sorgulanmıştır.

2.2. Katılımcılar

Tükenmişlik ve iş doyumu kavramlarının, sağlık çalışanlarının kişisel özelliklerinin yanında hizmet verdikleri hastanenin yapısına, türüne ve çalışma koşullarına bağlı olarak değişkenlik gösterebileceği düşüncesiyle özel hastaneler evren dışında tutularak araştırma yapılmıştır. Bu amaçla Kamu Hastaneleri bünyesindeki Eskişehir Devlet Hastanesi ve Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi acil servis sağlık çalışanları ile anket çalışması gerçekleştirilmiştir.

Çalışma için Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesindeki hastanelere müracaat edilmiş olup; söz konusu hastaneler araştırma evrenini 250 acil sağlık çalışanı oluşturmuştur. Anket çalışması için Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 05.03.2014 tarih ve 2615 sayılı onayı ile Eskişehir Devlet Hastanesi ve Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Acil Servislerindeki görevli toplam 250 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Uygulanan anket çalışmasında, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyumu Ölçekleri kullanılmıştır. Veri toplama araçları çalışmanın sonunda ek olarak verilmiştir. Veri toplama işlemi, 10 Mart 2014 - 10 Nisan 2014 tarihleri arasında yapılmış ve acil servis sağlık çalışanlarına uygulanmıştır.

Veri toplamak için hazırlanan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde acil servis sağlık çalışanlarına ait kişisel bilgilerini elde etmeye yönelik açık ve kapalı uçlu sorular yer almaktadır. İkinci bölümde, Maslach ve Lackson (1981) tarafından geliştirilen ve Maslach'ın adıyla literatüre geçen Tükenmişlik Envanterindeki 22 maddeden oluşan sorular ile değerlendirme yapılmıştır. Ölçekte yer alan 22 soru için sağlık çalışanlarının vereceği cevaplara katılma dereceleri 7 şıklı Likert ölçeği ile ölçülmüştür.

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ve bireylerde tükenmişlik düzeyinin ölçümünde kullanılan ölçek “*Maslach Tükenmişlik Envanteri-Maslach Burnout Inventory-MBI*” adıyla anılmaktadır. Ölçekte, 9’u duygusal tükenmişlik düzeyini, 8’i kişisel başarıda düşme hissini, 5’i duyarsızlaşmayı ölçen 22 adet soru yer almaktadır. *Duygusal tükenmişlik* alt ölçeği; kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olmasını ifade etmektedir. Bu alt ölçekte; yorgunluk, bıkkınlık ve duygusal enerjinin azalmasıyla ilgili dokuz madde bulunmaktadır. *Duyarsızlaşma* alt ölçeği; kişinin hizmet verdiği bireylere karşı, duygudan yoksun bir şekilde, bireylerin kendine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın davranmalarını tanımlamaktadır. *Düşük kişisel başarı* alt ölçeği; Kişisel başarı insanlarla çalışan bir kişide yeterlilik ve başarıyla işlerin üstesinden gelme duygularını tanımlamaktadır. Kişisel başarı duygusunda azalma ise, kişinin kendini işine yetersiz ve başarısız olarak algılamasıdır (Maslach ve Jackson, 1981: 100).

Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Ergin tarafından yapılan ölçek, her birinde beş basamaklı yanıt seçenekleri olan 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte Duygusal Tükenme (emotional exhaustion), Duyarsızlaşma (depersonalization) ve Düşük Kişisel Başarı Hissi (personal accomplishment) olmak üzere üç alt boyutu vardır (Ergin, 1996: 30).

Ölçek değerlendirilirken, tükenmişliğin üç boyutundan ikisi olan duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutlarında puan ne kadar yüksekse, buna karşın üçüncü boyut olan kişisel başarıda düşme hissinde ise puan ne kadar düşük ise, o ölçüde tükenmişlik yaşandığı şeklinde bir sonuca ulaşılmaktadır. Maslach ve Jackson bu ölçeği daha çok insanlara hizmet eden meslek gruplarını düşünerek geliştirmişler, tükenmişliğin de bu mesleklere ilişkin özel bir sorun olduğunu savunmuşlardır. Dolayısı ile ölçek sağlık sektöründe insan kaynakları üzerine yapılan araştırmalarda sıklıkla kullanılmıştır (Maslach ve Jackson, 1981: 101; Martinussen, Richardsen ve Burke, 2007: 240; Arı ve Bal, 2008: 131; Sucuoğlu ve Kuloğlu, 1996: 53). Bu çalışmamızda Maslach Tükenmişlik Envanterinin güvenilirlik (iç tutarlılık katsayısı, Cronbach Alpha değerleri) katsayıları duysal tükenmişlik boyutu için 0,808; duyarsızlaşma boyutu için 0,740 ve kişisel başarı boyutu için 0,849 olarak hesaplanmış olup, tüm sorular için iç tutarlılık katsayısı 0,885 olarak hesaplanmıştır.

Üçüncü bölüm ise 1967 yılında Weiss, Dawis, England ve Lofquist tarafından geliştirilen Minnesota İş Doyumu ölçeği kullanılmıştır. Anketin ikinci bölümünde çalışanların iş doyumlarını ölçmek için “Minnesota İş Doyum Ölçeği”nin kısa formu kullanılmıştır. David J. Weiss, Rene. V. Davis, Georg W. England ve Llyold H. Lofquist (1967) tarafından geliştirilen anketin kısa formu ise 20 sorudan oluşmaktadır. Minnesota İş Doyum Ölçeği 1-5 arasında puanlanan 5’Lİ likert tipi bir ölçektir. Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum boyutu, dışsal doyum boyutu ve genel doyum düzeyini ölçmektedir. İçsel doyum; faaliyet, serbestlik, değişiklik, sosyal statü, ahlaki değer, tanınma, kendi kendine bir şeyler yapabilme, otorite, yeteneklerini kullanma, sorumluluk, yaratıcılık, başarı kavramlarını içeren anket ifade maddeleri, dışsal doyum; ilerleme, şirket politikası ve uygulaması, çalışma arkadaşları, çalışma şartları, güvence, ücret, yönetici-insan ilişkileri, yönetici ve teknik kavramlarını içeren ifadeler oluşturmaktadır (Weiss vd., 1967:1-4; Aksu, 2012: 66). Ölçek Baycan

tarafından 1985 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmamızda Minnesota İş Doyumu Anketinin güvenilirlik (iç tutarlılık katsayısı, Cronbach Alpha değerleri) katsayıları içsel doyum boyutu için 0,762 ve dışsal doyum boyutu için 0,893 olarak hesaplanmış olup, tüm sorular için iç tutarlılık katsayısı 0,847 olarak hesaplanmıştır.

2.4. Varsayımlar

Araştırmaya veri kaynağı olacak anket formlarının doğruluğu, ankete katılan personelin verdiği cevapların doğruluğuna bağlıdır ve bu verilerin de doğru olduğu, gerçeği yansıttığı öngörülmüştür. Araştırma, kesitsel bir araştırmadır ve Eskişehir Devlet Hastanesi ile Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesinde yürütülmüştür. Dolayısı ile bu araştırmada elde edilen sonuçlar diğer hastanelere genellenemez.

2.5. Veri Analizi

Anket uygulamasında elde edilen veriler, IBM SPSS (Statistical Package for Social Science for) Statistics V-22 programına girilmiş ve değerlendirilmiştir. Anketin uygulamasından elde edilen veriler bilgisayara aktarılmış ve araştırma amaçlarını test etmek için gerekli tanımlayıcı istatistikler (frekans) ile grup ortalamaları arasındaki farklılığın önemlilik testleri uygulanmıştır. Anket soruları, güvenilirlik testi ile incelendikten sonra, parametrik varsayımlar yerine getirilmediğinde non-parametrik test olan Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U Testi, parametrik varsayımlar yerine getirildiğinde T Testinden yararlanılmış, ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyumu Ölçeğinin karşılaştırılmasında Korelasyon testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt alanları olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarına, Minnesota İş Doyumu alt alanları olan içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanlarına etkilerini tespit etmek amacıyla, regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Araştırmada 250 acil sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Araştırmaya 115 (%46) kadın, 135 (%54) erkek personel katılmıştır. 250 acil sağlık çalışanından 81 (%32,4)'i bekar, buna karşılık %67,6'sı evli personeldir. Araştırmaya katılan acil sağlık çalışanlarının 93'ü (%37,2) lisans, 77'si (%30,8) önlisans ve 54'ü (%21,6) lise mezunudur. Ayrıca araştırmada 15 yüksek lisans, 9 tıpta uzmanlık ve 2 doktora derecesine sahip personel vardır. Araştırmaya 38 hekim (%15,2), 55 hemşire (%22), 22 (%8,8) acil tıp teknisyeni, 96 (%38,4) sağlık teknisyeni ve memuru ve 39 (%15,6) tıbbi sekreter katılmıştır. Araştırmaya katılanların yaşı 19 ile 56 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 34,78 olarak hesaplanmıştır. Acil sağlık çalışanlarının aylık gelirleri incelendiğinde çoğunluğun 2.000 TL -4.000 TL arasında olduğu belirlenmiştir. Aşağıdaki Tablo 1'de tükenmişlik ve iş durumunun tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur. Ortalamalar incelendiğinde iş doyum ve tükenmişliğin orta düzeylerde olduğu söylenebilir. İçsel iş doyum dışsal iş doyumundan yüksektir.

Tablo 1: Acil Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumunun Tanımlayıcı İstatistikleri

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	İçsel Doyum	Dışsal Doyum	Genel İş Doyumu
Ortalama	3,6422	2,8184	3,8143	3,4093	2,9101	3,1597
Medyan	3,7778	2,6000	4,1250	3,3333	2,8750	3,1250
Mod	4,00	1,60	4,50	3,42	3,13	2,73
Std. Sapma	1,31869	1,18849	1,13809	,82326	,90565	,80839
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,42	1,00	1,38
Maximum	7,00	7,00	7,00	5,00	5,00	5,00
Ranj	6,00	6,00	6,00	3,58	4,00	3,62

Tablo 2 tükenmişlik ve iş doyumunun cinsiyete göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşma cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Tükenmişlik noktasında kadın acil servis çalışanların skor ortalamaları erkelere göre yüksektir ve bu durum duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için önemlidir. İş doyumunu açısından ise erkeklerin skor ortalamaları kadınlara göre yüksektir. Ancak iş doyumunu skorlarındaki cinsiyete göre bu farklılıklar istatistiki açıdan önemli değildir. Dolayısı ile bu araştırmada cinsiyetin tükenmişliği etkileyen önemli bir değişken olmasına rağmen, iş doyumunu için cinsiyetin önemli bir değişken olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2: Acil Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Duygusal Tükenme	Kadın	115	3,94	1,40	3,364	,001*
	Erkek	135	3,38	1,19		
Duyarsızlaşma	Kadın	115	2,98	1,29	2,116	,035*
	Erkek	135	2,67	1,07		
Kişisel Başarı	Kadın	115	3,91	1,10	1,341	,181
	Erkek	134	3,72	1,16		
İçsel Doyum	Kadın	115	3,32	,83	-1,416	,158
	Erkek	134	3,47	,81		
Dışsal Doyum	Kadın	115	2,82	,87	-1,306	,193
	Erkek	134	2,97	,92		
Genel Doyum	Kadın	115	3,07	,80	-1,453	,147
	Erkek	134	3,22	,81		

Tablo 3 tükenmişlik ve iş doyumunun medeni duruma göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşma medeni

duruma göre anlamlı farklılık gösterirken, kişisel başarı boyutunun göstermediği bulunmuştur. Tükenmişlik noktasında bekar acil servis çalışanların skor ortalamaları evlilere göre yüksektir ve bu durum duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için önemlidir. İş doyumunu açısından ise tükenmişliğin tersine evli çalışanların skor ortalamaları bekarlara göre yüksektir. Bu durum içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum açısından önemlidir. Dolayısı ile bu araştırmada medeni durumun tükenmişlik ve iş doyumunu etkileyen önemli bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3: Acil Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumunun Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Duygusal Tükenme	Bekar	81	3,98	1,18	3,144	,002*
	Evli	139	3,45	1,20		
Duyarsızlaşma	Bekar	81	3,21	1,15	3,512	,001*
	Evli	139	2,64	1,18		
Kişisel Başarı	Bekar	81	4,00	1,00	1,847	,066
	Evli	138	3,72	1,15		
İçsel Doyum	Bekar	81	3,19	,69	-2,654	,009*
	Evli	138	3,50	,90		
Dışsal Doyum	Bekar	81	2,74	,82	-2,042	,042*
	Evli	138	2,99	,92		
Genel Doyum	Bekar	81	2,96	,69	-2,508	,013*
	Evli	138	3,24	,85		

Tablo 4 incelendiğinde eğitim durumuna tükenmişlik ve iş doyumunu skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Eğitim durumu yükseldikçe duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı skorları artmakla birlikte tıpta uzmanlık eğitimi derecesine sahiplerin tükenmişlik boyutlarında azalmalar dikkat çekmektedir. Eğitim durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı skorlarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4. Acil Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumunun Eğitim Duruma Göre Karşılaştırılması

	Lise (n=54)	Önlisans (n=77)	Lisans (n=93)	Yüksek Lisans (n=15)	Tıpta Uzmanlık (n=9)	Doktora (n=2)		
	Ort. (Std.Sapma)	Ort. (Std.Sapma)	Ort. (Std.Sapma)	Ort. (Std.Sapma)	Ort. (Std.Sapma)	Ort. (Std.Sapma)	Ki-Kare (+)	p
Duygusal Tükenme	3,61 (1,13)	3,55 (1,59)	3,76 (1,12)	4,12 (1,55)	2,44 (0,46)	3,94 (1,49)	14,208	,014*
Duyarsızlaşma	2,99 (1,10)	2,77 (1,23)	2,84 (1,12)	2,94 (1,55)	1,46 (0,28)	3,70 (0,42)	18,286	,003*
Kişisel Başarı	3,74 (1,14)	3,37 (1,15)	4,01 (0,64)	4,73 (0,18)	4,28 (0,48)	4,68 (0,22)	30,126	,000*
İçsel Doyum	3,28 (0,62)	3,46 (0,90)	3,37 (0,78)	3,27 (0,74)	4,36 (1,27)	3,66 (0,23)	11,396	,044*
Dışsal Doyum	2,86 (0,87)	3,08 (0,94)	2,75 (0,89)	2,65 (0,72)	3,84 (0,31)	2,81 (0,44)	13844	,017*
Genel Doyum	3,07 (0,69)	3,27 (0,87)	3,06 (0,78)	2,96 (0,71)	4,10 (0,68)	3,23 (0,33)	12,868	,025*

+: Kruskal Wallis H testi

İş doyumunda ise tıpta uzmanlık derecesine sahip acil sağlık çalışanlarının iş doyum skorları diğer eğitim gruplarına göre anlamlı şekilde yüksektir. Acil çalışanların içsel, dışsal ve genel doyum skorları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda iş doyumunu ve tükenmişlik noktasında tıpta uzmanlık derecesine sahip hekimlerin farklılığı oluşturan temel grup olduğu anlaşılmıştır. Dolayısı ile bu araştırmada eğitimin tükenmişlik ve iş doyumunu etkileyen önemli bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 5. Acil Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumunun Mesleki Unvanlarına Göre Karşılaştırılması

		n	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	Hekim	38	3,54	1,10	1,333	,258
	Hemşire	55	3,81	1,41		
	Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	22	3,75	1,14		
	Sağlık Teknisyeni ve Memuru	96	3,44	1,43		
	Tıbbi Sekreter	39	3,92	1,125		
Duyarsızlaşma	Hekim	38	2,31	1,09	5,874	,000*
	Hemşire	55	3,04	1,21		
	Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	22	3,04	1,28		
	Sağlık Teknisyeni ve Memuru	96	2,60	1,01		
	Tıbbi Sekreter	39	3,38	1,31		
Kişisel Başarı	Hekim	37	4,34	,52	5,328	,000*
	Hemşire	55	3,62	1,19		
	Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	22	3,83	1,06		
	Sağlık Teknisyeni ve Memuru	96	3,54	1,23		
	Tıbbi Sekreter	39	4,22	,91		
İçsel Doyum	Hekim	37	3,89	,84	4,029	,003*
	Hemşire	55	3,36	,82		
	Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	22	3,35	1,28		
	Sağlık Teknisyeni ve Memuru	96	3,28	,69		
	Tıbbi Sekreter	39	3,33	,60		
Dışsal Doyum	Hekim	37	3,24	,45	2,432	,048*
	Hemşire	55	3,00	,94		
	Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	22	2,70	1,13		
	Sağlık Teknisyeni ve Memuru	96	2,75	1,01		
	Tıbbi Sekreter	39	2,95	,64		

Genel Doyum	Hekim	37	3,56	,54	3,326	,011*
	Hemşire	55	3,18	,85		
	Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	22	3,03	1,14		
	Sağlık Teknisyeni ve Memuru	96	3,02	,83		
	Tıbbi Sekreter	39	3,14	,51		

Tablo 5 incelendiğinde mesleğe göre tükenmişlik ve iş doyumu skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir. Tükenmişlik boyutlarında hemşire, acil tıp teknisyeni ve tıbbi sekreterlerin skor ortalamalarının diğer mesleklerden yüksek olduğu anlaşılmıştır. İş doyumu açısından incelendiğinde ise hekimlerin içsel, dışsal ve genel doyum skor ortalamalarının diğer meslek gruplarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik açısından duyarsızlaşma ve kişisel başarı skorları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermesine karşın, duygusal tükenmenin mesleğe göre anlamlı değişiklik göstermediği bulunmuştur. İş doyumu ise mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir. Dolayısı ile bu araştırmada mesleğin tükenmişlik ve iş doyumunu etkileyen önemli bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Acil servis sağlık çalışanlarının tükenmişlik boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Tükenmişlik boyutlarından en yüksek ilişki duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasında bulunmuştur ($r=0,701$; $p<0,01$). İş doyumu boyutları ve genel iş doyumu arasında anlamlı ilişkiler söz konusudur. Tükenmişlik ile iş doyumu arasında negatif anlamlı ilişkiler bulunmuştur. İçsel doyum ile duygusal tükenme arasında ($r=-0,527$), duyarsızlaşma arasında ($r=-0,470$) ve kişisel başarı arasında ($r=-0,110$) anlamlı ilişki vardır. Aynı şekilde dışsal doyum ile duygusal tükenme arasında ($r=-0,537$), duyarsızlaşma arasında ($r=-0,416$) ve kişisel başarı arasında ($r=-0,176$) anlamlı ilişki vardır. Genel doyum ile duygusal tükenme arasında ($r=-0,552$), duyarsızlaşma arasında ($r=-0,447$) ve kişisel başarı arasında ($r=-0,134$) anlamlı ilişki vardır. Görüldüğü üzere iş doyumu ile sırası ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı arasında negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Tükenmişlik, İş Doyumu, Yaş, Görev Yapma Süresi ve Gelir Arasındaki İlişkiler

		1	2	3	4	5	6	7	8
Tükenmişlik	1. Duygusal Tükenme	r	1,000						
		p	.						
	2. Duyarsızlaşma	r	,701**	1,000					
	p	,000	.						
İş Doyumu	3. Kişisel Başarı	r	,299**	,245**	1,000				
		p	,000	,000	.				
	4. İçsel İş Doyumu	r	-,527**	-,470**	-,110	1,000			
	p	,000	,000	,084	.				
Kişisel Özellikler	5. Dışsal İş Doyumu	r	-,537**	-,416**	-,176**	,804**	1,000		
		p	,000	,000	,005	,000	.		
	6. Genel İş Doyumu	r	-,552**	-,447**	-,134*	,928**	,961**	1,000	
	p	,000	,000	,035	,000	,000	.		
Kişisel Özellikler	7. Yaş	r	-,286**	-,285**	-,152*	,276**	,230**	,263**	1,000
		p	,000	,000	,016	,000	,000	,000	.
	8. Aylık Gelir Durumu	r	-,156*	-,248**	,060	,327**	,280**	,313**	,424**	1,000
	p	,015	,000	,353	,000	,000	,000	,000	.

** : 0,01 yanılma payında anlamlı ilişki (2 yönlü) (Spearman'ın korelasyon katsayısı)

*: 0,05 yanılma payında anlamlı ilişki (2 yönlü) (Spearman's korelasyon katsayısı)

Yaş ile tükenmişlik boyutları arasında negatif anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Yaş arttıkça tükenmişlik boyut skorlarında anlamlı düşüşler söz konusudur. Buna karşılık yaş ile iş doyumunu boyut skorları ve genel skorlar arasında anlamlı pozitif ilişkiler vardır. Dolayısı ile yaş arttıkça iş doyum düzeylerinin anlamı olarak yükseldiği söylenebilir. Aylık gelir ile tükenmişlik ve iş doyumunu arasında anlamlı ilişkiler vardır. İş doyumunu etkileyen en önemli faktörlerden birisi her zaman gelirdir. Dolayısı ile bu araştırmada da gelirin önemli bir iş doyum değişkeni olduğu anlaşılmaktadır. Gelir arttıkça çalışmaların içsel, dışsal ve genel iş doyum düzeyleri de anlamı şekilde yükselmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Tükenmişliğin Genel İş Doyumu Üzerine Etkisi

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P	VIF
	Beta (β)	Standart Hata	Beta (β)			
(Sabit)	4,634	,163		28,503	,000	
Tükenmişlik Boyutları						
Duygusal Tükenme	-,260	,046	-,424	-5,668	,000*	2,016
Duyarsızlaşma	-,076	,049	-,112	-1,562	,120	1,840
Kişisel Başarı	-,081	,042	-,114	-1,942	,053	1,249
Regresyon Modeli Özeti	R= 0,566 R²= 0,320 F= 38,514 p= 0,000 p< 0,01 Durbin-Watson= 1,269					

Bağımlı Değişken: Genel iş doyumunu. *p<0,05 önemli belirleyici

Genel iş doyumunu düzeyini tükenmişlik boyutları açısından açıklayan (belirleyen) bağımsız değişkenleri belirlemek için uygulanan regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=38,514; p=0,000; p<0,01). Modeldeki tükenmişlik boyutları genel iş doyumunu düzeyindeki toplam değişimin % 32,0'sini açıklayabilmektedir. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısının 1,269 ve varyans şişkinlik katsayılarının (VIF) 10 değerinin altında olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan tükenmişlik boyutlarından sadece duygusal tükenmenin genel iş doyumunu üzerine anlamlı negatif etkisi (β=-0,260; p<0,01) vardır. Buna karşılık duyarsızlaşma ve kişisel başarının genel iş doyumunu üzerine anlamlı etkisi bulunamamıştır. Ayrıca kurulan regresyon modeli tükenmişliğin iş doyumunu üzerine negatif (ters yönlü ilişki) ilişkisini göstermektedir. Ancak bunlardan sadece duygusal tükenme boyutu anlamlı etkiye sahiptir (Tablo 7).

Tablo 8. Tükenmişliğin İçsel Doyum Üzerine Etkisi

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P	VIF
	Beta (β)	Standart Hata	Beta (β)			
(Sabit)	4,660	,174		26,833	,000	
Tükenmişlik Boyutları						
Duygusal Tükenme	-,210	,049	-,337	-4,292	,000*	2,016
Duyarsızlaşma	-,129	,052	-,186	-2,479	,014*	1,840
Kişisel Başarı	-,031	,045	-,043	-,696	,487	1,249
Regresyon Modeli Özeti	R= 0,502 R²= 0,252 F= 27,548 p= 0,000 p< 0,01 Durbin-Watson= 1,537					

Bağımlı Değişken: İçsel iş doyumunu. *p<0,05 önemli belirleyici

İçsel iş doyumunu düzeyini tükenmişlik boyutları açısından açıklayan (belirleyen) bağımsız değişkenleri belirlemek için uygulanan regresyon analizi sonuçları incelendiğinde;

çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=27,548$; $p=0,000$; $p<0,01$). Modeldeki tükenmişlik boyutları içsel iş doyumunu düzeyindeki toplam değişimin % 25,2'sini açıklayabilmektedir. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısının 1,537 ve varyans şişkinlik katsayılarının (VIF) 10 değerinin altında olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir.

Modele alınan tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme ($\beta=-0,210$; $p<0,01$) ve duyarsızlaşmanın ($\beta=-0,129$; $p<0,05$) içsel iş doyumunu üzerine anlamlı negatif etkisi vardır. Üç tükenmişlik boyutunun içsel doyum üzerine ters yönlü etkisi söz konusudur. Standardize edilmiş beta katsayıları incelendiğinde, içsel iş doyumunu üzerinde sırasıyla duygusal tükenme (std. $\beta =-0,337$), duyarsızlaşmanın (std. $\beta =-0,186$) anlamlı etkisi belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Tükenmişliğin Dışsal Doyum Üzerine Etkisi

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P	VIF
	Beta (β)	Standart Hata	Beta (β)			
(Sabit)	4,607	,182		25,266	,000	
Tükenmişlik Boyutları						
Duygusal Tükenme	-,310	,052	-,451	-6,019	,000*	2,016
Duyarsızlaşma	-,023	,055	-,030	-,423	,672	1,840
Kişisel Başarı	-,131	,047	-,165	-2,800	,006*	1,249
Regresyon Modeli Özeti	R= 0,565 R²= 0,319 F= 38,215 p= 0,000 p< 0,01 Durbin-Watson= 1,212					

Bağımlı Değişken: Dışsal iş doyumunu * $p<0,05$ önemli belirleyici

Dışsal iş doyumunu düzeyini tükenmişlik boyutları açısından açıklayan (belirleyen) bağımsız değişkenleri belirlemek için uygulanan regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=38,215$; $p=0,000$; $p<0,01$). Modeldeki tükenmişlik boyutları dışsal iş doyumunu düzeyindeki toplam değişimin % 31,9'unu açıklayabilmektedir. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısının 1,212 ve varyans şişkinlik katsayılarının (VIF) 10 değerinin altında olması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir.

Modele alınan tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme ($\beta=-0,310$; $p<0,01$) ve kişisel başarının ($\beta=-0,131$; $p<0,01$) dışsal iş doyumunu üzerine anlamlı negatif etkisi vardır. Üç tükenmişlik boyutunun içsel doyum üzerine ters yönlü etkisi söz konusudur. Standardize edilmiş beta katsayıları incelendiğinde, içsel iş doyumunu üzerinde sırasıyla duygusal tükenme (std. $\beta =-0,451$), kişisel başarının (std. $\beta =-0,165$) anlamlı etkisi belirlenmiştir (Tablo 9).

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada acil serviste çalışanların tükenmişlik ve iş durumu düzeyleri incelenmiştir. Türkiye'de acil ve kurtarma hizmetlerinde çalışan personelin tükenmişliği ve iş durumunu birlikte inceleyen az çalışma olmasından dolayı bu araştırmanın önemli olduğuna inanılmaktadır. Araştırmanın acil sağlık hizmetleri yönetimine katkı sağlayacağı söylenebilir. Araştırma sonucunda acil servis çalışanlarının iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin ora düzeylerde olduğu bulunmuştur. Tükenmişlik ve iş durumunun medeni durum, eğitim ve mesleklere göre anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet açısından ise iş doyumunun cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu çalışmada

cinsiyetin tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerini etkilediği, kişisel başarıyı etkilemediği bulunmuştur. Araştırma sonucunda acil sağlık çalışanlarının sağlık sektöründe yapılan birçok araştırmada olduğu gibi tükenmişlik düzeyleri ile iş dorum düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmada iş tatmini üzerine tükenmişliğin bazı boyutlarının etkisi bulunmuştur.

Bu çalışmamızda elde edilen sonuçları destekleyen birçok araştırma Türkiye’de ve yurt dışında yapılmıştır. Literatürle uyumlu olarak bu araştırmada da yaş ve hekimlik süresindeki artış ile tükenmişliğin azaldığı saptanmıştır (Karlıdağ vd., 2000: 49; Özyurt ve diğ., 2006: 164). Bu bulgu yaş ve meslekte geçirilen sürenin ve deneyimin artmasıyla açıklanabilir. Hem bu çalışmada, hem de önceki çalışmalarda yaşla birlikte iş doyumunda artma ve tükenmişlikte azalma olduğu ortaya koyulmuştur (Özyurt ve diğ., 2006: 164). Üngüren ve arkadaşları (2007), iş doyumunu ve tükenmişlik boyutlarının yaşa, cinsiyete ve çalışılan bölüme göre anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Havle ve arkadaşları (2008), pratisyen hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu üzerine yaptığı çalışmalarında, iş doyumunu ve tükenmişliğin cinsiyet, yaş, meslekte çalışma süresi gibi değişkenlere göre önemli farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Erol ve arkadaşları (2007), asistan hekimlerde iş doyumunu ve tükenmişliğin ilişkisini ve bunları etkileyen faktörleri araştırmıştır. Araştırma sonucunda hekimlikte çalışma süresi, cerrahi ya da dahili branşlarda çalışma, cinsiyet gibi değişkenlerin iş doyumunu ve tükenmişliği etkilediğini açıklamışlardır. Dikmetaş, Top ve Ergin (2011) asistan hekimlerde tükenmişlik ve mobbing üzerine yaptıkları çalışmalarında tükenmişlik boyutlarından duyarsızlaşma ve kişisel başarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Gökçen ve diğerleri (2013) acil serviste çalışan personelin tükenmişlik ve iş dorumu üzerine yaptıkları araştırma sonucunda; acil serviste görevli doktor, hemşire ve paramedik personelin tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşma skorlarının anlamlı farklılık gösterdiğini, buna karşılık kişisel başarı skorlarının mesleğe göre anlamlı farklılık göstermediğini bulmuşlardır. Ayrıca Gökçen ve diğerleri araştırmalarında iş doyumunu skorlarının mesleğe göre farklılaştığını ve yaşın duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

Daha önceki çalışmalar hemşirelerin iş doyumunu ile tükenmişlik düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkilere işaret etmektedir (Happell, 2003: 39; Sheward ve diğ., 2005: 51; Aiken ve diğ., 2002: 87). Demografik ve kişisel değişkenler tükenmişlik ile bağlantılı olabilir. Örneğin tükenmişliğin erkekler, genç insanlar ve evli bireyler arasında daha az görüldüğü belirtilmektedir (Guatman, 2001: 37; Martini ve diğ., 2004: 240). Ancak yapılan çalışmalar tükenmişlik ile mesleki/kurumsal faktörler arasında ilişkiler olduğunu açıklamaktadır. Örneğin hastanelerde hekimlerin iş doyumunun yüksek olması ile tükenmişlik düzeyinin önemli ölçüde azaldığı açıklanmıştır. Mertoğlu (2103) askeri sağlık sisteminde sağlık personelinin iş dorumu ve tükenmişliği üzerine yaptığı araştırmasında iş doyumunu ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca araştırmada sağlık personelinin tükenmişliği üzerine iş doyumunun etkisi sorgulanmıştır. Yapılan regresyon analizleri sonucunda iş doyumunun tükenmişlik üzerine anlamlı etkisi bulunmuştur. Ancak bazı çalışmalarda tükenmişlik ile iş doyumunu arasında pozitif anlamlı ilişkilerde bulunmuştur.



Kebapçı ve Akyolcu (2011) acil birimlerde çalışan hemşirelerin tükenmişliğini etkileyen faktörler üzerine yaptığı araştırmasında duyarsızlaşma ile duygusal tükenme arasında pozitif, iş doyumunu ile kişisel başarı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulmuşlardır.

Bu çalışma Türkiye’de bir ilde ve sadece iki kamu hastanesinin acil servislerinde çalışan personel üzerinde uygulandığından Eskişehir iline genellenmesi söz konusu değildir. Ayrıca araştırma sonuçlarının il genelindeki tüm acil servis çalışanı hekimlere, hemşirelere, acil tıp teknisyenlerine ve diğer acil servis çalışanlarına genellenmesi yapılamaz. Araştırmada iki hastanenin acil servislerinde çalışan tüm personele ulaşılması güçlü nokta olarak ifade edilebilir. Araştırmaya katılımda gönüllük esas alınmış ve katılımcıların gerçek durumlarını yansıtan yanıtları verdiği varsayımı kabul edilmiştir. Farklı tükenmişlik ve iş doyumunu ölçüm araçları kullanıldığında farklı sonuçların elde edilebileceği unutulmamalıdır.

Acil sağlık çalışanlarının tükenmişliği ve iş doyumunu üzerine kapsamlı araştırmalar yapılabilir. Değişik illerde yapılacak müşterek çalışmalar ile bölgesel ve iller düzeyinde karşılaştırmalar yapılabilir. Özellikle 112 acil kurtarma istasyonlarında çalışanlara yönelik kapsamlı araştırmaların yapılması önem arz etmektedir. Acil sağlık çalışanlarının iş doyumunu, tükenmişlik yanında şiddet, mobbing, liderlik, kariyer tatmini gibi ilave konular eşliğinde araştırmalar yapılabilir. Üniversitelerin ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın bu tür konulara öncelik verilmesi için girişimlerde bulunulabilir. Ayrıca Türkiye ile diğer ülkelerdeki acil sağlık personelinin tükenmişlik ve iş doyum düzeyleri incelenerek uluslararası analizler yapılabilir.

Kaynaklar

- 1.Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*, 288: 87-93.
- 2.Akpınar, AT., Taş, Y. (2011). Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(4):161-165.
- 3.Akpınar, AT., Taş, Y., Okur, ME. (2013). The effect of job satisfaction and emotional exhaustion on affective commitment of emergency services employees. *British Journal of Economics, Finance and Management Sciences*. 7(2), 169-176.
- 4.Aksu, N. (2012). İş doyumunun bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi. *PBD*, 14 (1), 59-79.
- 5.Arı, G.S., Bal, E.Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi. *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1): 131-147.
- 6.Baycan, A. (1985). *An Analysis of Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups*, Bogaziçi Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 7.Brewer, E. W. & Clippard, L. F. (2002). Burnout and job satisfaction among student support services personnel. *Human Resource Development Quarterly*, 13(2): 169-186.
- 8.Cordes, C.L., & Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18 (4), 624-628.
- 9.Çimen, M. (2000). Türk Silahlı Kuvvetleri Personelinin Tükenmişlik, İş Doyumu, Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması. Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 10.Dikmetaş, E., Top, M., Ergin, G. (2011). An examination of mobbing and burnout of residents (Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi). *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(3): 137-149.
- 11.Erol, A., Sarıççek, A., Gülseren, Ş. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 241-247.
- 12.Faragher, E.B., Cass, M. & Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62: 105-112.
- 13.Gabbard, G.O. (1985). The role of compulsiveness in the normal physician. *JAMA*, 254, 2926- 2929.
- 14.Gautman, M. (2001). Women in medicine: stresses and solutions. *West J. Med.*,174: 37-41.
- 15.Gökçen, C., Zengin, S., Oktay, MM., Alpak, G., Al B., Yıldırım, C. (2013). Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14, 122-8
- 16.Gundersen, L. (2001). Physician burnout?. *Ann Intern Med*, 135, 145– 148.
- 17.Happell B. Martin T, Pinikahana J. (2003). Burnout and Job Satisfaction: A Comparative Study of Psychiatric Nurses From Forensic and a Mainstream Mental Health Service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12: 39-47.

- 18.Havle, N., İlnem, M.C., Yener, F., Gümüş, H. (2008). İstanbul’da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyumunu ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Düşünen Adam*; 21(1-4): 413.
- 19.Jalili, M., Roodsari GS., Bassir, A. (2013). Burnout and associated factors among iranian emergency medicine practitioners. *Iranian J Publ Health*, 42(9), 1034-1042.
- 20.Karlıdağ, R., Ünal, S., Yoloğlu, S. (2000). Hekimlerde iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11: 49-57.
- 21.Kelleci, M., Gölbaşı Z., Doğan, S., Ata E.E., Koçak E. (2011). The relationship of job satisfaction and burnout level with quality of life in hospital nurses. *Cumhuriyet Med Journal*, 33: 144-152.
- 22.Kepabçı, A., Akyolcu, N. (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(2), 59-67.
- 23.Martini, S., Arfken, C.L., Churchill, A., et al. (2000). Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry*, 28: 240-242.
- 24.Martinussen, M., Richardsen, A.M., Burke, R.J. (2007). Job demands, job resources and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35: 239-249.
- 25.Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- 26.Maslach, C., Jackson, SE. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Second ed.*, Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- 27.Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 397-422.
- 28.Mertoğlu, S. (2013). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi’nde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 29.Özyurt, A., Hayran, O., Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among turkish physicians. *The Quarterly Journal of Medicine*, 99: 161-169.
- 30.Panagopoulou, E., Montgomery, A., Benos, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine*, 17, pp. 195 – 200.
- 31.Renzi, C., Tabolli, S., Ianni, A., et al. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *Eur Acad Dermatol Venereol*, 19, 153– 157.
- 32.Rosales, R.A., Labrague J.L., Rosales, G.L. (2013). Nurses’ job satisfaction and burnout: is there a connection? *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 2(1): 1-10.
- 33.Sheward, L., Hunt, J., Hagen, S., Macleod, M., Ball, J. (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 13: 51-60.
- 34.Sucuoğlu, B. ve Kuloğlu, N. (1996). Özürlü çocuklarla çalışan öğretmenlerde tükenmişliğin değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(36): 44-60.



35. Tsigilis, N., Zachopoulou, E. & Grammatikopoulos, V. (2006). Job satisfaction and burnout among greek early educators: a comparison between public and private sector employees. *Educational Research and Review*, 1(8): 256-261.
36. Üngüren, E., Doğan, H., Özmen, M., Tekin A.Ö. (2007). Otel çalışanlarının tükenmişlik ve iş tatmin düzeyleri ilişkisi. *Journal of Yasar University* 17(5): 2922-2937.
37. Visser, M.R.M., Smets, E. M.A., Oort, F. J. & de Haes, H.C.J.M. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association of Journal*, 168(3): 271-275.
38. Weiss, David J. Rene. V. Davis, Georg W. England ve Llyold H. Lofquist, (1967), *Manuel For Minnesota Satisfaction Questionnaire*, USA: Universt

SİNİZM VE TÜKENMİŞLİK: YUVA ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Elif DİKMETAŞ YARDAN*

Mehmet YORULMAZ**

Yeşim KÖKSAL***

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada örgütsel sinizm ve tükenmişlik kavramlarının yuva çalışanları üzerine etkisi incelenmiştir.

Gereç Yöntem: Araştırmanın evrenini 2013 yılında Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı bir kuruluşta çalışan 146 çalışan oluşturmaktadır. Çalışmada Maslack Tükenmişlik Envanteri ve Brandes, Dharwadkar ve Dean (1999) tarafından geliştirilmiş olan Örgütsel Sinizm Ölçeği uygulanmıştır. Maslack tükenmişlik ölçeği; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme alt boyutlarından oluşmaktadır. Örgütsel sinizm ölçeği; bilişsel, duygusal ve davranışsal sinizm alt boyutlarından oluşmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş (n:146), tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %69,86 (n:102)'dir. Çalışmanın geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanlar tükenmişlik sorularına 31 - 96 puan arasında, sinizm ölçeğine ise 13- 64 puan arasında verdiği bulunmuştur.

Sonuç: Kurumda çalışanların tükenmişlik durumları arttıkça sinizm algıları da artmaktadır. Kurum yönetimi, çalışanların tükenmişliğini önlemelidir. Böylelikle çalışanların sinizm algıları da değişecektir.

Anahtar Kelimeler: Yuva personeli, Tükenmişlik, Sinizm

*Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü-Samsun elifdikmetas@hotmail.com,

**Doktora Öğrencisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü-İsparta mehmetyorulmaz@selcuk.edu.tr

***Yüksek lisans Öğrencisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD. yakgun52@hotmail.com,

ORGANIZATIONAL CYNICISM AND BURNOUT: A RESEARCH ON CHILDECARE HOME WORKERS

ABSTRACT

Goal: *In this study, the effect of organizational cynicism and burnout concepts on child care home workers.*

Materials-Methods: *Research space consists of 146 workers that worked in 2013 for an institute under the Ministry of Family and Social Politics. The study has implemented the Inventory of Maslack burnout and the Organizational cynicism Measure developed by Brandes, Dharwadkar, and Dean (1999). Maslack burnout Measure consists of the sub dimensions such as emotional burnout, indifference, and fall in personal success. Organizational cynicism measure consists of sub dimensions such as informational, emotional, and behavioural cynicism. The study did not select data (n:146), and tried to reach all workers. The return percentage of the survey was % 69,86 (n:102). The accuracy and confidence of the study has been done.*

Findings: *It has been found that workers has given points between 31 and 96 to the burnout questions, whereas 13 and 64 in the case of cynicism measure.*

Results: *As the burnout state of the institute workers increase so do their cynicism perceptions.*

Keywords: *Child Care Home Workers, Burnout Cynicism,*

1.Giriş

Sinizm kelimesi etimolojik kökeni “Zynismus” ve “Kynismus” kelimelerinden türetilmiştir. Ayrıca 19. yüzyılda Nietzsche'nin sinizm kelimesini “Cynismus” olarak kullandığı bilinmektedir. İngilizce yazında ise sinizm kelimesi “Cynicism” olarak kullanılmaktadır (Shea, 2009: 2).

Sinizm, özellikle son dönemlerin örgütsel davranış alanındaki güncel konularından biri olarak ifade edilmektedir. Sinizm, kuşkuculuk, güvensizlik, inançsızlık, kötümserlik kelimelerinin anlamını da içerecek şekilde kullanılmakta, sinik olan kişilerin kusur bulan, zor beğenen, sürekli eleştiren, küçük gören bireyler olduklarına işaret edilmektedir (Özler ve diğerleri, 2010: 48; Sur, 2010: 17).

Örgütsel sinizm, bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlardan oluşmaktadır. Bilişsel boyut, “kurumun ve burada çalışan bireylerin dürüstlükten yoksun olduğu inancı”nı vurgulamaktadır. Duygusal boyut; saygısızlık, öfke, sıkıntı ve utanç duymak gibi kuvvetli duygusal tepkileri kapsamaktadır (Abraham, 2000, s.269). Örneğin, sinik bireyler örgüte karşı küçümseme ve kızgınlık duygusu hissedebilirler ya da örgütü düşündüklerinde; acı, tiksinti hatta utanç yaşayabilirler. Bu nedenle, sinizm her türlü olumsuz duyguyla ilişkilidir (Brandes, 1997: 31; Dean vd., 1998 :346). Diğer boyut olan davranışsal boyut ise; olumsuz ve çoğu zaman insanı küçük düşürmeye yönelik eleştirilerde bulunma, dalga geçme gibi davranışlarda bulunmayı içerir (Dean vd., 1998: 346).

Tükenmişlik, hem birey hem de kuruluşlar açısından iş yaşamını önemli ölçüde tehdit eden bir sorundur. Günümüzün birçok meslek alanının da çalışanların, insanlarla yüz yüze ve

yakın iletişim kurması gerekmektedir. Yoğun iş stresinin sonuçlarından biri olarak kabul edilen mesleki tükenmişlik üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında tükenmişliğin; işi gereği insanlarla sık sık yüz yüze gelmekte olan, insanlara hizmet veren, yardım eden meslek grubu çalışanlarında daha fazla gözlemlendiği görülmektedir (Cemaloğlu ve Şahin:2007:467).

Yardıma ihtiyacı olan kişilerle işleri gereği yüz yüze gelinen mesleklerde "tükenmişlik sendromu" sık karşılaşılan bir durumdur. Tükenmişlik, fiziksel ve duygusal yorgunluk, duyarsızlaşma ve üretkenlikte azalma ile karakterize olan bir durumdur (Freudenberger 1974, Maslach ve Jackson 1981, Cordes ve Dougherty 1993).

İş yaşamının erken dönemlerinde oluşan tükenmişlik sendromundan kurtulunabilir. Ancak tükenmişlik iş yaşamının sonraki dönemlerinde oluşursa ciddi ve uzun süren sorunlara yol açabilir. İlginç olan ise; tükenmişlik sendromundan kurtulmayı sağlayan etmenler aynı zamanda bu bozukluğa neden olabilmektedir. Bu etmenler arasında yeni iş ortamı, daha fazla özerklik, yönetim desteği ve işin ilginç olması sayılabilir (Ersoy ve ark., 2013).

2. Gereç ve Yöntem

Çalışmada, örgütsel sinizm ve tükenmişlik kavramlarının yuva çalışanları üzerine etkisi incelenmiştir. Araştırmanın evrenini 2013 yılında Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı bir kuruluşta çalışan 146 çalışan oluşturmaktadır. Çalışmada Maslack Tükenmişlik Envanteri ve Brandes, Dharwadkar ve Dean (1999) tarafından geliştirilmiş olan Örgütsel Sinizm Ölçeği uygulanmıştır. Örgütsel sinizm ölçeği; bilişsel, duygusal ve davranışsal sinizm alt boyutlarından oluşmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş (n:146), tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %69,86 (n:102)'dir. Anket setinde yer alan sinizm ve tükenmişlik ölçeklerinden elde edilen puanlar normal dağılıma uymadığı için ikili ve üçlü karşılaştırmalarda parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Ölçeklerin Cronbach Alpha güvenilirlik analizleri yapılmış ve güvenilirlikleri tükenmişlik ölçeği için 0,720 ve örgütsel sinizm ölçeği için 0,846, sinizmin alt boyutları Cronbach Alpha katsayısı; bilişsel boyut 0,794, duygusal boyut 0,899 ve davranışsal boyut 0,812 olarak bulunmuştur. Tüm değişkenlerin güvenilirlikleri kabul edilebilir 0,70'lik Cronbach Alpha düzeyinin üzerinde değerlere sahiptir. Verilerin güvenilirliği iyi derecede olduğu söylenebilir.

3. Bulgular

Çalışmada örgütsel sinizm ile tükenmişlik ölçeklerinde elde edilen puanlar normal dağılım özelliği göstermediği için non-parametrik testler uygulanmıştır. Parametrik olmayan testlerden iki gruplu veriler için Mann-Whitney testi ikiden fazla gruplu veriler için Kruskal Wallis testi kullanılarak ilişkiler analiz edilmiştir. Analizlere demografik değişkenlerle (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma süresi ve görev, çalışma şekli) tükenmişlik ve örgütsel sinizm boyutları arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Ancak hem tükenmişlik hem de sinizm puanları demografik özellikler açısından farklılık göstermediği yapılan analizlerde görülmüştür. İlgili analizler yapılmış fakat araştırmanın bulgular kısmına alınmamıştır.

Tablo 1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=102)

Değişkenler	F	%	Değişkenler	F	%
Cinsiyet			Çalışma Yılı		
Kadın	86	84,3	1 yıldan az	7	6,9
Erkek	16	15,7	1-3 yıl	15	14,7
Yaş Aralığı			4-6 yıl	38	37,3
24 ve aşağısı	7	6,9	7-9 yıl	10	9,8
25-34	51	50,0	10 yıl ve üstü	32	31,4
35-44	30	29,4	Çalışma Şekli		
46-55 yaş arası	12	11,8	Vardiyalı	69	66,6
56 yaş ve üstü	2	1,9	Gündüz	33	32,4
Medeni Durum			İlgili Kurumda Çalışma Süresi	F	%
Evli	81	79,4	1 yıldan az	1	10,8
Bekar	21	20,6	1-3 yıl	1	16,7
Öğrenim Durumu	F	%	4-6 yıl	3	34,3
İlk Öğretim	16	15,7	7-9 yıl	4	7,8
Lise	61	59,8	10 yıl ve üstü	3	29,4
Ön Lisans	7	6,9	Çalışma Şekli	F	%
Lisans	16	15,7	Vardiya	6	67,6
Lisansüstü	2	2	Gündüz	9	32,4
Tükenmişlik Hissi	F	%			
Evet	16	15,7			
Hayır	86	84,3			

Tablo-1 incelendiğinde; çalışanların % 50,0'ının 25-34 yaş grubunda olduğu, % 15,7'sinin erkek, % 59,8'inin lise eğitimi aldığı, % 29,4'ünün ilgili kurumda çalışma yılının 10 yıl ve üzeri olduğu, % 37,3'ünün toplam görev süresinin 4-6 yıl arası olduğu, % 66,6'sının vardiyalı, % 32,4'ünün gündüz mesaisinde çalıştığı gözlenmiştir. Çalışanların %5'i hemşire, % 46,1'i bakım elemanı ve % 12,7'si temizlik elemanı olarak çalışmaktadır, Kurumda çalışan bakım personelinin %25'lik bölümü 0-18 yaş grubuna hizmet vermektedir. Çalışanlara kurumda tükenmişlik hissi yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda %15,7'lik kısmının tükenmişlik yaşadığı, %84,3'lük bölümünün tükenmişlik hissi yaşamadığı tespit edilmiştir.

Tablo 2. Ölçeklerin Toplam Puanlarına Ait Standart Sapma ve Ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Tükenmişlik Toplam	102	31,00	96,00	60,61	10,19
Sinizm Toplam	102	13,00	64,00	29,10	8,55
Bilişsel Boyut	102	5,00	25,00	13,47	4,39
Duygusal Boyut	102	5,00	25,00	10,03	3,72
Davranışsal Boyut	102	4,00	19,00	8,30	3,67

Tablo 2’de tükenmişlik ve sinizm ölçeklerindeki sorulara verilen minimum ve maksimum puanlarla, ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Tükenmişlik sorularına minimum 31, maksimum 96 puan verildiği görülmektedir. Sinizm ölçeğine ise, minimum 13, maksimum 64 puan verildiği görülmektedir.

Tablo 3. Tükenmişlik Ölçeğine Ait Standart Sapma ve Ortalamalar

Tükenmişlik Düzeyleri	Ortalama	Standart Sapma
Bakıma muhtaç kişilerin pek çok şey hakkında neler hissettiklerini kolayca anlayabilirim.	3,94	0,84
Bakıma muhtaç kişilerle yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.	3,83	1,00
Kendimi çok enerjik hissediyorum.	3,79	3,11
Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.	3,78	1,01
Bakıma muhtaç kişilerin sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.	3,70	1,00
İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.	3,67	1,08
İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.	3,66	1,21
İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.	3,63	1,07
Bakıma muhtaç kişilere rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.	3,63	0,87
İş günüm sonunda kendimi bitkin hissediyorum.	3,13	1,13
İşimin beni tükettiğini hissediyorum.	2,39	1,18
Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	2,36	1,06
Sabah kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda, kendimi yorgun hissediyorum.	2,33	1,16
Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.	2,17	1,08
Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.	2,06	1,12
Bakıma muhtaç kişilerin bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.	1,99	1,10
İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.	1,97	1,11
Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştım.	1,94	1,13
Kendimi çok çaresiz hissediyorum.	1,77	1,04
Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.	1,74	0,78
Bakıma muhtaç kişilerin başına gelenler, gerçekten umurumda değil.	1,51	0,93
Bakıma muhtaç kişiler için onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum.	1,51	0,85

Tablo 3 incelendiğinde “Bakıma muhtaç kişilerin pek çok şey hakkında neler hissettiklerin kolayca anlayabilirim” ifadesine verilen cevap ortalaması (3,94) en yüksek ortalamaya sahiptir. “Bakıma muhtaç kişilerin başına gelenler, gerçekten umurumda değil” ile “Bakıma muhtaç kişiler için onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığı hissediyorum” sorusuna verilen cevap ortalaması (1,51) en düşük ortalama puanı almıştır.

Tablo 4. Sinizm Ölçeğine Ait Standart Sapma ve Ortalamalar

Sinizm Düzeyleri	Ortalama	Standart Sapma
Bilişsel Boyut		
Çalıştığım kurumda, söylenenler ile yapılanların farklı olduğuna inanıyorum.	3,00	1,27
Çalıştığım kurumda, yapılacağı söylenen şeyler ile gerçekleşenler arasında çok az benzerlik görüyorum.	2,69	1,08
Çalıştığım kurumun politikaları, amaçları ve uygulamaları arasında çok az ortak bir yön vardır.	2,68	1,19
Çalıştığım kurumda, çalışanlardan bir şey yapması beklenir, ancak başka bir davranış ödüllendirilir.	2,67	1,24
Çalıştığım kurumda, bir uygulamanın yapılacağı söyleniyorsa, bunun gerçekleşip gerçekleşmeyeceği konusunda kuşku duyarım.	2,41	1,15
Duygusal Boyut		
Çalıştığım kurumu düşündükçe içimi bir endişe duygusu kaplar.	2,03	1,07
Çalıştığım kurumu düşündükçe gerilim yaşıyorum.	1,74	0,89
Çalıştığım kurumu düşündükçe hiddetlenirim.	1,69	0,87
Çalıştığım kurumu düşündükçe sinirlenirim.	1,85	1,04
Davranışsal Boyut		
Çalıştığım kurumdan ve çalışanlarından bahsedildiğinde, birlikte çalıştığım kişilerle anlamlı bir şekilde bakışırız.	2,47	1,29
Başkalarıyla, çalıştığım kurumdaki uygulamaları ve politikaları eleştiririm.	2,00	1,19
Başkalarıyla, çalıştığım kurumdaki işlerin nasıl yürütüldüğü hakkında konuşurum.	1,98	1,09
Çalıştığım kurum dışındaki arkadaşlarıma, işte olup bitenler konusunda yakınırım.	1,83	1,00

Tablo 4’e bakıldığında sinizm boyutlarından olan bilişsel boyuta ait sorularının ortalamasının duygusal boyut ve davranışsal boyutlara verilen puan ortalamasından daha büyük olduğu görülmektedir. Davranışsal boyut sorularına verilen puanların ortalamasının en düşük olduğu görülmektedir. Bu durumda çalışanlar ortamdan kaynaklanan olumsuzlukları çalışma ortamındaki davranışlarına yansıtmakta oldukları sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 5. Örgütsel Sinizm ve Tükenmişlik arasındaki İlişki

Correlations	Tükenmişlik	Örgütsel Sinizm
Tükenmişlik Toplam	PearsonCorrelation	1
	Sig. (2-tailed)	,462**
		0,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 5’e bakıldığında örgütsel tükenmişlik ve sinizm arasında 0,462’lik orta düzeyde pozitif yönlü, istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle kurumda çalışanların tükenmişlik durumları arttığı zaman sinizm algıları da artmaktadır.

Tablo 6. Çalışanların Kendilerini Tükenmiş Hissettiği Algıları

	Tükenmişlik Hissettiği	n	Mean Rank	Sum of Ranks
Sinizm Toplam	Evet	16	71,19	1139,00
	Hayır	86	47,84	4114,00
	Total	102		
Test Statistics^a				
	Sinizm Toplam			
Mann-Whitney U				373,000
Wilcoxon W				4114,000
Z				-2,903
Asymp. Sig. (2-tailed)				0,004

Tablo 6’da görüldüğü gibi “Kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?” sorusuna “evet” cevabını verenlerin sinizm algı puanları daha yüksek ve “hayır” diyenlerin puanları daha düşük olduğundan aralarında anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4. Sonuç ve Öneriler

Örgütsel sinizm ve işten ayrılma niyeti iki olumsuz iş tutumu olarak günümüz örgütlerinin çözüm bulmaları gereken önemli problemleridir. Çalışanların işten ayrılması kadar işte çalışırken örgüte ilişkin olumsuz tutumlar ve davranışlar sergilemeleri de örgütler açısından önemli sorunları beraberinde getirmektedir. En önemli problem örgütsel hedeflere ulaşamaması, örgütün performansın düşmesi verimliliğin azalmasıdır.

Kurum içerisinde güvende olmadığı hissini taşıyan çalışanlar örgüt içerisinde tükenmişlik hissine kapılarak sinik bir kişilik profili çizmektedir. Sinizmin, çalışanların örgütlerine karşı güvensizlikleri nedeniyle örgütlerinden ve işlerinden uzaklaşmaktadır. Çalışma hayatında birçok işgörenin karşılaştığı sinizm ve tükenmişlik algısı yaşama durumu, literatürde daha çok hizmet sektörü çalışanlarında olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışma da bir hizmet sunan kuruluştaki yapıldığı için literatürde yer alan çalışma sonuçlarına paralel sonuçlar elde edilmiştir. Yani örgütte tükenmişlik yaşayan çalışanlar mutlaka sinizm algısını göstermektedir. Bu konuda idarecilerin çalışanlarına daha fazla değer vermesi, sinizm ve tükenmişlik sendromu yaşamalarını engelleyecek önlemler almaları, pozitif performans uygulamasının örgütte hayata geçirilmesi ve cezanın yanında ödüllendirme mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir.

Sinizm boyutlarına bakıldığında bilişsel boyuttaki puan ortalamasının diğer iki boyut olan davranışsal ve duyuşsal boyutlara göre fazla olduğu görülmektedir. Bu durum Dean vd.’nin (1998) belirttiği gibi “kurumun ve burada çalışan bireylerin dürüstlükten yoksun olduğu inancına hakim olduğu sonucuna varılabilir. Bilişsel boyutun içeriğine bakıldığında, iş görenlerin iş yerlerinde sinik tutuma sahip oldukları görülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışma sonucunda elde edilen veriler neticesinde, işyerinde tükenmişlik yaşayan iş görenler sinik bir çalışan davranışı göstermektedirler. Bu durum çalışanların örgüte bağlılığını azaltarak örgütsel performansını negatif yönde etkiler. Örgütün başarısı ve varlığını devam ettirebilmesi için en değerli kaynağı olan insan kaynağı faktörü örgüt yöneticileri tarafından kesinlikle göz ardı edilmemelidir.

Kaynaklar

- 1.Brandes, P. (1997), Organizational Cynicism: its Nature, Antecedents, and Consequences, Unpublished Doctoral Dissertation, Division of Research and Advanced Studies of the University of Cincinnati, USA.
- 2.Cemaloğlu N., Erdemoğlu Şahin D.(2007) “Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi” Kastamonu Eğitim Dergisi 465-484 Ekim 2007 Cilt:15 No:2
- 3.Cordes CL, Dougherty TM (1993) A review and an integration of research on job burnout. Acad Manage Rev, 18: 621-656
- 4.Dean, James W., Brandes P. and Dharwadkar, R. (1998), Organizational Cynicism, Academy of Management Review, 23: 2, 341-52.
5. Ersoy, F., Yıldırım, C., Edirne, T., (2013), “Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu” Sted-Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html>, Erişim Tarihi: 20.01.2014.
- 6.Freudenberger NJ (1974) Staff burnout. J Social Issues, 30:159-165.
- 7.Maslach C, Jackson SE (1986) Maslach burnout inventory. Manual. 2. Baskı, Consulting Psychologist Press. Palo Alto CA.
- 8.Özler D E, Atalay Ceren G, Şahin M D. (2010) “Örgütlerde Sinizm Güvensizlikle mi Bulaşır?”, Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 2(2):47-57.
- 9.Shea, L., The Cynic Enlightenment Diogenes in the Salon, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 2009.
- 10.Sur Ö. (2010) Örgütsel Sinizm: Eskişehir İli Büro Çalışanları Üzerine Bir Alan Araştırması. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Büro Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

**İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ AMELİYATHANE PERSONELİNİN İŞDOYUMU VE TÜKENMİŞLİK
DÜZEYLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
İNCELENMESİ**

Dilaver TENGİLİMOĞLU*

Demet SEPETOĞLU**

Şükrü Anıl TOYGAR***

ÖZET

Bu çalışmada, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İKSS EAH) Ameliyathane personelinin iş doyum ve tükenmişlik düzeyleri bazı demografik değişkenler açısından incelenmiştir. Çalışma kapsamında, 2014 yılında İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathanesinde çalışan 101 personel üzerinde anket uygulanmıştır. Ankete katılan 101 personel 04 Nisan 2014 tarihinde, çalışanların tamamından oluşmaktadır. Ameliyathanede toplamda 572 kişi görev yapmaktadır, veri toplama çalışması ameliyathanenin en kalabalık olduğu iş günü seçilerek anket uygulanmıştır.

Kişisel bilgiler için ‘Kişisel Bilgi Formu, iş doyum düzeyini belirlemek için “Minnesota İş Doyum Ölçeği” ve tükenmişlik düzeyini belirlemek için “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır. Anket verileri SPSS paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, araştırmaya katılan ameliyathane personelinin duygusal tükenmişlik düzeyinin öğrenim durumu; kişisel başarı duygusunda azalma düzeyinin yaş ve unvan; iş doyum düzeyinin ise cinsiyet, medeni durum, unvan ve çalışılan birim değişkenlerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Cinsiyet, medeni durum ve çalışılan birim değişkenleri ile tükenmişlik düzeyi; yaş, öğrenim durumu ve unvan değişkenleri ile iş doyum düzeyi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

*Prof. Dr., Atılım Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü

**Öğrenci, Ahmet Yesevi Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı

*** Arş. Gör. Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

ABSTRACT

In this study, job satisfaction and burnout levels of personnel working in the “İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane” are examined in terms of some demographical variables. In this study, a questionnaire was conducted on 101 employees working at Istanbul Sultan Suleyman Training and Research Hospital Operating Room. 101 staff were surveyed on 4 April 2014, consists of all of the employees. In total 572 people are employed in the operating room, where most of the employees working day crowd was applied selectively.

“Personal Information Form” for personal information, “Minnesota Job Satisfaction Scale to determine the level of job satisfaction, and “Maslach Burnout Scale” to determine the level of burnout were respectively used. Data collected from the questionnaire was analyzed by the use of SPSS software. As a result of the analysis, it was determined that the level of the emotional burnout of the hospital staff showed differences according to education background; decrease in the feeling of personal achievement showed difference according to age and title; the level of job satisfaction showed difference according to gender, marital status, title and variables of the work unit. It was also found that there was no significant difference between variables of gender, marital status and work unit and level of burnout; between age, education background, and title variables and level of job satisfaction.

1.Giriş

İş doyumunu kişiden kişiye değişen bir özellik gösterir. Bu da kişinin değerlerine ve bu değerlere verdiği önem derecesine göre değişir. Örneğin bir kişi için yükselme olanakları birinci planda doyum sağlarken, diğer bir kişi için ücret birinci planda olabilir. İş yaşamında istediği işi yapan, ihtiyaçlarını karşılayacak ücreti alan, istediği olanak ve koşulları kısmen de olsa bulan, gereksinimlerinin çoğunu karşılayan bir kimse, kuşkusuz maddi ve manevi doyumunu yakaladığı için gerek iş gerekse iş dışı yaşamında huzurlu olacaktır, denilebilir. Oysa istediği işi yapmayan, isteklerinin sürekli göz ardı edildiği bir ortamda çalışan, gereksinimlerini karşılayamayan bir birey, olumsuz tutumlar içerisine gireceğinden; işve iş dışı yaşamı da bu durumdan olumsuz yönde etkilenecektir. Bir kurumda şartların bozulduğunu gösteren en önemli kanıtlardan biri, iş doyumunun düşük olmasıdır. Bu nedenle yöneticiler, iş doyumunun ölçülmesi faaliyetlerine oldukça yoğun ilgi göstermektedirler. Bireyler, iş yaşamında istedikleri işi ve bu işin bilgi ve yetenekleri ile ilgili olan kısmını elde ettikleri sürece çalışma ortamında daha verimli olabilmekte, maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayabilmektedirler. Buna bağlı olarak istek ve gereksinimleri karşılanamayan personelde doyumсузлук ve uyumsuzluk görülebilmektedir (Tütüncü, 2000:172).

Tükenmişlik kavramının; iş doyumunu, stres, yaşam doyumunu ve yaşam kalitesi kavramlarıyla yakından ilişkili bir durum olduğu söylenebilir. Bu kavramların birbiriyle ilişkili olduğunu, kişilerin yaşam şartlarındaki değişik tepki ve tutumlarında görebilmekteyiz. Stres faktörlerinin yoğun olduğu ve iş doyumunu sağlanamayan ortamlarında çalışan bireylerin, yaşam doyumunu ve tükenmişlik düzeyini olumsuz yönde etkileyebileceği söylenebilir (Avşaroğlu vd., 2005:117).

Bu çalışmada, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İKSS EAH) ameliyathane personelinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, öğrenim durumlarına, unvanlarına, çalıştıkları birimlere

ve çalışma yıllarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Böylece, ameliyathane personelinin iş doyumunu ve mesleki tükenmişliklerinin hangi değişkenlere göre farklılaştığı ve nedenlerinin neler olduğu ortaya konularak, yöneticilerin ameliyathane personeli bilimsel sonuçlara uygun şekilde yönlendirmeleri ve ihtiyaçlarının neler olduğunu anlayabilmelerine yardımcı olacaktır.

1. İş Doyumu ve Tükenmişlik Kavramları

1.1. İş Doyumu Kavramı

İş doyumunu, bir tutum olarak kişilerin işleri hakkındaki negatif veya pozitif duygularının bütünüdür ve kişiye özel bir durumdur (Hochwarter vd., 1999:299). Bir kişi için doyum sağlayıcı bir iş, başka birisi için doyum sağlamayabilir. Yani, çalışanlara doyum sağlayan iş özelliği ile algıları değişkendir. Ayrıca, iş özelliğinin doyumunu kişi için zamanla değişebilir ve aynı özellik zaman geçtikçe kişiye doyum sağlamayabilir. İş doyumunu, sadece iş yaşantısı ile ilgili bir olgu değildir. Bireyin iş hayatı haricindeki yaşamı, iş doyumunu etkileyen bir durumdur ve iş doyumunu yaşam doyumunu, yaşam doyumunu da iş doyumunu etkileyebilmektedir (İmamoğlu vd., 2004:169).

Genelde çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak tanımlanan iş doyumunu kavramı, ilk kez 1920’lerde ortaya atılmış olup, önemi 1930-40’lı yıllarda anlaşılmıştır. İş doyumunun, yaşam doyumunu ile ilişkili olması onu önemli kılan bir neden olup, bu durum kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkilemektedir. Bir diğer nedeni ise üretkenlikle ilgilidir. İş doyumunu ile üretkenlik arasında doğrudan bir ilişki olmamakla birlikte doyumsuzluğun yarattığı dolaylı etkiler (stres, grup uyumu gibi) konuyu önemli kılmaktadır (Sevimli ve İşcan, 2005:55).

Herzberg (1974) çift faktör kuramında, iş doyumunu etkileyen, içsel (başarma, tanınma, otonomi vb.) ve dışsal (para, güvenlik, fiziksel çalışma şartları vb.) faktörlere dikkat çekmektedir. Bu kurama göre iş doyumunu, yalnız içsel etmenlerin doyumuna ulaşması ile sağlanabilir. Dışsal faktörler ise bulunmamaları halinde doyumsuzluğa yol açarken, içsel faktörler olmadan tek başlarına varlıkları iş doyumunun sağlanması için yeterli değildir (Baş ve Ardiç, 2002:73). İş doyumunu genellikle işten duyulan memnuniyetin bir göstergesidir ve aynı zamanda insanların işlerinin farklı yönleri hakkında neler istediklerini de ortaya koymaktadır (İmamoğlu vd., 2004:168).

Sonuçta, bireysel bir olgu olarak değerlendirilen iş doyumunu, örgütsel açıdan da oldukça önemli ve incelenmesi gereken bir konudur. İş görenler için, iş ve özel yaşamlarında mutluluk ya da mutsuzluk kaynağı olabilme potansiyeline sahip olması, işletmeler için de verimlilik ve kalite artış ya da azalışı sağlaması nedeniyle doyum konusu, hem iş görenler hem de işletmeler açısından özel bir öneme sahiptir. Aynı zamanda iş doyumunu, örgütte sağlıklı ve verimli bir ortam olduğunun önemli göstergelerinden biridir (Gökçe, 2005:41).

1.2. Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik, herkesin çok iyi tanıdığı bir duygudur. Uzun ve yorucu bir günün sonunda evinize geldiğinizde azıcık kanepeye uzanıp kendime geleyim diye düşündüğünüz akşamlarda “tükenmişliği” yaşıyorsunuz demektir. Tükenmişlik, uzun soluklu stres veya hayal kırıklığı sonucu yaşanan fiziksel veya duygusal bitkinliktir. Bu duygu, depresyonla aynı duygu değildir. Bu belirti içine yavaşça girilir, birey uzun süre kendini bitkin ve enerjisi

tükenmiş hisseder. Kronik yorgunluk tükenmişliğin en temel belirtisidir.(Telman ve Önen, 2006:1).

Tükenmişlik sendromu ifadesi, ilk kez sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından ortaya atılmıştır. Freudenberger, bu durumu, “enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek” şeklinde tanımlamıştır (Özçınar, 2005:4). Pines ve Aronson’a göre tükenmişlik, bir şevk, enerji, idealizm, perspektif ve amaç kaybıdır ve sürekli strese, umutsuzluğa, çaresizliğe ve kapana kısılmışlık duygularına neden olan fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme durumudur (Çapri, 2006: 63). Cherniss (1980) tükenmişliği, “insanın aşırı stres ya da doyumsuzluğa, yaptığı işten soğuma biçiminde gösterdiği bir tepki” diye tanımlamış ve aşırı bağlılığın sonucu olarak ortaya çıkan bir rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Cardinell (1981) ise tükenmişliği, daha geniş bir anlamda ele alarak “insanın hayatında ortaya çıkan ciddi bir rahatsızlık belirtisi; orta yaş krizi” olarak tanımlamıştır (Basım ve Şeşen, 2006: 16).

2. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İKSS EAH) Ameliyathane personelinin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması

2. 1. Anketin İçeriği

Veri toplama yöntemi olarak geliştirilen anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, araştırmaya katılan 101 İKSS EAH ameliyathane personelinin demografik ve kişisel bilgileri ile mesleki özelliklerini ölçmeye yönelik sorular yer almaktadır. Bu bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, unvan, çalışma süresi ve çalışılan birim ile ilgili olarak toplam 7 sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölümde, araştırmaya katılan 101 İKSS EAH ameliyathane personelinin tükenmişlik düzeyini belirlemeye ilişkin olarak geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği yer almaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği içerisinde, çalışanların işleriyle ilgili olarak duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının ortaya çıkartılmasına ilişkin toplam 22 ifade bulunmaktadır. Buradaki sorulara verilecek cevaplar; “1-Hiçbir Zaman”, “2-Çok Nadir”, “3-Bazen”, “4-Çoğu Zaman” ve “5-Her Zaman” şeklinde düzenlenmiştir.

Üçüncü bölümde, katılımcıların iş doyum düzeylerini belirlemeye ilişkin olarak Minnesota İş Doyum Ölçeği yer almaktadır. Minnesota İş Doyum Ölçeği içerisinde, çalışanların işleriyle ilgili olarak bazı duygu ve durumları yaşama sıklığı ve sayısını içeren toplam 20 ifade bulunmaktadır. Bu bölümdeki soruların cevapları; “1-Hiç Hoşnut Değilim”, “2-Hoşnut Değilim”, “3-Kısmen Hoşnut Değilim”, “4-Hoşnutum” ve “5-Çok Hoşnutum” ifadelerini içermektedir.

2.2. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmada katılımcıların bireysel özelliklerinden hareketle farklılığı irdeleyen iki alternatif hipotez oluşturulmuştur. Çalışmada ele alınan bu hipotezler aşağıda gösterilmiştir:

1. H1: Demografik değişkenlere göre ameliyathane personelinin iş doyum düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H1a: İş doyum düzeyi yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H1b: İş doyum düzeyi Cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H1c: İş doyum düzeyi Medeni duruma göre farklılık göstermektedir.

H1d: İş doyum düzeyi Öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H1e: İş doyum düzeyi Ünvana göre farklılık göstermektedir.

H1f: İş doyum düzeyi Çalıştığı birimdeki hizmet süresine göre farklılık göstermektedir.

2. H2: Demografik değişkenlere göre ameliyathane personelinin genel tükenmişlik düzeyi ve tükenmişlik alt düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H2a: Algılanan genel tükenmişlik düzeyi yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir..

H2b: Algılanan genel tükenmişlik düzeyi cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H2c: Algılanan genel tükenmişlik düzeyi öğrenim durumu değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H2d: Algılanan genel tükenmişlik düzeyi ünvan değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H2e: Algılanan genel tükenmişlik düzeyi çalıştığı birimdeki hizmet süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

2.3. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın veri toplama aracını Şanlı (2006)'nın çalışmasından elde edilen Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği oluşturmaktadır. Örneklem yöntemi olarak “Kolayda Örneklem” yöntemi kullanılmıştır. Ameliyathanede toplamda 572 kişi çalışmaktadır, çalışanların en kalabalık olduğu iş günü seçilerek anket uygulanmıştır. Sonuç olarak 572 kişiden katılmayı kabul eden ve eksiksiz olarak cevap veren 101 personel araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006:116);

<u>r</u>	<u>İlişki</u>
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

2.5. Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan ameliyathane personelinin ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Araştırmaya katılan 101 ameliyathane personelinin demografik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Personelin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablolar	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	30dan Küçük	12	11,9
	30-40 Yaş	28	27,7
	41-50 Yaş	49	48,5
	50 Yaşından Büyük	12	11,9
	Toplam	101	100,0
Cinsiyet	Kadın	74	73,3
	Erkek	27	26,7
	Toplam	101	100,0
Medeni Durumu	Evli	84	83,2
	Bekar	17	16,8
	Toplam	101	100,0
Öğrenim Durumu	Önlisans Ve Altı	23	22,8
	Lisans	21	20,8
	Lisansüstü Ve üstü	57	56,4
	Toplam	101	100,0
Unvanı	Hizmetli	12	11,9
	Hemşire-sağlık Memuru-anestezi	43	42,6
	Asistan Doktor	32	31,7
	Uzman Doktor(operatör Dr.)	14	13,9
	Toplam	101	100,0
Çalıştığı Birim	Anestezi Ve Reanimasyon	6	5,9
	Beyin Ve Sinir Cerrahisi	5	5,0
	Çocuk Cerrahisi	15	14,9
	Göğüs Cerrahi	6	5,9
	Üroloji	4	4,0
	Perinatoloji	4	4,0
	Ortopedi Ve Travmatoloji	10	9,9
	Kalp Ve Damar Cerrahisi	6	5,9
	Genel Cerrahi	7	6,9
	Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrah	6	5,9
	Kadın Hastalıkları Ve Doğum	16	15,8
	Jinekolojik Onkolojik Cerrahi	12	11,9
	KBB (kulak-burun-boğaz)-göz-diş	4	4,0
	Toplam	101	100,0
Çalıştığı Birimdeki Hizmet Süresi	1 Yıldan Az	17	16,8
	1-3 Yıl	16	15,8
	4-6 Yıl	32	31,7
	7-9 Yıl	22	21,8
	10 Yıl Ve üzeri	14	13,9
	Toplam	101	100,0

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin iş doyumunu düzeylerinin ortalamasının (64,713 ± 8,143) düzeyde olduğu Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. İş Doyumu Düzeyi Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
İş Doyumu	101	64,713	8,143	45,000	77,000

Tablo 3. Algılanan Tükenmişlik Düzeyi Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Duygusal Tükenme	101	18,970	6,922	10,000	36,000
Duyarsızlaşma	101	11,663	3,272	5,000	19,000
Düşük Kişisel Başarı Hissi	101	17,248	5,035	8,000	30,000
Genel Tükenmişlik Düzeyi	101	47,881	12,133	31,000	75,000

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin algılanan tükenmişlik düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde, “duygusal tükenme” düzeyi ortalamasının ($18,970 \pm 6,922$); “duyarsızlaşma” düzeyi ortalamasının ($11,663 \pm 3,272$); “düşük kişisel başarı hissi” düzeyi ortalamasının ($17,248 \pm 5,035$); “genel tükenmişlik düzeyi” ortalamasının ($47,881 \pm 12,133$) düzeyde olduğu görülmektedir.

2.5.2. Araştırmaya Katılan Personelinin İş Doyum Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları

Tablo 4. Yaşa Göre Ortalamalar

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İş Doymu	30'dan Küçük	12	67,833	1,850	3,028	0,033	1 > 2 4 > 2
	30-40 Yaş	28	61,357	11,106			
	41-50 Yaş	49	65,061	7,330			
	50 Yaşından Büyük	12	68,000	3,247			

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin iş doymu puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,028$; $p=0,033 < 0,05$). Bu durumda H1a hipotezi kabul edilmiştir. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 30'dan küçük olan ameliyathane personelinin iş doymu puanları ($67,833 \pm 1,850$), yaşı 30-40 yaş olan ameliyathane personelinin iş doymu puanlarından ($61,357 \pm 11,106$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 50 yaşından büyük olan ameliyathane personelinin iş doymu puanları ($68,000 \pm 3,247$), yaşı 30-40 yaş olan ameliyathane personelinin iş doymu puanlarından ($61,357 \pm 11,106$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. Cinsiyete Göre

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
İş Doymu	Kadın	74	65,365	7,275	1,337	0,257
	Erkek	27	62,926	10,095		

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin iş doymu puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu durumda H1b hipotezi red edilmiştir.

Tablo 6. Medeni Duruma Göre

	Grup	N	Ort	Ss	T	p
İş Doymu	Evli	84	64,619	8,149	-0,256	0,798
	Bekar	17	65,177	8,346		

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin iş doymu puanları ortalamalarının medeni durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu durumda H1c hipotezi red edilmiştir.

Tablo 7. Öğrenim Durumu Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
İş Doyumu	Önlisans Ve Altı	23	60,783	11,905	3,717	0,028	3 > 1
	Lisans	21	66,381	6,492			
	Lisansüstü Ve üstü	57	65,684	6,271			

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin iş doyumu puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,717$; $p=0,028<0.05$). Bu durumda H_1d hipotezi kabul edilmiştir.

Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Öğrenim durumu lisansüstü ve üstü olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanları ($65,684 \pm 6,271$), öğrenim durumu önlisans ve altı olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanlarından ($60,783 \pm 11,905$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Unvana Göre

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
İş Doyumu	Hizmetli	12	55,583	13,083	7,032	0,000	2 > 1
	Hemşire-sağlık Memuru-anestezist	43	65,233	7,565			3 > 1
	Asistan Doktor	32	66,344	5,655			4 > 1
	Uzman Doktor	14	67,214	3,599			

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin iş doyumu puanları ortalamalarının unvanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,032$; $p=0,000<0.05$). Bu durumda H_{1e} hipotezi kabul edilmiştir. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Unvanı hemşire-sağlık memuru-anestezist olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanları ($65,233 \pm 7,565$), unvanı hizmetli olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanlarından ($55,583 \pm 13,083$) yüksek bulunmuştur. Unvanı asistan doktor-anestezist doktoru olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanları ($66,344 \pm 5,655$), unvanı hizmetli olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanlarından ($55,583 \pm 13,083$) yüksek bulunmuştur. Unvanı operatör doktor olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanları ($67,214 \pm 3,599$), unvanı hizmetli olan ameliyathane personelinin iş doyumu puanlarından ($55,583 \pm 13,083$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 9. Çalıştığı Birimdeki Hizmet Süresine Göre

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
İş Doyumu	1 Yıldan Az	17	63,588	7,755	0,705	0,590
	1-3 Yıl	16	62,625	11,242		
	4-6 Yıl	32	65,281	7,566		
	7-9 Yıl	22	64,682	8,839		
	10 Yıl ve üzeri	14	67,214	3,599		

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin iş doyumu puanları ortalamalarının çalıştığı birimdeki hizmet süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durumda H_{1f} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 10. Algılanan Tükenmişlik Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Duygusal Tükenme	30dan Küçük	12	15,833	4,448	1,843	0,144	
	30-40 Yaş	28	20,964	7,618			
	41-50 Yaş	49	18,980	7,172			
	50 Yaşından Büyük	12	17,417	5,035			
Duyarsızlaşma	30dan Küçük	12	9,167	2,949	3,863	0,012	2 > 1 3 > 1
	30-40 Yaş	28	12,714	3,568			
	41-50 Yaş	49	11,857	3,215			
	50 Yaşından Büyük	12	10,917	1,379			
Düşük Kişisel Başarı Hissi	30dan Küçük	12	17,667	1,073	3,909	0,011	2 > 4 3 > 4
	30-40 Yaş	28	18,286	5,010			
	41-50 Yaş	49	17,633	5,207			
	50 Yaşından Büyük	12	12,833	4,951			
Genel Tükenmişlik Düzeyi	30dan Küçük	12	42,667	7,278	3,267	0,025	2 > 4
	30-40 Yaş	28	51,964	13,710			
	41-50 Yaş	49	48,469	12,443			
	50 Yaşından Büyük	12	41,167	5,042			

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin duygusal tükenme puanları ortalamaları ile yaş değişkeni arasında yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin duyarsızlaşma puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,863$; $p=0,012 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 30-40 yaş olan ameliyathane personelinin duyarsızlaşma puanları ($12,714 \pm 3,568$), yaşı 30'dan küçük olan ameliyathane personelinin duyarsızlaşma puanlarından ($9,167 \pm 2,949$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 41-50 yaş olan ameliyathane personelinin duyarsızlaşma puanları ($11,857 \pm 3,215$), yaşı 30'dan küçük olan ameliyathane personelinin duyarsızlaşma puanlarından ($9,167 \pm 2,949$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,909$; $p=0,011 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 30-40 yaş olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ($18,286 \pm 5,010$), yaşı 50 yaşından büyük olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanlarından ($12,833 \pm 4,951$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 41-50 yaş olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ($17,633 \pm 5,207$), yaşı 50 yaşından büyük olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanlarından ($12,833 \pm 4,951$) yüksek bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında; Avşaroğlu ve diğerleri (2005), Basım ve Şeşen (2006), Cemaloğlu ve Şahin (2007), Oruç (2007), Kaya ve diğerlerinin (2007) çalışmalarında yaş değişkeni ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamaları, bulgularımızla uygunluk göstermektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin algılanan genel tükenmişlik düzeyi puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,267$; $p=0,025<0,05$). Bu durumda H2a nolu hipotez kabul edilmiştir. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 30-40 yaş olan ameliyathane personelinin genel tükenmişlik düzeyi puanları ($51,964 \pm 13,710$), yaşı 50 yaşından büyük olan ameliyathane personelinin genel tükenmişlik düzeyi puanlarından ($41,167 \pm 5,042$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 11. Algılanan Tükenmişlik Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Duygusal Tükenme	Kadın	74	18,122	6,406	-2,073	0,041
	Erkek	27	21,296	7,834		
Duyarsızlaşma	Kadın	74	11,419	3,281	-1,246	0,216
	Erkek	27	12,333	3,211		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Kadın	74	17,014	4,767	-0,772	0,442
	Erkek	27	17,889	5,753		
Genel Tükenmişlik Düzeyi	Kadın	74	46,554	11,430	-1,842	0,069
	Erkek	27	51,519	13,440		

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin algılanan duygusal tükenme puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,073$; $p=0,041<0,05$). Erkek ameliyathane personelinin duygusal tükenme puanları ($x=21,296$), kadın ameliyathane personelinin duygusal tükenme puanlarından ($x=18,122$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi, genel tükenmişlik düzeyi puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda H2b hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 12. Algılanan Tükenmişlik Düzeylerinin Öğrenim Durumu Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Duygusal Tükenme	Önlisans Ve Altı	23	19,087	7,525	0,017	0,983
	Lisans	21	19,143	7,458		
	Lisansüstü Ve üstü	57	18,860	6,589		
Duyarsızlaşma	Önlisans Ve Altı	23	11,391	4,398	0,122	0,886
	Lisans	21	11,619	3,398		
	Lisansüstü Ve üstü	57	11,790	2,711		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Önlisans Ve Altı	23	18,391	3,627	0,982	0,378
	Lisans	21	17,524	4,366		
	Lisansüstü Ve üstü	57	16,684	5,692		
Genel Tükenmişlik Düzeyi	Önlisans Ve Altı	23	48,870	13,975	0,144	0,866
	Lisans	21	48,286	12,594		
	Lisansüstü Ve üstü	57	47,333	11,346		

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi, genel tükenmişlik düzeyi puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek

yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu durumda H2c hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 13. Algılanan Tükenmişlik Düzeylerinin Unvanı Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Duygusal Tükenme	Hizmetli	12	20,500	9,030	0,856	0,467	
	Hemşire-sağlık Memuru-anestezist	43	18,512	6,526			
	Asistan Doktor	32	19,906	7,297			
	Uzman Doktor	14	16,929	5,045			
Duyarsızlaşma	Hizmetli	12	12,250	5,065	0,966	0,412	
	Hemşire-sağlık Memuru-anestezist	43	11,302	3,241			
	Asistan Doktor	32	12,281	3,082			
	Uzman Doktor	14	10,857	1,292			
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Hizmetli	12	17,583	4,481	3,519	0,018	2 > 4 3 > 4
	Hemşire-sağlık Memuru-anestezist	43	17,581	4,589			
	Asistan Doktor	32	18,344	5,332			
	Uzman Doktor	14	13,429	4,799			
Genel Tükenmişlik Düzeyi	Hizmetli	12	50,333	17,228	2,179	0,095	
	Hemşire-sağlık Memuru-anestezist	43	47,395	11,379			
	Asistan Doktor	32	50,531	12,423			
	Uzman Doktor	14	41,214	4,839			

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ortalamalarının unvanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,519$; $p=0,018 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Unvanı hemşire-sağlık memuru-anestezist olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ($17,581 \pm 4,589$), unvanı operatör doktor olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanlarından ($13,429 \pm 4,799$) yüksek bulunmuştur. Unvanı asistan doktor-anestezist doktoru olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ($18,344 \pm 5,332$), unvanı operatör doktor olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanlarından ($13,429 \pm 4,799$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, genel tükenmişlik düzeyi puanları ortalamalarının unvanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tükenmiş düzeylerinin alt boyutlarından sadece Düşük Kişisel Başarı Hissi boyutunda ünvanı göre farklılık görülürken, diğer boyutlarda ünvan grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu durumda H2d hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 14. Algılanan Tükenmişlik Düzeylerinin Çalıştığı Birimdeki Hizmet Süresi Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Duygusal Tükenme	1 Yıldan Az	17	19,706	7,896	0,734	0,571	
	1-3 Yıl	16	19,438	8,091			
	4-6 Yıl	32	18,188	6,229			
	7-9 Yıl	22	20,500	7,353			
	10 Yıl Ve üzeri	14	16,929	5,045			
Duyarsızlaşma	1 Yıldan Az	17	11,941	3,473	0,402	0,806	
	1-3 Yıl	16	11,750	4,250			
	4-6 Yıl	32	11,469	3,005			
	7-9 Yıl	22	12,182	3,699			
	10 Yıl Ve üzeri	14	10,857	1,292			
Düşük Kişisel Başarı Hissi	1 Yıldan Az	17	17,706	4,997	2,853	0,028	3 > 5
	1-3 Yıl	16	17,125	4,745			
	4-6 Yıl	32	18,625	4,449			
	7-9 Yıl	22	17,409	5,413			
	10 Yıl Ve üzeri	14	13,429	4,799			
Genel Tükenmişlik Düzeyi	1 Yıldan Az	17	49,353	13,379	1,333	0,263	
	1-3 Yıl	16	48,313	14,723			
	4-6 Yıl	32	48,281	11,357			
	7-9 Yıl	22	50,091	12,961			
	10 Yıl Ve üzeri	14	41,214	4,839			

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ortalamalarının çalıştığı birimdeki hizmet süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,853$; $p=0,028 < 0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştığı birimdeki hizmet süresi 4-6 yıl olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanları ($18,625 \pm 4,449$), çalıştığı birimdeki hizmet süresi 10 yıl ve üzeri olan ameliyathane personelinin düşük kişisel başarı hissi puanlarından ($13,429 \pm 4,799$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, genel tükenmişlik düzeyi puanları ortalamalarının çalıştığı birimdeki hizmet süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu durumda H_2 e hipotezi reddedilmiştir.

2.5.4. Algılanan Tükenmişlik Düzeyleri ve İş Doyum Düzeylerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

		İş Doyumu
Duygusal Tükenme	r	-0,078
	p	0,441
Duyarsızlaşma	r	-0,093
	p	0,357
Düşük Kişisel Başarı Hissi	r	-0,034
	p	0,737
Genel Tükenmişlik Düzeyi	r	-0,083
	p	0,408

İş doyumunu ile Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Düşük Kişisel Başarı Hissi, Genel Tükenmişlik Düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Genel tükenmişlik düzeyi ile iş doyumunu arasında ters yönlü %8.3 oranında zayıf bir ilişki olduğu söylenebilir.

Sonuç

Bu çalışmanın sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde öncelikle çalışmaya katılan personelin %56,4'lük bir kısmının lisans üstü ve üstü eğitim aldığı, bu durumun ameliyathanede görev yapmakta olan personelin uzmanlık eğitimini tamamlamış ve konusunda yetkin bireylerden oluştuğunu göstermektedir.

Bir diğer dikkat çekici nokta çalışmaya katılan personelin %31,7'lik bir oranının 4-6 yıl hizmeti olan personelden oluştuğu, 41-50 yaş aralığının % 48,5 oranına sahip olduğu, bu da Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bünyesinde tam gün yasasıyla gençleştirme çabalarının etkin bir şekilde uygulandığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan ameliyathane personelinin genelde iş doyumunun orta düzeyde olduğu (X:64,713), tükenmişlik düzeyinin ise tükenmişlik alt boyutlarında düşük (X: 11,66, 17,24 ve 18,79) ancak genel tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. (X:47,88).

30-40 yaşlarındaki personel, 50 yaşından büyük personele göre daha duyarsız, daha fazla tükenmişlik yaşamakta iken, 50 yaş üstü personel 30-40 yaşlarındaki personele göre kişisel başarı hissi çok daha düşükken, 30-40 yaş 50 yaş üstü çalışanlara göre daha fazla duyarsızlaşma yaşamaktadır.

Cinsiyet açısından bakıldığında kadınların ve erkeklerin Duyarsızlaşma ve Başarı alt boyutlarında birbirlerinden farklarının olmadığı, ancak Tükenmişlik düzeyinde erkeklerin daha yüksek bir tükenmişlik yaşadıkları anlaşılmıştır.

Çalışma yıllarına 10 yıl ve üzeri hizmet verenlerin 1-3 yıl arası çalışma süresi olanlardan çok daha düşük tükenmişlik düzeyleri saptanmıştır. Öte yandan 10 yıldan fazla hizmet verenlerin başarı hissi 4-6 yıl arası hizmet verenlerden daha az olması da şaşırtıcıdır.

Unvanlara göre anlamlandırıldığında tükenme duygusu hizmetlide daha fazla yaşanırken, başarı hissi uzman doktorlarda en az yaşanmaktadır. Bu sonuç ile bağlantılı olarak çıkan başka bir sonuca göre Lisansüstü ve üstü eğitim alanlarda başarı hissi en azdır. Tükenmişlik duyguları evli çalışanda bekara göre daha fazla yaşanmaktadır. Bunun yanında başarı hissi medeni duruma bakıldığında eşit sonuçlar vermiştir.

Sonuç olarak tükenmişlik düzeyi ile iş doyumunu arasında zayıf ve ters yönlü bir ilişki olduğu (r:-0,083) görülmüştür. Personelin tükenmişlik duygularını azaltacak ve iş doyumunu düzeyini artıracak önlemler alınmalıdır. Özellikle iş doyum düzeyinin çok düşük ve tükenmişlik duygusunun yüksek olduğu hizmetli sınıfında çalışan personelin iş doyum düzeyinin artırılması için, personel sayısının artırılması, ücret iyileştirilmesi, iş yükünün azaltılması gibi düznelmeler yapılabilir. Ayrıca asistanlar doktorlarda diğer personel gruplarına göre tükenmişlik duygusunun daha fazla olması nedeni ile bu grupların çalışma saatleri yeniden gözden geçirilmeli, iş yükleri azaltılmalıdır.

Kaynakça

1. AVŞAROĞLU, S., DENİZ, M. E., KAHRAMAN, A. (2005). “Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu İş Doyumu Ve Meslekî Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, ss. 115-129
2. BASIM, H. Nejat ve ŞEŞEN, Harun : “Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi Kamuda Bir Araştırması”, Ege Akademik Bakış Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2 (2006), ss.15-23.
3. BAŞ, T. ve ARDIÇ, K. : “Yükseköğretimde İş Tatmini ve Tatminsizliği”, İktisat, İşletme ve Finans Dergisi, Sayı: 17 (Eylül 2002), ss.72-81.
4. CEMALOĞLU, N. ve ŞAHİN, D.: “Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi”, Kastamonu Eğitim Dergisi, Cilt: 15, Sayı: 2 (Ekim 2007), ss.465-484.
5. GÖKÇE, R.: Birinci Sınıf Tatil Köyünde Performans Değerlemenin İş Görenlerin İş Doyumuna Etkisi Üzerine Bir Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2005
6. HOCHWARTER, Wayne ve Diğ. : “Job Satisfaction and Performance the Moderating Affects on Value Attainment and Affective Disposition”, Journal of Vocational Behavior, Vol: 54, Nr. 2 (1999), pp.296-313.
7. İMAMOĞLU, S. Z. vd.: “Ücret, Kariyer ve Yaratıcılık İle İş Tatmini Arasındaki İlişkiler Tekstil Sektöründe Bir Uygulama”, Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 1 (2004), ss.167-176.
8. KAYA, M. vd. : “Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, Cilt: 6, Sayı: 5 (2007), ss.357-363.
9. ORUÇ, S.: Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi: Adana İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2007.
10. ÖZÇINAR, M.: Asistan Doktorlarda Burnout Sendromu, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 2005.
11. SEVİMLİ, F. Ve İŞCAN, Ö. F. “Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu”, Ege Akademik Bakış Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1(2005), ss. 55-64.
12. ŞANLI, S.: Adana İlinde Çalışan Polislerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2006.
13. ŞENSES, Ş.: Kurum İçi Halkla İlişkiler ve İş Tatmini, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1999.
14. TELMAN, N. ve ÜNSAL, P.: Çalışan Memnuniyeti, Epsilon Yayınevi Nr.262, İstanbul,2004.
15. TÜTÜNCÜ, Ö.: “Kar Amacı Gütmeyen Yiyecek, İçecek İşletmelerinde İş Doyum Analizi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 3 (Mart 2000), ss.169-171.

**HEMŞİRELERDE BEŞ FAKTÖR KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, LİDER-ÜYE
ETKİLEŞİMİ VE TÜKENMİŞLİK ARASINDAKİ İLİŞKİLER:
ASKERİ SAĞLIK SİSTEMİ ÖRNEĞİ**

Süleyman MERTOĞLU *

Cuma SONĞUR **

Mehmet TOP ***

Mehmet GÖZLÜ ****

ÖZET

Bu çalışma, hastane sektöründe çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri, lider-üye etkileşimi ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkileri belirlemeye yöneliktir. Araştırma Ankara’da bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmada 262 hemşireye anket uygulanmıştır. Araştırmada Beaumont ve Stout (2003) tarafından geliştirilen “Kişilik Özellikleri Ölçeği”, ve Graen ve Uhl-Bien (1995) tarafından geliştirilen “Lider-Üye Etkileşimi Ölçeği”, Allen ve Meyer (1991) tarafından geliştirilen “Örgütsel Bağlılık Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma sonucunda kişilik özellikleri, lider üye etkileşimi ve örgütsel bağlılık arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin olduğu bulunmuştur. Kişilik özellikleri, lider üye etkileşimi ve örgütsel bağlılık düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Kişilik Özellikleri, Lider-Üye Etkileşimi, Örgütsel Bağlılık, Hastan Yönetimi*

*Bilim Uzmanı. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara

**Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara

***Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara

THE RELATIONSHIPS AMONG PERSONALITY TRAITS, LEADER-MEMBER EXCHANGE AND ORGANIZATIONAL COMMITMENT: CASE OF MILITARY HEALTH SYSTEMS

ABSTRACT

This study aims to find out personality traits, leader-member exchange, and organizational commitment relations among the hospital sector. This study was conducted and planning on nurses at one education and research hospital in Ankara. In this study the questionnaires were conducted on 262 nurses. The Personality Traits Scale that was improved by Beaumont and Stout (2003), the Leader-Member Exchange Scale that was improved by Graen ve Uhl-Bien (1995), and Organizational Commitment Scale that was improved by Allen and Meyer (1991) were used as a research instruments in this study. The findings show that there are positive and meaningful correlations among personality traits, leader-member exchange, and organizational commitment. Levels of personality traits, leader-member exchange, and organizational commitment were medium.

Key Words: *Personality Traits, Leader-Member Exchange, Organizational Commitment, Hospital Management*

Giriş

Bu araştırma hemşirelerde lider üye etkileşimi, kişilik özellikleri ve örgütsel bağlılık konularını ele almaktadır. Örgütsel davranışın önemli konuları arasında yer alan bu konuların hemşireler açısından ele alınması sağlık kurumları yönetimi literatürüne katkı sağlayabilir. Günümüzde lider üye etkileşimi ve örgütsel bağlılık bireysel ve kurumsal performansı yükseltici bir faktör olabilmektedir. Kişilik özelliklerine göre bireylerin kuruma bağlılıkları ve lider etkileşim düzeyleri farklılaşabilmektedir. Bu araştırma da örgütsel bağlılık, lider üye etkileşimi ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler açıklanmaya çalışılacaktır. Çalışmanın bundan sonraki kısmında tanımlar ve kavramsal çerçeve ele alınacaktır.

Lider Üye Etkileşimi (LÜE): Liderlik kavramı belirli şartlar altında kişisel ya da grup amaçlarını gerçekleştirmek üzere bir kimsenin diğerlerinin faaliyetini etkilemesi ve yönlendirmesi olarak tanımlanır (Koçel, 2011:569). Lider Üye Etkileşimi (Leader Member Exchange) kavramı ise liderin tüm astlarına aynı şekilde davranmak yerine her bir astıyla farklı düzey ve şekilde ilişki kurması esasına dayanmaktadır ve lider ile astları arasındaki sosyal etkileşime dayalı ilişki temelli bir liderlik modelidir (Avcı ve Turunç, 2012: 46). Bu liderlik modeli, lider ile her bir üye arasındaki ilişkilere odaklanması ve liderin her bir üye ile farklı ilişki düzeyini içermesi bakımından geleneksel liderlik teorilerinden farklıdır (Ordun

ve Aktaş, 2014:122). Buna göre liderler örgüt içinde kimi astlarıyla zayıf ilişki kurarken diğerleriyle daha açık ve güvene dayalı ilişki kurabilmektedir (Lunenburg, 2011:1).

Lider Üye Etkileşimi (LÜE) esas olarak Dikey İkili Bağlantı Modeline (Vertical Dyad Linkage) dayanmaktadır (Krishnan, 2005: 15). Zamanla Lider Üye Etkileşimi adını alan bu kavrama göre yöneticiler astlarını grup içi ve grup dışı olarak iki kategoriye ayırmakta ve grup içinde yer alan personele daha fazla sorumluluk ve ödül verilmektedir (Uğurluoğlu ve diğ. 2013:2). Grup içinde yer alan ve liderin daha fazla güvendiği, ilgisini çektiği ve özel ayrıcalık gösterdiği bu küçük grup *benimsenenler*, grubun dışında kalanlar ise *dışlananlar* olarak isimlendirilir. Liderler yapılandırılmamış işlerin yapılmasında ve fazladan sorumluluk verilmesi gibi konularda benimsenenlerden yararlanmaktadır. Buna karşılık üstler bu astların gösterdiği performans karşısında kişisel ve mevkiye dayalı kaynakları onlarla paylaşırlar (Göksel ve Aydın, 2012:249). Grup dışında yer alan üyeler çoğunlukla iş tanımından yer alan görevler dışında sorumluluk almak istemez. Bunlar genelde sözleşmenin gereklerini yerine getirmekte ve sözleşmede vermeyi taahhüt ettikleri işleri yerine getirmektedirler (İlgin 2013: 38).

Beş Faktör Kişilik Modeli: Beş Faktör Kişilik Modeli'nin temeli Allport ve Odbert (1936) ve Thurstone (1934) tarafından yapılan çalışmalara dayanmakla beraber modeli oluşturan temel boyutlar Costa ve McCrae'in (1985) "The NEO Personality Inventory Manual" isimli çalışmasına dayanmaktadır (Akt. Develioğlu ve Tekin, 2013: 19). Günümüzde kişilik ölçümü ile ilgili yapılan çalışmaların hemen hemen hepsi kişilik türlerinin "Büyük Beşli (Big Five)" olarak da isimlendirilen Beş faktör Kişilik Modeli çatısı altında birleşebileceğini savunmaktadır (Judge, 1999:623). Beş Faktör Kişilik Modeli Boyutları Dışa Dönüklük, Duygusal Dengesizlik, Uyumluluk, Sorumluluk ve Gelişime/Deneyime Açıklık olarak sınıflandırılabilir.

Dışa Dönüklük: Bu boyut kişinin insanları ve büyük grupları ne kadar sevdiğini, ne kadar sosyal, aktif, kararlı, konuşkan ve girişken olduğunu göstermektedir. Kişi dışa dönük oldukça mutlu, enerjik ve sempatik olur iken düşük dışa dönük kişiler ise daha çok kendi başlarına kalmayı tercih eder. Bu insanlar genelde çekingen, mahcup, sessiz, çok yakın ve özel arkadaşları dışında diğerleriyle mesafeli ve ihtiyatlı kişilerdir (Tatlıoğlu, 2014: 947).

Duygusal Dengesizlik: Nörotiklik olarak bilinen bu boyut kişilerde suçluluk, sinirlilik, hüznün ve korku gibi negatif duyguları yaşama eğilimini ifade etmektedir. Duygusal dengesizliği yüksek kişiler daha kaygılı, güvensiz, içe kapanık iken ve sınırlı iken, duygusal dengesizliği düşük kişiler ise daha rahat, özgüvenli ve sabırlı kişilerdir (Basım ve diğ. 2009: 23).

Uyumluluk: Yapılan işlerde daha çok işbirliği yapan, nazik, sevecen, mücadeleden çok birlikte hareket eden kişiler uyumlu kişiler olarak ifade edilebilir. Ayrıca uyumluluk düzeyi yüksek kişiler daha yardımsever olması beklenmektedir (Develioğlu, 2013: 19).

Sorumluluk: Kişinin ne kadar kontrollü ve disiplinli olduğunu gösteren sorumluluk kavram planlı, sabırlı, amaçlı, iradeli ve kararlı olmakla doğrudan ilişkilidir. Sorumluluk sahibi kişiler daha dikkatli, güvenilir ve hedeflere ulaşmada daha kararlı iken sorumluluk sahibi olmayanlarda ise bunun tam tersi gözlemlenebilir (Tathoğlu, 2014: 949).

Gelişime Açıklık: Bu özelliği sahip kişiler yeni fikirler üretmeleri ve yeniliklere açık olmalarının yanında daha meraklı ve üretkendirler. Gelişime açıklık düzeyi düşük olan kişiler ise yeni fikirler üretmek ve yeniliklere açıklıktan yoksun olmakla beraber tutucu, geleneksel ve sabit fikirli kişiler olarak tanımlanabilir (Doğan, 2013: 58)

Örgütsel Bağlılık (ÖB): Örgütsel bağlılıkla (ÖB) ilgili literatürde farklı sınıflandırmalar olmakla beraber bunlar arasında en kabul gören sınıflandırma Meyer ve Allen tarafından geliştirilen modeldir (Meyer ve Allen, 1991:63). Çalışmalarında Meyer ve Allen ÖB'ği üç temel boyutta toplamıştır. Bunlar: Duygusal Bağlılık, Devam Bağlılığı ve Normatif Bağlılıktır (Meyer ve diğ. 1993:539).

Duygusal Bağlılık: Örgütle çalışan arasındaki bağlılığın düzeyini ortaya koyar ve inançları, istekleri ve örgütün amaçlarına ulaşma arzularını içerir. Duygusal bağlılıkta, kişinin örgüte karşı duyguları temel düzeyde başlar ve sonra örgütsel amaç ve hedefler benimsedikçe gelişir. Kişinin duygusal bağlılık düzeyi geliştikçe örgüt için elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışır. Bu bağlılık boyutuna göre çalışan örgütüne karşı psikolojik olarak bağlıdır ve bağlılık düzeyi kişinin karakteri, yaşı, cinsiyeti, kıdemi ve örgütsel özelliğiyle yakından ilgilidir (Sabir ve diğ., 2011:146).

Devam Bağlılığı: Örgütte ayrılmanın maliyeti ile ilişkili bir bağlılık boyutudur. Buna göre bir kişi örgütten ayrılmanın maliyetinin yüksek olacağını düşünüp örgüt üyeliğini devam ettirirse orada devam bağlılığın etkisi söz konusudur. Buna göre çalışan örgütte çalışmasının maliyetine karşılık ne kadar çok ödül alırsa, o kadar yüksek bağlılık göstermesi beklenir. Devam bağlılığında iki temel faktör önemlidir. Bunlardan birincisi örgüte yapılan yatırımların boyutu ve sayısı, diğeri ise alternatif iş seçeneklerin algılanan azlığıdır. Buna göre çalışan örgüte fazla yatırım yapmışsa pek ayrılmak istemez (Güney,2011:289). Örgütün işgörenine yaptığı yatırıma ek olarak işgören de örgüte yatırım yapmasının hem örgüte hem de çalışana bir maliyeti söz konusudur. Kişi örgütten ayrılma durumunda tüm bu maliyetlerin ziyan olacağını da göz önünde bulundurur. Değerlendirme sonucunda kişi örgütte kalmayı tercih ettiği zaman, o kişide örgütsel bağlılığın daha da güçlenmesi beklenir (Balay, 2000: 22).

Normatif Bağlılık: Örgütle çalışan arasındaki sadakate bağlı gelişen bir bağlılık boyutudur ve çalışanın örgütüne karşı bir yükümlülük hissetmesiyle karakterizedir. Eğer bir işgörende örgütün kendisi için önemli derecede bir yatırım yaptığı yönde bir kanı oluşursa, o kişide örgüte karşı sorumluluk duygusu gelişir. Ayrıca işgörende kendi mesleki gelişimi için örgütün önemli derecede zaman ayırdığı yönde bir kanı oluşursa da o kişide örgüte karşı sorumluluk duygusunun artması ve sonuçta örgütte kalması beklenir. Bu yönüyle bu bağlılık boyutuna ahlaki bağlılık da denilebilir (Sabir ve diğ. 2011:146; Bergman, 2006: 647). Yüksek bir normatif bağlılığı olan çalışanlar örgütte kalması gerektiğini düşünür. Normatif bağlılık

kişi örgüte girmeden önce kişinin sosyal kişiliğinden ve/veya kültüründen etkilenilebilir (Wei ve diğ. 2010: 14).

Örgütle çalışan arasındaki ilişki çalışandan çalışana farklılık gösterir ve örgütle çalışan arasındaki bağıllık derecesini yansıtır. Yukarıda bahsedilenlerden anlaşılacağı üzere işgörenlerde duygusal bağıllık, devam bağıllığı ve normatif bağıllık aynı düzeyde çıkmayabilir. Birinde yüksek oranda duygusal bağıllık var iken diğerinde düşük çıkabilir. Birinde duygusal ya da normatif bağıllık yüksek iken devam bağıllığı düşük olabilir ya da hiç olmayabilir. Bu yüzden bağıllığın derecesi kişiden kişiye değişebilir (Sabir ve diğ. 2011:146). Kişinin normatif ve duygusal bağıllığı onun işlerindeki verimliliği ve örgütsel vatandaşlık davranışı üzerinde pozitif bir etkiye sahipken devam bağıllığının böyle bir etkisi olmayabilir. Bu nedenle bağıllığın her bir boyutu birbirinden farklı etkiye sahip olabilmektedir (Meyer ve diğ. 1993:539). Bu üç bağıllığın ortak yönü ise bağıllık çalışanla örgüt arasındaki ilişkiyle karakterize olup çalışanın devam etme ya da ayrılma kararı vermesinde etkilidir. Her bir boyut farklı deneyimler sonucunda ortaya çıkar ve çalışanın iş davranışları üzerinde farklı düzeyde etkiye sahip olabilir (Meyer ve diğ. 1993:539).

Gereç ve Yöntem

2.1. Amaç

Bu araştırma kesitsel bir alan araştırması olup kantitatif metodolojiyi esas almaktadır. Araştırmada hemşirelerin beş faktör kişilik özellikleri, lider üye etkileşimi ve tükenmişliği incelenerek, bunlar arasındaki ilişkiler analiz edilmektedir. Araştırmanın amacı hemşirelerin beş faktör kişilik özellikleri düzeylerini, lider üye etkileşimi düzeylerini ve örgütsel bağıllık düzeylerini ölçmek, bunların eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek ve bunlara arasındaki ilişkileri açıklamaktır. Ayrıca araştırmada örgütsel bağıllık üzerine lider üye etkileşiminin ve beş faktör kişilik özelliklerinin etkisi de sorgulanmaktadır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır.

1. Hemşirelerin örgütsel bağıllık (duygusal, devamlılık, normatif), lider-üye etkileşimi (etki, mesleki saygı, bağıllık) ve kişisel özellikleri (dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma) düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin örgütsel bağıllık (duygusal, devamlılık, normatif), lider-üye etkileşimi (etki, mesleki saygı, bağıllık) ve kişisel özellikleri (dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma) arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?
3. Hemşirelerin örgütsel bağıllık (duygusal, devamlılık, normatif), lider-üye etkileşimi (etki, mesleki saygı, bağıllık) ve kişisel özellikleri (dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma) eğitim durumuna göre değişmekte midir?
4. Hemşirelerin örgütsel bağıllığı üzerine lider-üye etkileşimi (etki, mesleki saygı, bağıllık) ve kişisel özelliklerinin (dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma) anlamlı etkisi var mıdır?

2.2. Katılımcılar

Araştırma bir Ankara’da bulunan bir askeri eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Araştırmada ilgili hastanede görev yapan hemşirelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanede 740 hemşire çalışmakta olup, 262 hemşire veri ölçüm aracını (anket) eksiksiz doldurmuştur. Dolayısı ile hemşirelerin %35,40’ına ulaşılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına göre yapılmıştır. Anketler araştırmacı tarafından hastane ünitelerine elden dağıtılmış ve iki hafta sonra doldurulan anketler elden telsin alınmıştır. Katılım oranını yükseltmek için araştırmacı hastane ünitelerindeki hemşirelere hatırlatma mesajları iletmiştir.

2.3. Veri Ölçüm Aracı

Araştırmada veri toplama araçları olarak dört bölümden oluşan bir soru formu kullanılmıştır. Hastane çalışanlarının kişilik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla, Beaumont ve Stout (2003) tarafından geliştirilen “Kişilik Özellikleri Ölçeği”, Allen ve Meyer (1990) tarafından geliştirilen “Örgütsel Bağlılık Ölçeği” ve Graen ve Uhl-Bien (1995) tarafından geliştirilen “Lider-Üye Etkileşimi Ölçeği” ve iş görenlerin kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşan bir soru formu kullanılmıştır. Bu soru formu daha önce Kaşlı (2009) tarafından “Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Kişilik Özellikleri, Lider-Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi” adlı doktora tezinde kullanılmıştır.

Kişilik Özellikleri Ölçeği: Otel işletmesi işgörenlerinin kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla, öncelikle Beaumont ve Stout (2003) tarafından geliştirilen ve kişilik özelliklerini beş boyut altında değerlendiren BFI (Bigfive Inventory) ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge ve yeniliklere açık olma kişilik tipolojileri bulunmaktadır. Bizim araştırmamızda ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısı 0,857 olarak belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarındaki sorulara uygulanan iç tutarlılık katsayıları (Cronbach’s Alpha) 0,700’den yüksek hesaplanmıştır. Hesaplanan bu güvenilirlik katsayıları ölçeğin iç tutarlılığını göstermektedir.

Lider-Üye Etkileşimi Ölçeği: Lider-üye etkileşim kalitesini belirlemek amacıyla Graen ve Uhl-Bien (1995) tarafından geliştirilen dört alt boyut ve 12 maddeden oluşan ölçek kullanılmıştır. Lider-üye etkileşimi ölçeğine de ön test uygulanmış ve ön test sonucunda “katkı” boyutuna ait maddelerin ölçeğin “bağlılık” boyutu altında değerlendirilebileceği görülmüştür. Dolayısıyla ölçeğin üç alt boyutta (etki, bağlılık, mesleki saygı) değerlendirilmesinin ve ölçeğin buna göre tasarlanmasının daha uygun olacağı öngörülerek, ölçekten katkı boyutuna ait üç madde çıkarılmıştır. Bizim araştırmamızda ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısı 0,764 olarak belirlenmiştir. Ayrıca etki, mesleki saygı ve bağlılık alt boyutlarındaki sorulara uygulanan iç tutarlılık katsayıları (Cronbach’s Alpha) 0,700’den yüksek hesaplanmıştır. Hesaplanan bu güvenilirlik katsayıları ölçeğin iç tutarlılığını göstermektedir.

Bu kısımda lider-üye etkileşimi alt boyutları olan katkı, mesleki saygı ve bağlılık boyutlarını kısaca açıklamak faydalı olacaktır.

Katkı kavramı, Dinesch ve Liden (1986: 624) tarafından işe dönük faaliyetlerde her üyenin, örgütün açık ve örtülü amaçlarını sağlamaya yönelik kaliteli hizmet vermesi ve bu amaçlara yönelik resmiyetten uzak gönülden bir çalışma sergilemesi, olarak tanımlanmıştır. Lider-üye etkileşiminde çalışan örgütün amaçlarını gerçekleştirmede ne kadar çok performans yükseltirse, lider çalışan üyelere bazı kaynakları sağlar ve onlara daha çok destek sağlar. Lider tarafından sağlanan değerli kaynaklar, fiziksel kaynaklara, önemli bilgilere ve cazip görev

tanımlarına karşılık gelir (Arslantaş, 2007:163). Liderden daha fazla kaynak ve destek alan üyeler, iş performanslarını artırmaktadırlar. Ayrıca, yüksek kalitede LÜE olan üyeler normal iş sözleşmelerinin gerektirdiğinin üzerinde iş veya görevleri yapmaktadırlar (Cevrioglu, 2007: 41).

Mesleki saygı, örgütün her bir üyesinin diğer örgüt üyeleri tarafından örgüt içi ve/veya dışında kendi çalışma alanı ile ilgili olarak oldukça ileri düzeyde olduğunun tanınma derecesi ile ilgili algıdır. Bu algı, o kişiyle ilgili tarihsel verilere dayalı olabilir. Mesela bireylerle olan deneyim, örgüt içindeki veya dışındaki bireyler tarafından yapılan yorumlar, ödüller veya kişinin mesleki olarak takdir edilmesi. Bu sayede, gerekli olmamakla birlikte, birlikte çalışmadan hatta o kişiyle tanışmadan önce bir mesleki saygı algısı geliştirmek olanaklıdır. Bir başka deyişle mesleki saygı, başkalarının teknik ve diğer yeteneklerinin gösterilmesine tanınan fırsat olarak tanımlanabilir (Uhl-Bien, Graen ve Scandura, 2000:157).

Bağlılık, lider ile üyenin birbirlerinin davranış ve karakterlerini desteklediklerini toplum içinde göstermeleridir. Boies ve Howell (2006: 248) LÜE kalitesi ve sonucunda ortaya çıkan bağlılığın, işgörenin verilen işleri gönülden yapmasına ve kendini daha güçlü hissetmesine neden olduğunu ortaya koymuştur. Örgüt içinde LÜE kalitesinin yüksekliği, üyelerin örgüte bağlılığını artırmakta ve bunun sonucunda işgörenlerin örgüte katkıları, örgüt performansı ve lider performansı da önemli ölçüde yükselmektedir (Schriesheim vd., 2001:525).

Araştırmada hastane personelinin örgütsel bağlılık düzeyi (duygusal, devamlılık ve normatif bağlılık) N. Allen ve J. Meyer (1990) tarafından geliştirilen, güvenilirlik ve geçerliliği birçok araştırmada ortaya konan Örgütsel Bağlılık Skalası kullanılarak ölçülmüştür (Allen vd. 1990). Meyer ve Allen tarafından geliştirilen Örgütsel Bağlılık Skalasında duygusal (efektif), devamlılık ve normatif bağlılık olmak üzere 3 boyut vardır ve 5’li Likert ölçeği kullanılmaktadır. Her boyut altında 8 ifade yer almaktadır. Kullanılan 5’li Likert ölçeğinde; “1-Hiç katılmıyorum” “5- Tamamen katılıyorum” şeklinde değerlendirilmektedir. Dolayısı ile skorlar “5” değerine yaklaştıkça örgütsel bağlılık (bağlılık boyutları dahil) düzeyi en yükseğe çıkmakta, “1” değerine yaklaştıkça ise en düşük seviyeye inmektedir. Araştırmada her personel için duygusal, devamlılık ve normatif bağlılık skorları ile bu üç bağlılık boyut skorlarının ortalaması alınarak genel bağlılık skoru hesaplanmıştır. İlgili örgütsel bağlılık boyutu altında yer alan sorulara verilen yanıtlar toplanmış, boyutun altındaki soru sayısına bölünmüş ve böylece personelin ilgili bağlılık boyut skoru elde edilmiştir. Ayrıca örgütsel bağlılık skalasında bulunan 24 ifade içinde olumsuz anlam yüklenen ifadeler için boyut skorları hesaplanmadan önce ters skorlama işlemi yapılmıştır. Örgütsel bağlılığı ölçmek için kullanılan ölçüm aracının güvenilirlik katsayıları (Cronbach Alfa Katsayıları) duygusal bağlılık için 0,782; devamlılık bağlılığı için 0,811 ve normatif bağlılık için 0,825 olarak bulunmuştur. Bulunan Cronbach Alpha değeri 1’e yakın ve kabul edilebilir düzeydedir (Hair vd. 1998).

2.4. Veri Analizi

Araştırma sonucunda 262 hemşireden elde edilen anketler veri analizine tabii tutulmuştur. Veri analizi SPSS 22 yazılım programı ile yapılmıştır. Araştırma amaç ve hipotezleri test etmek için güvenilirlik analizi (Cronbach Alpha katsayılarının hesaplanması), tanımlayıcı istatistikler, karşılaştırma testleri, korelasyon ve regresyon çözümlenmeleri yapılmıştır.

Bulgular

Araştırmada daha öncede ifade edildiği üzere 262 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin 161’i evli, 101’i ise bekar. 2 lise mezunu, 26 önlisans mezunu, 178 lisans mezunu, 48 yüksek lisans ve 8 doktora derecesine sahip hemşire vardır. Dolayısı ile hemşirelerin %63,93’ü lisans mezunudur. Hemşirelerin yaş aralığı 54 ile 23 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 34,41 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanede hemşireler ortalama 9,67 yıl çalışmıştır. Ayrıca hemşireler hemşirelik mesleğinde ortalama 13,98 yıl çalışmakta olduğu hesaplanmıştır.

Tablo 1. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri, Lider Üye Etkileşimi ve Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistikleri

	Ortalama	Medyan	Mod	Std. Sapma	Ranj	Minimum	Maksimum
Örgütsel Bağlılık							
Duygusal Bağlılık	2,94	2,87	2,88	0,484	3,00	1,75	4,75
Devamlılık Bağlılık	2,81	2,87	2,75	0,52	3,00	1,50	4,50
Normatif Bağlılık	2,79	2,75	2,75	0,54	3,38	1,38	4,75
Genel Bağlılık	2,85	2,83	2,75	0,38	2,38	1,79	4,17
Kişilik Özellikleri							
Dışa Dönüklük	2,94	3	3	0,48	2,75	1,5	4,25
Uyumluluk	3,69	3,75	4	0,55	3,00	2,00	5,00
Sorumluluk	3,67	3,75	3,75	0,52	2,5	2,50	5,00
Duygusal Denge	2,99	3	2,75	0,51	3,25	1,25	4,50
Yeniliklere Açık Olma	3,18	3,25	3,25	0,52	3,25	1,5	4,75
Lider Üye Etkileşimi							
Etki	3,59	3,75	4	0,98	4,00	1,00	5,00
Mesleki Saygı	3,57	3,66	4	1,06	4,00	1,00	5,00
Bağlılık	3,32	3,5	4	1,09	4,00	1,00	5,00

Tablo 1 hemşirelerin örgütsel bağlılık, kişilik özellikleri ve lider üye etkileşimi tanımlayıcı istatistiklerini göstermektedir. 5’li Likert ölçeği dikkate alındığında lider üye etkileşimi boyutlarının ortalamalarının örgütsel bağlılık ve kişilik özellikleri boyutları skor ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Örgütsel bağlılık genel skor ortalaması 2,85 olup, örgütsel bağlılık boyutlarından duygusal bağlılık skor ortalaması diğer iki boyuttan yüksek bulunmuştur. Kişilik özellikleri bağlamında en yüksek ortalama 3,67 ile sorumluluk, en düşük ortalama ise 2,94 dışa dönüklük boyutuna aittir. Lider üye etkileşiminde ise en yüksek ortalama etki boyutunun(3,59) en düşük ise bağlılık (3,32) boyutunudur. Tüm değişkenler açısından ortalamaların 3,59 ile 2,81 arasında değişmesi orta düzey olarak nitelendirilebilir.

Tablo 2. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri, Lider Üye Etkileşimi ve Örgütsel Bağlılık İlişkileri

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Örgütsel Bağlılık													
1. Duygusal Bağlılık	r	1											
	p												
2. Devamlılık Bağlılığı	r	,360**	1										
	p	,000											
3. Normatif Bağlılık	r	,259**	,341**	1									
	p	,000	,000										
4. Genel Bağlılık	r	,708**	,768**	,741**	1								
	p	,000	,000	,000									
Kişilik Özellikleri													
5. Dışa Dönüklük	r	,161**	,081	,166**	,184**	1							
	p	,009	,193	,007	,003								
6. Uyumluluk	r	,232**	,158*	,034	,185**	,205**	1						
	p	,000	,011	,580	,003	,001							
7. Sorumluluk	r	,293**	,087	,090	,205**	,220**	,416**	1					
	p	,000	,162	,147	,001	,000	,000						
8. Duygusal Denge	r	,094	,072	,086	,113	,284**	,143*	,290**	1				
	p	,130	,248	,165	,068	,000	,020	,000					
9. Yeniliklere Açık Olma	r	,127*	,066	,173**	,166**	,286**	,372**	,320**	,293**	1			
	p	,039	,285	,005	,007	,000	,000	,000	,000				
Lider Üye Etkileşimi													
10. Etki	r	,077	,114	,140*	,151*	,193**	,076	,128*	,091	,076	1		
	p	,217	,066	,023	,015	,002	,220	,039	,144	,221			
11. Mesleki Saygı	r	,057	,099	,097	,115	,176**	,122*	,091	,053	,072	,902**	1	
	p	,361	,111	,119	,064	,004	,048	,141	,394	,248	,000		
12. Bağlılık	r	,092	,127*	,164**	,175**	,200**	,098	,073	,087	,098	,858**	,894**	1
	p	,139	,040	,008	,005	,001	,113	,238	,160	,115	,000	,000	

*: 0,05 yanılma payında korelasyon katsayısı anlamlı (çift yönlü)

** : 0,01 yanılma payında korelasyon katsayısı anlamlı (çift yönlü)

Tablo 2 hemşirelerin kişilik özellikleri, lider üye etkileşimi ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkileri göstermektedir. Tablo incelendiğinde örgütsel bağlılık boyutlarının kendi aralarında ve toplam örgütsel bağlılık ile bağlılık boyutları arasında ($r=,768$; $p<,01$) anlamlı ilişkiler vardır. Bu çalışmada genel bağlılık ile devam bağlılığı arasında diğer örgütsel bağlılık boyutlarına göre daha güçlü ilişki bulunmuştur. Örgütsel bağlılık boyutlarından ise duygusal bağlılık ile devam bağlılığı arasında daha güçlü ilişki söz konusudur ($r=,360$; $p<,01$). Genel örgütsel bağlılık ile kişilik özelliklerinden sırası ile sorumluluk ($r=,205$), uyumluluk ($r=,185$), dışa dönüklük ($r=,184$) ve yeniliklere açık olma ($r=,166$) anlamlı ilişki bulunmasına karşın, genel örgütsel bağlılık ile duygusal denge arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada örgütsel bağlılık ile lider üye etkileşimi boyutlarından etki ve bağlılık arasında anlamlı ilişki vardır.

Tablo 3. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri, Lider Üye Etkileşimi ve Örgütsel Bağlılığın Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Grupları	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Örgütsel Bağlılık						
Duygusal Bağlılık	Lisans ve Altı	206	2,91	,49	-1,716	,087
	Lisansüstü	56	3,04	,45		
Devamlılık Bağlılığı	Lisans ve Altı	206	2,82	,49	,423	,673
	Lisansüstü	56	2,79	,61		
Normatif Bağlılık	Lisans ve Altı	206	2,85	,55	3,498	,001
	Lisansüstü	56	2,56	,45		
Genel Bağlılık	Lisans ve Altı	206	2,86	,38	1,110	,268
	Lisansüstü	56	2,80	,37		
Kişilik Özellikleri						
Dışa Dönük	Lisans ve Altı	206	2,94	,48	-,104	,917
	Lisansüstü	56	2,95	,47		
Uyumluluk	Lisans ve Altı	206	3,68	,55	-,717	,474
	Lisansüstü	56	3,74	,56		
Sorumluluk	Lisans ve Altı	206	3,64	,51	-1,878	,062
	Lisansüstü	56	3,79	,54		
Duygusal Denge	Lisans ve Altı	206	2,97	,51	-1,011	,313
	Lisansüstü	56	3,05	,50		
Yeniliklere Açık Olma	Lisans ve Altı	206	3,16	,52	-,836	,404
	Lisansüstü	56	3,23	,55		
Lider Üye Etkileşimi						
Etki	Lisans ve Altı	206	3,58	,97	-,390	,697
	Lisansüstü	56	3,64	1,01		
Mesleki Saygı	Lisans ve Altı	206	3,55	1,03	-,491	,624
	Lisansüstü	56	3,63	1,16		
Bağlılık	Lisans ve Altı	206	3,31	1,04	-,336	,737
	Lisansüstü	56	3,36	1,25		

*: p<0,05 anlamlı farklılık

Tablo 3 hemşirelerin eğitim durumuna göre örgütsel bağlılık boyutlarından sadece normatif bağlılık anlamlı farklılık göstermektedir. Normatif bağlılık açısından lisans ve altı dereceye sahip hemşirelerin normatif bağlılık skor ortalamaları lisansüstü eğitim derecesine sahip hemşirelerin ortalamasından yüksektir. Bunun dışında kişilik özellikleri, lider üye etkileşimi ve örgütsel bağlılığın diğer boyutlarının ortalama skorlarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur.

Tablo 4. Hemşirelerin Genel Örgütsel Bağlılığı Üzerine Kişilik Özellikleri ve Lider Üye Etkileşiminin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	1,816	,229		7,912	,000*	
Kişilik Özellikleri						
Dışa Dönüklük	,074	,052	,093	1,424	,156	1,196
Uyumluluk	,068	,048	,098	1,422	,156	1,354
Sorumluluk	,087	,051	,118	1,701	,090	1,355
Duygusal Denge	,002	,049	,003	,040	,968	1,203
Yeniliklere Açık Olma	,035	,049	,048	,703	,483	1,310
Lider Üye Etkileşimi						
Etki	,053	,057	,136	,936	,350	5,976
Mesleki Saygı	-,117	,060	-,323	-1,948	,053	7,760
Bağlılık	,107	,049	,305	2,189	,030*	5,467
Regresyon Modeli Özeti						
R= 0,323						
R ² = 0,104						
F= 3,685						
p= 0,000						
p<0,01						
Durbin Watson=1,871						
VIF: Variance Inflation Factor - Varyans Şişkinlik Faktörü						
Bağımlı Değişken: Genel örgütsel bağlılık						
*: Önemli belirleyici (p<0,05)						

Tablo 4 hemşirelerin genel örgütsel bağlılık düzeyi üzerine kişilik özellikleri ve lider üye etkileşiminin etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=3,685; p=0,000; p<0,01). Modelde kişilik özellikleri boyutları (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma) ve lider üye etkileşimi boyutları (etki, mesleki saygı, bağlılık) genel örgütsel bağlılık skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 10,4'ünü açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,871 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 10'dan düşük değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan bağımsız değişkenlerden sadece lider üye etkileşimi boyutlarından bağlılık (t=2,189; p= 0,030) genel örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Lider üye etkileşimi boyutlarından bağlılık skoru arttıkça genel örgütsel bağlılık düzeyde pozitif yönde ve anlamlı şekilde artış göstermektedir.

Tablo 5. Hemşirelerin Duygusal Bağlılık Üzerine Kişilik Özellikleri ve Lider Üye Etkileşiminin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	1,571	,288		5,459	,000	
Kişilik Özellikleri						
Dışa Dönüklük	,085	,065	,084	1,302	,194	1,196
Uyumluluk	,115	,060	,132	1,917	,056	1,354
Sorumluluk	,215	,064	,231	3,364	,001*	1,355
Duygusal Denge	-,019	,061	-,020	-,306	,760	1,203
Yeniliklere Açık Olma	-,020	,062	-,022	-,318	,750	1,310
Lider Üye Etkileşimi						
Etki	,019	,071	,038	,263	,793	5,976
Mesleki Saygı	-,094	,075	-,207	-1,256	,210	7,760
Bağlılık	,089	,061	,201	1,455	,147	5,467
Regresyon Modeli Özeti						
R= 0,342						
R ² = 0,117						
F= 4,188						
p= 0,000						
p<0,01						
Durbin Watson=2,095						
VIF: Variance Inflation Factor - Varyans Şişkinlik Faktörü						
Bağımlı Değişken: Duygusal bağlılık						
*: Önemli belirleyici (p<0,05)						

Tablo 5 hemşirelerin duygusal bağlılık düzeyi üzerine kişilik özellikleri ve lider üye etkileşiminin etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=4,188; p=0,000; p<0,01). Modelde kişilik özellikleri boyutları (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma) ve lider üye etkileşimi boyutları (etki, mesleki saygı, bağlılık) duygusal bağlılık skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 11,7'sini açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 2,095 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 10'dan düşük değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan bağımsız değişkenlerden sadece kişilik özelliklerinden sorumluluk boyutu (t=3,364; p= 0,001) duygusal bağlılık üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Kişilik özelliklerinden sorumluluk skoru arttıkça duygusal bağlılık düzeyde pozitif yönde ve anlamlı şekilde artış göstermektedir. Dolayısı ile sorumluluk bilinci yüksek hemşirelerin duygusal bağlılığı da yüksek olabilmektedir.

Tablo 6. Hemşirelerin Normatif Bağlılığı Üzerine Kişilik Özellikleri ve Lider Üye Etkileşiminin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	1,880	,333		5,636	,000	
Kişilik Özellikleri						
Dışa Dönüklük	,114	,075	,100	1,518	,130	1,196
Uyumluluk	-,051	,070	-,051	-,733	,464	1,354
Sorumluluk	,039	,074	,037	,523	,601	1,355
Duygusal Denge	-,009	,071	-,008	-,127	,899	1,203
Yeniliklere Açık Olma	,143	,072	,137	1,987	,048*	1,310
Lider Üye Etkileşimi						
Etki	,087	,082	,155	1,053	,293	5,976
Mesleki Saygı	-,175	,087	-,338	-2,010	,046*	7,760
Bağlılık	,152	,071	,302	2,144	,033*	5,467
Regresyon Modeli Özeti						
R= 0,283						
R ² = 0,080						
F= 2,745						
p= 0,006						
p<0,01						
Durbin Watson=1,798						
VIF: Variance Inflation Factor - Varyans Şişkinlik Faktörü						
Bağımlı Değişken: Normatif bağlılığı						
*: Önemli belirleyici (p<0,05)						

Tablo 6 hemşirelerin normatif bağlılık düzeyi üzerine kişilik özellikleri ve lider üye etkileşiminin etkisini göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=2,745; p=0,006; p<0,01). Modelde kişilik özellikleri boyutları (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, yeniliklere açık olma) ve lider üye etkileşimi boyutları (etki, mesleki saygı, bağlılık) normatif bağlılığı skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 8’ini açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,798 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 10’dan düşük değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan bağımsız değişkenlerden kişilik özellikleri boyutundan yeniliklere açık olma (t=1,987; p= 0,048), lider etkileşimi boyutlarından mesleki saygı (t=-2,010; p= 0,046) ve bağlılık (t=2,144; p= 0,033) normatif bağlılığı üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Yeniliklere açık olma ve bağlılık skorlarındaki artış normatif bağlılığı pozitif yönde arttırırken, mesleki saygı skorlarındaki artış normatif bağlılık skorlarından azalmaya neden olmaktadır.

Tartışma ve Sonuç

Araştırma sonuçlarını destekleyen bazı çalışmalar aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır. Literatürde Lider Üye Etkileşimi, Beş Faktör Kişilik Modeli ve Örgütsel Bağlılığın üçünü de kapsayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Göksel ve Aydıntan (2012) hemşirelerde lider üye etkileşiminin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi üzerine çalışmışlardır. Çalışmada yaşa göre lider üye etkileşimi ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yine bu çalışmada 20-29 yaş grubunda ÖB oranı %24,6 ve LÜE oranı %15,8 olarak bulunmuş olup ayrıca bu yaş grubu en düşük ÖB ve LÜE oranına sahip gruptur. 30-40 yaş grubu ise en yüksek ÖB ve LÜE oranına sahip gruptur. Bu yaş grubunda ÖB oranı % 59,4 ve LÜE oranı % 58,5 olarak bulunmuştur. 41-50 yaş grubunda ise ÖB oranı %40,6 ve LÜE oranı ise %41,5 olarak bulunmuştur. Benzer ilişki hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinde de görülmüştür. Meslekte 0-10 yıl çalışanlarda ÖB oranı %12,5 ve LÜE oranı % 22 olarak bulunmuş olup bu aynı zamanda meslekte çalışma süresine göre en düşük ÖB ve LÜE oranına sahip gruptur. Meslekte 11-20 yıl çalışanlarda ÖB oranı %50 ve LÜE oranı %53,7 olarak bulunmuştur. Bu ise meslekte çalışma süresine göre en yüksek ÖB ve LÜE oranına sahip gruptur. Meslekte 20 yıldan fazla çalışanlarda ise ÖB oranı %37,5 ve LÜE oranı %24,4 olarak bulunmuştur. Lider üye etkileşimi alt faktörlerden sadece sadakatin ($p=0,010$) örgütsel bağlılıkla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olup sevgi, katkı ve profesyonelliğin örgütsel bağlılıkla arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yine aynı çalışmada lider üye etkileşiminin örgütsel bağlılığını açıklama oranı yüksek olup, $R^2=0,89$ olarak bulunmuştur. Konja ve diğ. (2012) de lider üye etkileşimi ve örgütsel bağlılık arasındaki üzerine bir çalışma yapmıştır. Sırbistan’da hastane çalışanları üzerinde yapılan bu çalışmaya göre, LÜE ile ÖB arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,539$) bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada yaş ile LÜE düzeyleri arasında negatif yönde ($p=0,12$ ve $r=-0,134$) zayıf bir ilişki, yine LÜE ile görevde çalışma süresi arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($p=0,00$ ve $r=-0,190$) bulunmuştur. ÖB ile yaş arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki ($p=0,428$ ve $r=-0,044$) yine çalışma süresiyle arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($p=0,035$ ve $r=-0,119$) bulunmuştur. Kumar ve Bakhshi (2010) Hindistan’da doktorlarda Beş faktör Kişilik Testi ve ÖB arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Lider Üye Etkileşiminin gelişime açıklık boyutunun normatif bağlılık ($r=-0,18$) ile devam bağlılığı arasında ($r=-0,26$) negatif yönde anlamlı bir ilişki, LÜE’nin sorumluluk boyutu ile örgütsel bağlılığın devam bağımlılığı ve duygusal bağlılık boyutu arasında (sırasıyla $r=0,22$ ve $0,17$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. LÜE’nin dışa dönüklük boyutuyla örgütsel bağlılığın duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık arasında (sırasıyla $r=0,22$; $0,26$ ve $0,18$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dışa dönüklükle normatif bağlılık arasında ($r=0,23$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki ve duygusal dengesizlikle devam bağlılığı arasında ($r=0,27$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca duygusal bağlılıkla devam bağlılığı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki ($r=0,52$), devam bağlılığı ile normatif bağlılık arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ($r=0,18$) bulunmuştur.

Bu çalışma Türkiye’de sadece bir hastanede çalışan hemşireler üzerinde yapıldığından, araştırma sonuçlarının tüm ülke hastane sektörüne, tüm devlet hastanelerine ve araştırmancın

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

yapıldığı ile genellenmesi söz konusu olamaz. Araştırma örgütsel bağlılık, lider-üye etkileşimi ve kişilik özellikleri ilişkisini küçük ölçekli bir alan araştırması ile sadece hemşireler için açıklamaya çalışmıştır. Bundan dolayı Türkiye hastane sektöründe çalışan sağlık personeli ve tüm personelin bu konuları ele alan büyük ölçekte ulusal araştırmalar yapılması önem arz edecektir. Farklı illerde, bölgelerde ve ülkelerde yapılacak benze çalışmalar ile uluslar arası karşılaştırmalı literatür elde edilebilir. Bundan sonra yapılacak büyük ölçekli çalışmalarda farklı sektörde çalışan personelin tükenmişlik, kişilik özellikleri, lider üye etkileşimi, örgütsel bağlılık, iş doyumu, performans konularına odaklanılarak, bunlar arasındaki ilişkiler açıklanmaya çalışılabilir.

Kaynaklar

1. Allen, N., Meyer, JP. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology* 63 (1): 1-8.
2. Arslantaş, CC. (2007). Lider-Üye etkileşiminin yöneticiye duyulan güven üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik görgül bir çalışma. *TİSK Akademi Dergisi*, 2(3), 160-173.
3. Avcı, U., Turunç, Ö. (2012). Dönüşümcü liderlik ve örgüte güvenin kariyer memnuniyetine etkisi: lider-üye etkileşiminin aracılık rolü. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 4(2): 45-55.
4. Balay, R. (2000). Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
5. Basım, HN., Çetin, F., Tabak, A. (2009). Beş faktör kişilik özelliklerinin kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarıyla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24 (63): 20-34.
6. Beaumont, LR., Stout, D. (2003). Five factor constellations and popular personality types. *Psychology*, 106, 1-29.
7. Bergman, ME. (2006). The relationship between affective and normative commitment: review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 27: 645–663.
8. Boies, K., Howell, JM. (2006). Leader–member exchange in teams: An Examination of the interaction between relationship differentiation and mean LMX in explaining team-level outcomes. *The Leadership Quarterly*, 17, 246-257.
9. Cevrioğlu, E. (2007). Lider-Üye Etkileşimi İle Bireysel Ve Örgütsel Sonuçlar Arasındaki İlişki: Görgül Bir İnceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
10. Develioğlu, K. ve Tekin, ÖA. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve yabancılaşma arasındaki ilişki: beş yıldızlı otel çalışanları üzerine bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18,(2): 15-30.
11. Dinesch, RM., Liden, RC. (1986). Leader-member exchange model of leadership: A critique and further development. *Academy of Management Review*, 11, 618-634.
12. Doğan, T. (2013) Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14 (1): 56-64.
13. Göksel, A., Aydın, B. (2012). Lider-üye etkileşimi düzeyinin örgütsel bağlılık üzerine etkisi: görgül bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2): 247-271.
14. Graen, GB., Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly*, 6 (2), 219-247.
15. Güney, S. (2011). Örgütsel Davranış. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
16. Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis*, 5. Edition. New Jersey: Prentice Hall.
17. Ilgın, B (2013). Örgütsel vatandaşlık davranışlarının oluşumunda lider üye etkileşimi niteliğinin etkisi üzerine bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17 (3): 33-56.
18. Judge, TA., Higgins, CA., Thoresen, CJ., and Barrick MR. (1999) The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52: 621-652.

19. Kaşlı, M. (2009). Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Kişilik Özellikleri, Lider-Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi. (Doktora Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir.
20. Koçel, T. (2011). İşletme Yöneticiliği. Beta Yayıncılık, 13.Baskı, İstanbul.
21. Konja, V., Nestic, LG., & Lalic, D. (2012). Leader-member exchange influence on organizational commitment among serbian hospital workers. *Health MED*, 6(11): 3802-3814.
22. Krishnan, VR. (2005). Leader-member exchange, transformational leadership, and value system. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies (EJBO)*, 10(1):14-21.
23. Kumar, K., & Bakhshi, A. (2010). The five-faktör model of personality and organizational commitment: Is there any relationship? *Humanity & Sciences Journal*, 5(1): 25-34.
24. Lunenburg, FC. (2011). leader-member exchange theory: another perspective on the leadership process. *International Journal of Management, Business, and Administration* 13(1):1-5.
25. Meyer, JP, & Allen, NJ (1991). Three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1): 61-89.
26. Meyer, JP., Allen, NJ., & Smith, CA. (1993). Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4): 538-551.
27. Ordun, G. ve Aktaş, H. (2014). Lider-üye etkileşimi faktörlerinin liderler ve astlar tarafından karşılıklı algılanması: Bir perakende işletmesi çalışanları üzerinde araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi* 43(1): 120–135.
28. Schriesheim, CA., Castro SL., Zhou X., Yammarino, FJ. (2001). The folly of theorizing “a” but testing “b” a selective level-of-analysis review of the field and a detailed leader-member exchange illustration. *The Leadership Quarterly*, 12, 515-551.
29. Tatlıoğlu, K. (2014). Üniversite Öğrencilerinin beş faktör kişilik kuramı’na göre kişilik özellikleri alt boyutlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Tarih Okulu Dergisi*, 7 (17): 939-971.
30. Uğurluoğlu, Ö., Şantaş, F. ve Demirgil, B. (2013). Lider-üye etkileşimi ve tükenmişlik ilişkisi: hastanelerde bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16 (1): 1-21.
31. Uhl-Bien, M., Graen, GB., Scandura, TA. (2000). Leader-member exchange (LMX) for strategic human resource management systems: Relationships as social capital for competitive advantage. *Personel and Human Resources Management*, 137-185.
32. WeiBo, Z., Kaur, S., Wei, W., & Jun, W.(2010). New development of organizational commitment: a critical review. *African Journal of Business Management*,4(1): 12-20.

PSİKOLOJİK SERMAYE VE YAŞAM DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

Mahmut AKBOLAT*

Mustafa ÖZAL**

Oğuz IŞIK***

ÖZET

Bu çalışmanın amacı psikolojik sermaye ile yaşam doyumu arasındaki ilişki ve yaşam doyumunun psikolojik sermayeye etkisini ortaya koymaktır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Luthans ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen ve dört boyuttan (öz yeterlilik, ümit, dayanıklılık ve iyimserlik) oluşan Psikolojik Sermaye (Psychological Capital-PsyCap) ölçeği ve Diener ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen ve tek boyuttan oluşan yaşam doyumu ölçeği (the satisfaction with life scale -SWLS) kullanıldı. Çalışma İstanbul’da faaliyette bulunan bir özel hastanede gerçekleştirildi. Çalışmaya 92 sağlık çalışanı katıldı. Çalışmadan elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, psikolojik sermayenin tüm boyutları ile yaşam doyumu arasında 0,001 düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşam doyumu psikolojik sermayenin tüm boyutlarını olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca yaşam doyumu psikolojik sermayenin yordanmasında %23,0’lık bir değere sahiptir. Çalışanların sosyo-demografik özelliklerinden medeni durum, eğitim, toplam çalışma süresi ve çalışılan birimler çalışanların psikolojik sermaye ve yaşam memnuniyetlerinde farklılığa neden olmamaktadır. Buna karşılık çalışanların cinsiyetleri ümit ve yaşları öz yeterlilik boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa sebep olmaktadır. Sonuç olarak, yaşam memnuniyeti psikolojik sermayeyi olumlu yönde etkilemektedir, bu anlamda çalışanların yaşam doyumu psikolojik sermayenin gelişimi bakımından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik sermaye, Yaşam doyumu, Sağlık çalışanı

*Yrd.Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

**Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans öğrencisi, mustafaozal1@hotmail.com

***Yrd.Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bil. Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, oguz.isik@gmail.com

RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL CAPITAL AND LIFE SATISFACTION: A SAMPLE OF PRIVATE HOSPITAL

ABSTRACT

The aim of this study was to reveal relationship between psychological capital and life satisfaction and the effects of life satisfaction on psychological capital. Psychological Capital (Psychological Capital-psycap) scale which was consisted of four dimensions (self-efficacy, hope, resilience and optimism) and developed by Luthans and colleagues (2007) and the satisfaction with life-SWLS scale which was developed by Diener and colleagues (1985) were used as data collection tool in the study. The research was carried out in a private hospital operating in Istanbul. 92 health workers participated in the study. The reliability and validity of the data obtained from the study analysis was performed. Descriptive statistical methods, correlation analysis, regression analysis, independent samples t test and one-way variance analysis were used to data analysis. According to the findings of the study, there were statistically significant relationships between sub scales of psychological capital and life satisfaction at the level of 0.001. Life satisfaction affected positively on all sub scales of psychological capital scale. In addition, life satisfaction had value of 23.0% in predicting psychological capital. Some socio-demographic characteristics of employees (marital status, education, working units and working time) were not cause differences in life satisfaction and psychological capital. In contrast, genders of employee was caused to statistically significant differences in the hope sub scale, and ages of employee were caused to statistically significant differences in the self-confidence. As a result, life satisfaction was positive effect on psychological capital, this sense of life satisfaction of employees is of great importance for the development of psychological capital. According to that result, life satisfaction of employees was great importance for the development of psychological capital.

Key words: Psychological capital, life satisfaction, health employee

1. Giriş

İnsan kaynaklarının örgütsel başarı için önemini gösteren kanıtların sayısı giderek artmaktadır ve sürdürülebilir rekabet avantajı için en iyi yatırım getirisini insan kaynaklarına yapılan yatırım sunabilir (Luthans ve Youssef, 2004:143). Bu bağlamda geleneksel bakış açısından farklı olarak, pozitif psikoloji ve pozitif örgütsel davranış, verimliliğin ve performansın artışında bireysel gelişime daha çok önem vermekte, çalışanların iş yaşamında mutlu ve iyimser oldukları takdirde daha çok katkı sağlayacaklarına dikkat çekmektedir (Erkuş ve Fındıklı, 2013:303).

Pozitif psikoloji akımı, psikolojik çalışmaların genellikle başarısızlık, patoloji, tükenmişlik ve çaresizlik gibi insan davranışının olumsuzluklarına yönelmesine karşılık, modern yaşamın bireyler için sağladığı olanaklar ve mutlu yaşama erişebilme üzerinde durmaya başlamıştır (Caprara ve Cervore, 2003).

Psikolojik sermaye kavramı, pozitif örgütsel davranış alanındaki olumlu duyguları içerisinde barındıran bir kavramdır (Erkmen ve Esen, 2012:23). Dolayısıyla, insanın daha güçlü ve daha motive hissetmesi üzerinde durmakta ve bu durum kişinin yaşam kalitesini

doğrudan etkilemektedir. Bu öngörüyle gerçekleştirilen bu çalışmada psikolojik sermaye ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmektedir.

1.1. Psikolojik Sermaye

Temellerini pozitif psikoloji ve pozitif örgütsel davranış yaklaşımlarından alan psikolojik sermaye kavramını ilk olarak Luthans ve arkadaşları geliştirmiştir (Luthans, ve Youssef, 2004: 151, Luthans ve diğ., 2004: 46). Birçok ekonomiste göre çalışanların verimlilikleri, sahip oldukları eğitim, deneyim ve bilişsel yeteneklerinden oluşan insan sermayesinin yanı sıra yaptıkları işin nitelik ve niceliğini etkileyen ve kişiliklerinin bir yönünü oluşturan pozitif psikolojilerine de bağlıdır (Goldsmith ve diğ., 1998:15).

Sermaye kavramı, ekonomi ve finans alanındaki geleneksel kullanımının yanı sıra, insan kaynakları değerini (insan sermayesi) göstermek için kullanıldığı gibi, diğer bazı kavramları (entelektüel sermaye, sosyal sermaye, kültürel sermaye gibi) ifade etmek için de kullanılmaktadır. Psikolojik sermaye kavramı ise temel olarak etkililik, iyimserlik, umut ve esneklik gibi motivasyon eğilimlerini ortaya koyan pozitif psikolojik yapıları temsilen kullanılmaktadır (Luthans ve diğ., 2007: 542). Şekil 1’de görüldüğü gibi, zamanla genişleyen sermaye kavramı, artık çalışanların psikolojik üstünlüklerini bir değer ve bir rekabet avantajı olarak görmektedir. Bu anlamda psikolojik sermaye insan sermayesi ve sosyal sermayeden daha ileri bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.



Şekil 1: Rekabet avantajı için genişleyen sermaye

(Kaynak: Luthans ve diğ., 2004: 46)

Pozitif psikoloji, yaşam kalitesini geliştirecek, yaşamın insanlar için anlamsızlaştığı ve faydasız olarak algılandığı zaman oluşacak patolojik rahatsızlıkları önleyecek, pozitif öznel deneyimleri, pozitif kişilik özelliklerini ve kurumları inceleyen bir bilim olarak tanımlanmaktadır (Seligman ve Csikszentmihalyi,2000:5).

Psikolojik sermaye bireyin olumlu gelişim durumu olarak tanımlanabilir ve (1) zorlu görevlerde başarılı olmak için gerekli çabayı gösterebileceğine güven duyma (öz-yeterlilik-self- confidence) (2) şimdi ve gelecekte başarılı olacağı konusunda olumlu düşünme (iyimserlik-optimism), (3) hedeflere ulaşmak için gayret etme ve başarılı olmak için hedefe ulaşacak yolları gerekirse yeniden yönlendirme (umut-hope) ve (4) sorunlar ve sıkıntılarla kuşatıldığı zaman, başarıya ulaşmak için çabalarını sürdürme ve hatta sorunların üzerinden

atlama (dayanıklılık-resilience) özellikleri ile tanımlanmaktadır (Luthans ve diğerleri, 2007: 3; Gooty ve diğ., 2009: 354). O halde psikolojik sermaye genel itibariyle, bireyin yalnızca kim olduğu ile ilgili değil, aynı zamanda en iyi olma ve ileride ne olacağı ile ilgili bir kavramdır (Luthans ve diğ., 2010: 42).

Yukarıdaki tanımlamadan da anlaşılacağı gibi psikolojik sermaye; umut, dayanıklılık, iyimserlik ve öz-yeterlilik kavramlarıyla ifade edilmekte (Avey ve diğerleri, 2008: 53) ve dört boyuttan oluşmaktadır. Aşağıda kısaca incelenecek bu boyutların yanı sıra, farklı çalışmalarda memnuniyet, öz bildirim, dışadönüklük, vicdan, hoşluk, nörotizm, açıklık, özsayı, öz farkındalık, güven, kararlılık, disiplin ve aidiyet boyutlarının da psikolojik sermaye kapsamında incelendiği görülmektedir (Luthans ve diğ., 2007; Luthans ve Youssef, 2004; Luthans, 2002).

Umut (hope): Umutlu çalışanlar, düşünce süreçlerinde bağımsız olma eğilimindedir ve onları zenginleştirilmiş görevlere başarı ile motive etmeye yardımcı olacak iç kontrol odağına sahiptirler. Ayrıca, umutlu liderler ve yöneticiler örgütsel büyüme için çok önemlidir. Bu liderler takipçilerinin kendi hedeflerini belirlemesi ve maksimum potansiyele ulaşması için, onlara ilham verir ve teşvik eder (Toor ve Ofori, 2010: 342). O halde umut, amaç-yönelimli olma ve amaçlara ulaşmak için plan yapmakla ilgili pozitif ve motive edici bir durum olarak nitelenebilir (Peterson ve diğ., 2011: 430).

Öz-yeterlilik (self efficacy): Öz-yeterlilik bir pozitif inancı (ne yeteneği, ne de beklenen bir sonucu değil) gösterir. Kavram olarak, çalışanların kendilerinden istenilen bağlamda belirli bir görevi başarılı bir şekilde yürütmeleri için gerekli motivasyon, bilişsel kaynaklar veya eylemleri harekete geçirmek için kendi yetenekleri hakkındaki inanç ya da güveni ifade etmektedir (Luthans ve diğ., 2007: 548).

İyimserlik (optimism): İyimserlik, pozitif bakış açısını sürdürme eğilimini ifade etmektedir (Nguyen ve Nguyen, 2011: 2). İyimser insanlar, geçmişteki başarısızlıklara ve gerilemelere rağmen, olumlu beklentilerle ileriye doğru bakarlar (Toor ve Ofori, 2010: 342).

Dayanıklılık (resilience): Risk veya zorluklarla yüz yüze gelindiğinde, bunlara pozitif tepki gösterme ve uyum sağlamadır (Norman ve diğerleri, 2010: 6). Dayanıklılık, sıkıntı, çatışma, başarısızlık durumlarından yeniden sıçrama veya canlılık kazanma; hatta olumlu olaylar geliştirme, ilerleme ve sorumluluğu artırma kapasitesidir (Luthans, 2002:702).

1.2. Yaşam Doyumu

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi özgün kriterleri temelinde yaşamlarının kalitesini değerlendirdikleri bir yargısal süreç (Pavot ve Diener, 1993: 164) veya kişinin kendi seçtiği kriterlere göre yaşam kalitesinin ayrıntılı bir değerlendirmesi (Shin ve Johnson, 1978:478) olarak tanımlanabilir. Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi, yaşam memnuniyeti kalıcı veya objektif özelliklerinden daha çok değişime oldukça duyarlı ve kişilerin kendi bakış açılarından etkilenebilen bir özellik taşımaktadır (Swami ve Chamorro-Premuzic, 2009: 25).

Yaşam memnuniyeti, bireyin sürdürmekte olduğu yaşamından ne kadar hoşlandığını göstermektedir. Bu durumda yaşam memnuniyeti subjektif bir değerlendirmeye dayanmaktadır ve kişinin kendi seçtiği kriterlere göre değişim gösterebilmektedir. Eğer birey seçtiği kriterlere göre yaşam kalitesini olumlu buluyor ve yaşamdan haz alıyorsa yaşam memnuniyeti gelişmekte, tersi durumda memnuniyetsizlik oluşmaktadır. Bununla birlikte, yaşam memnuniyetinin belirleyicileri arasında yaş, stres düzeyi, fiziksel sağlık durumu, yaşam şekli ve kişilik özellikleri gibi birçok değişken rol oynamaktadır (Chow, 2005: 140).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı psikolojik sermaye ile yaşam doyumu arasındaki ilişki ve yaşam doyumunun psikolojik sermayeye etkisini ortaya koymaktır.

Literatürde yapılan çalışmalarda psikolojik sermayenin iş performansına etkisi (Luthans ve diğerleri, 2005), iş performansı ile psikolojik sermaye arasında pozitif ilişki (Luthans ve diğerleri, 2008), psikolojik sermayenin çalışanların finansal performansları üzerinde etkisi (Avey ve diğerleri, 2010) gibi pek çok alanda çalışma yapıldığı görülmektedir. Ancak, psikolojik sermayenin gelişimine etki eden faktörler üzerinde çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışma psikolojik sermayenin gelişiminde katkısı olduğu öngörülen yaşam memnuniyeti üzerinde durulmuştur. Bu yönüyle çalışma önem arz etmektedir.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışma İstanbul'da özel bir hastanede yapılmıştır. Hastanede, 82 kişi hasta hizmetleri bölümünde, 90 kişi hemşirelik hizmetleri bölümünde ve 30 kişi de yardımcı personel olmak üzere toplam 202 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Çalışmaya; 92 sağlık çalışanı katılmış olup; bu oran ana kütle için %45,5'ine karşılık gelmektedir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümü, Luthans ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilen ve dört boyuttan (öz yeterlilik, ümit, dayanıklılık ve iyimserlik) oluşan Psikolojik Sermaye (Psychological Capital-PsyCap) ölçeği; ikinci bölümü Diener ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilen ve tek boyuttan oluşan yaşam doyumu ölçeği (the satisfaction with life scale -SWLS); üçüncü bölümü ise katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. Çalışmada katılımcılardan psikolojik sermaye ölçeği için 1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4. Katılıyorum ve 5. Kesinlikle katılıyorum; yaşam doyumu ölçeği için ise 1. Tamamen katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kısmen katılmıyorum, 4. Kararsızım, 5. Kısmen katılıyorum, 6. Katılıyorum ve 7. Tamamen katılıyorum seçeneklerinden kendilerine uygun olanı seçmeleri istenmiştir. Çalışmada geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmadan önce Psikolojik Sermaye Ölçeği için 13, 20 ve 23. maddeler ters çevrilmiştir.

Çalışmadan elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış olup; verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında, p=0,05 anlamlılık düzeyinde yapılmıştır.

2.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Verilerin geçerlilik ve güvenilirliğini analiz etmek amacıyla Cronbach Alpha katsayısı ve keşfedici faktör analizi kullanılmıştır. Anketin güvenilirliği alfa değeri temel alınarak ve her bir alt boyut için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanarak yapılmıştır. Kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,70 olması arzu edilmektedir. Ancak bazı araştırmacılar inceleme türü çalışmalarında 0,5'e kadar makul kabul edilebileceğini öngörmektedirler (Altunışık, vd.2005:231). Bu çalışmada kullanılan ölçeklerden psikolojik sermaye ölçeğinin genel cronbach alfa değeri 0,902 bulunmuş olup kabul edilebilir değer üzerindedir. Çalışmada her bir boyut için ayrı ayrı cronbach alfa değeri hesaplanmış olup, ölçeği oluşturan dört boyutun ikisinde (özyeterlilik ve umut) ifadelerin tamamı uyum sağlamıştır. Ancak, dayanıklılık

boyutunda “13. İşte bir aksilik yaşadığım zaman, bu durumdan kurtulmak için harekete geçmede sıkıntı yaşarım (R)” ve “16. Genellikle işte bazı şeylerin üstesinden gelmeye çalışırken kendime güvenirim” ve iyimserlik boyutunda “20. Benim için işle ilgili ters gitme olasılığı olan bazı şeyler varsa, mutlaka olur (R)” ve “23. Bu işte, hiçbir şey benim istediğim şekilde gerçekleşmez (R)” ifadeleri uyumsuzluk gösterdiğinden ölçekten çıkarılmıştır. Bu dört ifade çıkarıldıktan sonra her boyut, güvenilirlik için gerekli koşulları sağlamıştır.

Ölçeğin güvenilirliği test edildikten sonra geçerliliği test edilmiştir. Bu amaçla keşfedici faktör analizinden yararlanılmıştır. Ayrıntısı Tablo 1’de görüldüğü gibi, ölçeğin KMO değeri 0,877, Bartlett's Test of Sphericity sonucu anlamlı ve açıklanan toplam varyansı %61,561 bulunmuştur. Faktör yüklerinin tamamı sosyal bilimlerde kullanılan değerler için gerekli koşulları sağlamaktadır. Bu analizlerden sonra çalışmada kullanılan ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 1: Psikolojik Sermaye Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,877
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	903,836	df	190
Açıklanan Toplam Varyans	61,561	Cronbach Alpha Toplam	0,902
<i>Faktörler/ İfadeler</i>	Faktör yükü	Açıklanan varyans	Cronbach alfa
<i>Dayanıklılık</i>		17,474	0,850
18. Halen çalıştığım işte aynı anda birçok şeyin üstesinden gelebileceğimi hissediyorum.	0,749		
14. Genellikle işte karşılaştığım zorlukların bir şekilde üstesinden gelirim.	0,678		
17. Daha önce karşılaştığım güçlüklerden elde ettiğim tecrübeler sebebiyle, işte ortaya çıkan zor zamanların üstesinden gelebilirim.	0,675		
15. Eğer zorunlu kalırsam, işte kendi kendime yetebilirim.	0,604		
<i>Özyeterlilik</i>		16,287	0,809
3. Çalıştığım hastanenin stratejileri hakkında yapılan tartışmalara katkı sağlama konusunda kendimi güvende hissediyorum.	0,728		
2. Yönetimle yapılan toplantılarda kendi iş alanımla ilgili sunumlar yaparken kendimi güvende hissediyorum.	0,704		
4. Kendi çalışma alanımdaki amaçları belirlemek için yardım ederken kendimi güvende hissediyorum.	0,694		
1. Uzun vadeli bir probleme çözüm bulmak için analiz yaparken kendimi güvende hissediyorum.	0,683		
5. Sorunları tartışmak üzere hastane dışındaki kişilerle (tedarikçiler ve müşteriler gibi) irtibat kurarken kendimi güvende hissediyorum.	0,510		
6. İş arkadaşlarıma bir konuda bilgi sunarken kendimi güvende hissedirim.	0,485		
<i>Umut</i>		14360	0,823
9. Her sorunun çok sayıda çözüm yolu vardır.	0,704		
11. Mevcut işimle ilgili amaçlara ulaşmak için pek çok yol düşünebilirim.	0,639		

10. Şu aralar kendimi işimde oldukça başarılı görüyorum.	0,596		
7. İşimde kendimi darboğaz içerisinde hissedersen, bu durumdan kurtulmanın pek çok yolunu düşünebilirim.	0,551		
12. Şu anda kendim için planladığım iş amaçlarımı gerçekleştiriyorum.	0,541		
8. Şu anda enerjik bir şekilde işimle ilgili amaçları takip etmekteyim.	0,486		
<i>İyimserlik</i>		13,440	0,747
22. İşimle ilgili olarak gelecekte başıma gelebilecekler hususunda iyimserimdir.	0,834		
21. İşimle ilgili konulara her zaman olumlu yandan bakarım.	0,724		
24. İşime, "her sıkıntının sonunda bir hayır vardır" düşüncesiyle yaklaşıyorum.	0,634		
19. İşte benim için bazı belirsizlikler olduğu zaman, genellikle en iyisinin olmasını ümit ederim.	0,623		

Çalışmada kullanılan yaşam doyumu ölçeği için de güvenilirlik ve geçerlilik analizi yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0,802 bulunmuştur. Keşfedici faktör analizi sonucuna göre ölçek, orijinalinde olduğu gibi tek boyut altında toplanmıştır. Bu haliyle yaşam doyumu ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik bakımından gerekli koşulları taşımaktadır.

Tablo 2: Yaşam Doyumu Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,786
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	154,157	df	10
Açıklanan Toplam Varyans	57,091	Cronbach Alpha Toplam	0,802
İfadeler			Faktör yükleri
3. Hayatımdan memnunum			0,855
1. Yaşamım pek çok yönden hayal ettiğime yakın			0,815
4. Hayatta istediğim önemli şeyleri elde ettim.			0,777
2. Hayat şartlarım mükemmel.			0,737
5. Hayatı tekrar yaşasam, neredeyse hiçbir şeyi değiştirmem.			0,559

3. Bulgular

Tablo 3'de görüldüğü gibi, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %68,5'i kadın, %70,7'si bekar, %44,6'sı 25 yaşın altında ve %70,6'sı önlisans ve lisans düzeyinde eğitim alan kişilerden oluşmaktadır. %64,1'i hasta hizmetlerinde çalışan katılımcıların %76,1'i hastanede 5 yıldan daha kısa süre çalışan bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 3. Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	63	68,5
	Erkek	29	31,5
Medeni durum	Bekar	65	70,7
	Evli	27	29,3
Yaş	<25	41	44,6
	25-34	40	43,5
	≥35	11	12,0
Eğitim durumu	Lise	27	29,3
	Önlisans	36	39,1
	Lisans	29	31,5
Görev	Hasta hizmetleri	59	64,1
	Hemşirelik hizmetleri	26	28,3
	Yardımcı personel	7	7,6
Çalışma süresi	<5 Yıl	70	76,1
	≥5 yıl	22	23,9

Tablo 4’de Psikolojik sermaye ve yaşam doyumu arasındaki ilişki görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi, Psikolojik sermayenin tüm boyutları ve yaşam doyumu arasında 0,01 düzeyinde olumlu ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4: Psikolojik Sermaye ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki

	Ort.	S.S.	1	2	3	4	5
Özyeterlilik (1)	4,53	0,693	1				
Umut (2)	4,48	0,899	,589**	1			
Dayanıklılık (3)	4,63	0,841	,662**	,664**	1		
İyimserlik (4)	4,48	0,899	,385**	,529**	,436**	1	
Psikolojik Sermaye (5)	4,44	0,956	,841**	,875**	,848**	,669**	1
Yaşam Doyumu (6)	4,29	1,175	,303**	,498**	,283**	,507**	,479**

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Çalışmada psikolojik sermaye ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi belirledikten sonra, yaşam doyumunun psikolojik sermayeyi nasıl etkilediğini ortaya koymak amacıyla psikolojik sermaye ölçeği ve ölçeğin her bir boyutunun ortalama değerini bağımlı değişken, yaşam doyumu ölçeğinin ortalama değerini bağımsız değişken olarak kullanmak suretiyle bir regresyon modeli geliştirildi. Ayrıntısı Tablo 5’de görüldüğü gibi, yaşam doyumu psikolojik sermayenin tüm boyutlarını olumlu yönde etkilemektedir. Oluşturulan modellerin tamamında Beta katsayısı pozitif bulunmuştur ve yaşam doyumu en fazla iyimserlik boyutunu açıklamaktadır (%25,7). Ayrıca yaşam doyumu psikolojik sermayenin yordanmasında %47,9’luk bir değere sahiptir.

Tablo 5: Yaşam Kalitesinin Psikolojik Sermayeye Etkisini, Gösteren Regresyon Modelleri

	Standartlaştırılmış değerler		Standartlaştırılmış değerler Beta	t	p	R	R ²	F	p.
	B	S.H.							
(Constant)	2,334	0,658		3,549	0,001				
Özyeterlilik	0,429	0,142	0,303	3,017	0,003	0,303	0,092	9,101	0,003
(Constant)	1,069	0,600		1,782	0,078				
Umut	0,695	0,127	0,498	5,450	0,000	0,498	0,248	29,707	0,000
(Constant)	2,572	0,625		4,117	0,000				
Dayanıklılık	0,361	0,129	0,283	2,797	0,006	0,283	0,080	7,821	0,006
(Constant)	1,596	0,494		3,229	0,002				
İyimserlik	0,597	0,107	0,507	5,573	0,000	0,507	0,257	31,059	0,000
(Constant)	0,693	0,702		0,986	0,327				
P. Sermaye	0,779	0,150	0,479	5,182	0,000	0,479	0,230	26,850	0,000

Çalışmada psikolojik sermaye ve yaşam doyumunun katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam doyumunu ile ilgili değerlendirmeleri istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Benzer şekilde katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, yaş, eğitim durumu ve görev yeri esas alınarak yapılan analizler sonucunda, cinsiyet bakımından umut boyutu ve psikolojik sermayenin genelinde; katılımcıların yaşları esas alınarak gerçekleştirilen analiz sonucunda özyeterlilik ve psikolojik sermayenin genelinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$); diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6’da görüldüğü gibi, kadın sağlık çalışanlarının umutları ve genel olarak psikolojik sermayeleri erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Yaşa göre bakıldığında ise özyeterlilik boyutunda farklılık, ≥ 35 yaş üzeri çalışanlarla <25 yaş ve 25-34 yaş grubu çalışanlardan kaynaklanmaktadır. 35 yaş üzeri çalışanların özyeterlilik durumları diğer iki yaş grubundan da yüksek bulunmuştur. Psikolojik sermaye değerinin genelinde ise farklılık 25-34 yaş grubu çalışanlar ile 35 yaş üzeri çalışanlardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 6: Katılımcıların Farklılık Gösteren Sosyo-demografik Özellikleri

Cinsiyet		n	Ort.	S.S.	t	p	
Umut	Kadın	63	4,74	0,711	1,568	0,015	
	Erkek	29	4,40	1,047			
Psikolojik Sermaye	Kadın	63	4,63	0,638	0,360	0,015	
	Erkek	29	4,57	0,886			
	Yaş	N	Ort.	S.S.	F	P	Post Hoc
Özyeterlilik	$<25^1$	41	4,58	0,862	6,969	0,002	1-3 $p=0,021$ 2-3 $p=0,001$
	25-34 ²	40	4,32	0,729			
	$\geq 35^3$	11	5,30	0,595			
Psikolojik Sermaye	$<25^1$	41	4,61	0,786	4,078	0,020	2-3 $p=0,015$
	25-34 ²	40	4,47	0,645			
	$\geq 35^3$	11	5,15	0,494			

4. Tartışma ve Sonuç

Sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyetleri ile psikolojik sermaye arasında bir ilişki olup olmadığını ve yaşam kalitesinin psikolojik sermaye üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla planlanan bu çalışma İstanbul’da faaliyette bulunan bir özel hastanede gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, psikolojik sermayenin alt boyutları arasında çok yüksek seviyede ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki psikolojik sermayenin alt boyutlarının kendi aralarında sinerji oluşturduğunu ve bir boyutta meydana gelen olumlu gelişmenin diğer boyutları da tetiklediğini göstermektedir. Bu sonuçlar Luthans ve arkadaşları (2006:388) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarla uyumludur. Türkiye’de gerçekleştirilen başka bir çalışmada (Akçay, 2012:136) benzer sonuçlara ulaşılması, psikolojik sermaye, başka bir ifade ile çalışanların sahip oldukları eğitim, deneyim ve bilişsel yeteneklerinin yanı sıra yaptıkları işin nitelik ve niceliğini etkileyen ve kişiliklerinin olumlu bir yönünü oluşturan pozitif psikolojilerinin geliştirilmesinde psikolojik sermaye boyutlarından birinin geliştirilmesinin dahi çok büyük öneme sahip olduğunu göstermektedir. Çünkü bu alanlardan herhangi birine yapılan yatırım, psikolojik sermayenin diğer alanlarını da tetiklemekte ve genel olarak psikolojik sermayenin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca, çalışanların yaşam doyumu ile psikolojik sermaye arasında da istatistiksel açıdan anlamlı ve olumlu bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre yaşam memnuniyeti yüksek bireylerde psikolojik sermaye, başka bir ifade ile umut, özyeterlilik, iyimserlik ve dayanıklılık da gelişmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, yaşam memnuniyeti psikolojik sermaye gelişimini etkilemektedir. Yaşam memnuniyeti psikolojik sermayenin açıklanmasında %23,0’lık bir değere sahip olup; en fazla iyimserliğin (%25,7) açıklanmasında etkili görünmektedir.

Çalışmanın bulgularına göre, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri yaşam memnuniyetlerinde bir farklılığa sebep olmamaktadır. Buna karşılık, kadın sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeyleri, erkek çalışanlardan daha yüksektir. Fakat Erkmen ve Esen (2012:68) tarafından yapılan çalışmada erkek çalışanların, psikolojik sermaye düzeylerinin, kadın çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak, araştırmacılar bu durumun, çalışmaya katılan erkek çalışan sayısının fazla olmasından kaynaklandığını ileri sürmektedirler ki; tam tersi durum sağlık sektörü için geçerlidir ve bu çalışmaya katılanların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Ayrıca psikolojik sermayenin umut boyutunda da kadın sağlık çalışanları erkeklere göre daha fazla katılım göstermiştir.

Çalışmadan elde edilen diğer bir sonuç, sağlık çalışanlarının yaşlarının psikolojik sermaye ve öz- yeterliliklerinde farklılaşmaya sebep olmasıdır. 35 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarında özyeterlilikleri 25 ve daha alt yaşlardaki sağlık çalışanları ile 25-34 yaş sağlık çalışanlarından daha yüksektir. Genel olarak psikolojik sermaye ölçeğinde de benzer farklılık söz konusudur. 35 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeyleri diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Bu farklılık 25-34 yaş grubu çalışanlarla 35 yaş ve üzeri çalışanlar arasında kaynaklanmaktadır. Erkmen ve Esen çalışmasında da benzer bir sonuç bulunmuş ve yaş ilerledikçe pozitif sermayenin geliştiği ileri sürülmüştür (Erkmen ve Esen, 2012: 68).

Sonuç olarak günümüz rekabet koşullarında sağlık kuruluşları için iktisadi sermaye kadar insan sermayesi ve bu anlamda psikolojik sermaye de büyük önem arz etmektedir. Çünkü sağlık kuruluşlarında hizmeti doğrudan sunan ve hasta memnuniyeti ve hizmet sunum kalitesinin gelişmesinde en önemli faktörlerden biri insan kaynağıdır. Kendi bilgi ve

tecrübesine güvenen ve işte karşılaşabileceği her zorluğu aşabileceğine inanan sağlık çalışanlarının bir rekabet silahı olarak kullanılması mümkündür. Bu anlamda sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyetlerini geliştirmede etkisi olacağı düşünülen iş koşullarının iyileştirilmesi psikolojik sermayenin gelişimini de tetikleyecek ve daha güvenli, iyimser ve umutlu çalışanlarla pek çok sorun çözülebilecektir.

Kaynaklar

- 1.AKÇAY Vildan Hilal (2012), “Pozitif Psikolojik Sermayenin İş Tatmini İle İlişkisi”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1):123-140.
- 2.ALTUNIŞIK, R; R. Coşkun, S. Bayraktaroğlu ve E. Yıldırım (2005), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya Kitabevi, Adapazarı.
- 3.AVEY, J. B., J. L. Nimmicht ve N. G. Pigeon (2010), “Two field studies examining the association between positive psychological capital and employee performance”, *Leadership & Organization Development Journal*, 31(5): 384-401.
- 4.AVEY, J. L., F. Luthans ve C. M. Youssef (2010), “The Additive Value of Positive Psychological Capital in Predicting Work Attitudes and Behaviors”, *Journal of Management*, 36(2), 430-452.
- 5.CHOW, Henry P. H. (2005), “Life Satisfaction among University Students in a Canadian Prairie City: A Multivariate Analysis”, *Social Indicators Research*, 70(2): 139-150.
- 6.ERKMEN, Turhan, Emel Esen (2012), “Bilişim Sektöründe Çalışanların Psikolojik Sermaye Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, XIV(II): 55-72
- 7.ERKUŞ, Ahmet, Mine Afacan Fındıklı (2013); “Psikolojik Sermayenin İş Tatmini, İş Performansı Ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisine Yönelik Bir Araştırma”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 42(2): 302-318.
- 8.GOLDSMITH, A. H., W. Darity ve J. R. Veum (1998), “Race, Cognitive Skills, Psychological Capital and Wages”, *Review of Black Political Economy*, 26(2): 9-21.
- 9.GOOTY, J., M. Gavin, P. D. Johnson, M.L. Frazier, D.B. Snow (2009), “In the Eyes of the Beholder: Transformational Leadership, Positive Psychological Capital, and Performance”, *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 15 (4): 353-367.
- 10.LUTHANS, F., J. B. Avey, B. J. Avolio ve S. J. Peterson (2010), “The Development and Resulting Performance Impact of Positive Psychological Capital”, *Human Resource Development Quarterly*, 21(1): 41-67.
- 11.LUTHANS, F., S. M. Norman, B. J. Avolio ve J. B. Avey (2008), “The Mediating Role of Psychological Capital in the Supportive Organizational Climate–Employee Performance Relationship”, *Journal of Organizational Behavior*, 29: 219-238.
- 12.LUTHANS, F., B. J. Avolio, J. B. Avey, S. M. Norman (2007), “Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction”, *Personnel Psychology*, 60(3): 541–572.

- 13.LUTHANS, F., J. B. Avey, B. J. Avolio, S. M. Norman ve G. M. Combs (2006), “Psychological Capital Development: Toward a Micro-intervention”, *Journal of Organizational Behaviour*, 27(3): 387–393.
- 14.LUTHANS, F., B. J. Avolio, F. O. Walumbwa ve W. Li (2005), “The Psychological Capital of Chinese Workers: Exploring the Relationship with Performance”, *Management and Organization Review*, 1(2): 249-271.
- 15.LUTHANS, Fred, Carolyn M. Youssef (2004), “Human, Social and Now Positive Psychological Capital Management: Investing in People for Competitive Advantage”, *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160.
- 16.LUTHANS, F., K. W. Luthans ve B. C. Luthans (2004), “Positive Psychological Capital: Beyond Human and Social Capital”, *Business Horizons*, 47(1): 45-50.
- 17.LUTHANS, Fred (2002), “The Need For And Meaning Of Positive Organizational Behavior”, *Journal of Organizational Behavior*, 23(6): 695-706.
- 18.NGUYEN, Tho D. ve Trang T. M. Nguyen (2011), “Psychological Capital, Quality of Work Life, and Quality of Life of Marketers: Evidence from Vietnam”, *Journal of Macro Marketing*, September 22: 1-9.
- 19.NORMAN, S. M., J. B. Avey, J. L. Nimnicht ve N. G. Pigeon (2010), “The Interactive Effects of Psychological Capital and Organizational Identity on Employee Organizational Citizenship and Deviance Behaviors”, *Journal of Leadership and Organizational Studies*, XX(X): 1-12.
- 20.PETERSON, U. J., F. Luthans, B. J. Avolio, F. O. Walumbwa ve Z. Zhang (2011), “Psychological Capital and Employee Performance: A Latent Growth Modeling Approach”, *Personnel Psychology*, 64 (2): 427-450.
- 21.SELIGMAN, Martin E. P. ve Mihaly Csikszentmihalyi (2000), “Positive Psychology: An Introduction”, *American Psychologist*, 55(1): 5-14
- 22.SHIN, D.C. ve D.M. Johnson (1978), “Avowed Happiness as an Overall Assesment of the Quality of Life”, *Social Indicators Research*, 5(1-4): 475-492.
- 23.SWAMI, Viren ve Tomas Chamorro-Premuzic (2009), “Psychometric Evaluation of the Malay Satisfaction With Life Scale”, *Social Indicators Research*, 92: 25-33.
- 24.TOOR, Shamas-ur-Rehman ve George Ofori (2010), “Positive Psychological Capital as a Source of Sustainable Competitive Advantage for Organizations”, *Journal of Construction Engineering and Management*, 136: 341-352.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ PSİKOLOJİK SERMAYE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN BİR ÇALIŞMA

Serap DURUKAN KÖSE*

Tuncay KÖSE**

Özgür UĞURLUOĞLU***

Yavuz YILDIRIM****

Mehmet Bircan GÜLEÇ*****

ÖZET

2000’li yıllarda ortaya atılan “pozitif psikoloji” kavramı, psikoloji biliminden farklı olarak bireyin mutluluğu ve kişisel gelişiminin önemini savunan bir yaklaşımı ifade etmektedir. Pozitif psikoloji kapsamında gelişen kavramlardan birisi olan “pozitif örgütsel davranış” ise çalışanların örgüt içerisinde olumlu davranışlar göstermesine odaklanmaktadır. Fred Luthans ve arkadaşları 2004 yılında pozitif psikoloji ve pozitif örgütsel davranış kavramlarından hareketle bireylerin pozitif güçlerine odaklanan “psikolojik sermaye” kavramını ortaya koymuşlardır. Bireyin pozitif psikolojik gelişme hali olarak da tanımlanan psikolojik sermaye örgütsel davranış alanında yeni bir yaklaşım ortaya koymakta ve öz yeterlilik, iyimserlik, umut ve dayanıklılık olmak üzere dört boyut altında incelenmektedir. Uluslararası alanda psikolojik sermaye üzerinde yürütülmüş olan çalışma sayısı oldukça fazla olmasına karşın Türkiye’de bu alanda yapılan çalışma sayısı son derece sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeylerini belirlemek ve çalışanlara ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin psikolojik sermaye düzeyi ve alt boyutları üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu amaçla Fred Luthans ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilen ve Türkçe uyarlama çalışmaları yapılmış olan Psikolojik Sermaye Ölçeği Akdeniz Üniversite Hastanesi’nde çalışan 501 sağlık personeline uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, hekim ve hemşire dışındaki diğer sağlık personeli ve idari personelin, lisansüstü bir eğitim almış olan sağlık çalışanlarının, daha yaşlı ve daha kıdemli çalışanlar ile kadrolu olarak çalışan personelin psikolojik sermaye düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Buna göre, bu çalışmada meslek, eğitim, yaş, toplam çalışma süresi ve kadro durumu değişkenlerinin sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeylerini etkilediği; medeni durum ve cinsiyet değişkenlerinin çalışanların psikolojik sermaye düzeyleri açısından bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Psikolojik sermaye, Hastane, Sağlık çalışanları

*Yrd. Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdurukankose@mu.edu.tr

** Yrd. Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tuncaykose@mu.edu.tr

***Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Bölümü, ougurlu@hacettepe.edu.tr

****Uzm, Akdeniz Üniversitesi, Alanya Eğitim Fakültesi, yavsut@gmail.com

*****Uzm, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, mbgulec@akdeniz.edu.tr

A STUDY ON THE DETERMINATION OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL LEVELS OF HEALTH EMPLOYEES

ABSTRACT

Concept of “positive psychology” which appeared in 2000s states an approach that defends the importance of individual’s happiness and personal development, different from the science of psychology. “Positive organizational behavior” which is one of the concepts developed within the scope of positive psychology focuses on the positive behavior of employees within the organization. Fred Luthans and his friends have developed the concept of “psychological capital” in 2004, which focuses on the positive strengths of individuals, stemming from the concepts of positive psychology and positive organizational behavior. Psychological capital is also defined as the positive psychological progress of individual and it exhibits a new approach in the field of organizational behavior. The concept is examined under four dimensions; self sufficiency, optimism, hope and strength. As the number of studies conducted on psychological capital at international level is high, Turkey has a very limited number of studies conducted on this subject.

The aim of this study is to determine the psychological capital levels of health employees and to reveal whether the individual and demographic features of the employees have an effect on the level and sub dimensions of psychological capital or not. To this end, the Psychological Capital Scale developed in 2007 by Fred Luthans and his friends which is adapted to Turkish was applied on 501 health personnel who work at Akdeniz University Hospital. The results of this study reveal that the psychological capital levels of health personnel except doctors and nurses, administrative staff, health employees with a graduate degree, older and experienced personnel and the personnel who have a permanent position is higher than others. According to this, the study states that dependents such as occupation, education, age, total work years and situation of the job effect the psychological capital levels of health employees; whereas dependents such as marital status and gender do not create a difference in terms of psychological capital levels of the employees.

Keywords: *Psychological capital, Hospital, Health employees*

1. Giriş

İnsan yaşamını iyileştirmek ve üstün yeteneklerini geliştirmek gibi psikolojinin temel konuları uzun yıllar boyunca göz ardı edilmiştir. Son yıllarda psikoloji alanı, olumsuz olan duygu ve davranışları bir kenara bırakıp; Seligman ve arkadaşları tarafından 2000’li yıllarda ortaya atılan pozitif psikoloji olarak da tanımlanan, pozitif özel deneyimler, pozitif birey özellikleri ve pozitif kurumlara odaklanmaktadır (Reichard ve diğerleri, 2014: 150; Seligman, 2002: 3). Pozitif psikoloji ortalama bir bireyin nasıl olduğunu, bu bireyde neyin doğru gittiğini ve neyin gelişmekte olduğunu bulmaya çalışma konusunda bir gözden geçirme olarak değerlendirilmektedir (Luthans ve diğerleri, 2007: 541; Keleş, 2011: 346). Pozitif psikoloji kapsamında gelişen kavramlardan birisi olan “pozitif örgütsel davranış” ise çalışanların örgüt

içerisinde mutlu ve huzurlu bir yaşam sürdürmeleri amacından yola çıkarken, özellikle çalışanların örgüt içerisinde olumlu davranışlarının gelişimini odaklanmaktadır (Erkuş ve Fındıklı, 2013: 303).

Örgütsel davranış ve örgütsel psikoloji üzerine çalışmalar yürüten Luthans ve arkadaşları da pozitif psikoloji alanında araştırmalar yaparak bu olumlu bakış açısının organizasyonlarda nasıl uygulanabileceğini araştırmışlardır (Şahin, Çubuk ve Uslu, 2014: 5) ve 2004 yılında bireylerin pozitif güçlerine odaklanan “psikolojik sermaye” kavramını ortaya koymuşlardır (Erkmen ve Esen, 2013: 23). Psikolojik sermaye; zorlu görevlerin üstesinden gelmek için inanca sahip olma; şimdi veya gelecekte başarılı olacağına dair pozitif beklenti; zorlu amaçların üstesinden gelme; başarıyı devamlı kılmak için problemlerin üstesinden gelmeye dair bireyin pozitif psikolojik durumudur (Abbas ve diğerleri, 2012). Luthans, mikro düzeyde bir pozitif yaklaşımla, örgütlerde çalışanların performanslarının artırılması için güçlü yönlerinin ve psikolojik kapasitelerinin durağan değil, geliştirilebilir olduğuna dikkat çekmiştir (Luthans, Luthans ve Avey, 2014: 191; Akçay, 2012: 124). Bireyin pozitif psikolojik gelişme hali olarak da tanımlanan psikolojik sermayenin (Larson ve diğerleri, 2013: 29); umut, öz yeterlilik, dayanıklılık ve iyimserlik (HERO- hope, efficacy, resiliency, optimism) olmak üzere dört bileşeni bulunmaktadır (Luthans ve diğerleri, 2006: 388; Avey ve diğerleri, 2011: 127; Bitmiş ve Ergeneli, 2013: 174). Örgütsel bağlamdaki tüm bu durumsal nitelikler bütünlük içinde örgütsel psikolojik sermaye olarak anılmakla birlikte, psikolojik sermayenin anılan niteliklerin toplamlarından daha farklı bir yapıyı içinde barındırdığı, sinerjik etkisinden dolayı bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği de öne sürülmektedir (Luthans ve diğerleri, 2006: 388; Çetin, Hazır ve Basım, 2013: 34). Psikolojik sermayenin dört bileşeni aşağıda kısaca açıklanmaktadır:

Umut: Snyder’ın araştırmalarına dayanılarak yapılan tanımlamaya göre umut, bireyin sahip olduğu amaca odaklı enerji (vekâlet-agency) ile amacı elde etmek için alternatif yollar planlamasındaki (pathways) başarısına bağlı olan pozitif motivasyonel bir durum olarak tanımlanmaktadır (Youssef ve Luthans, 2007: 778). Bu tanıma göre umut boyutunun irade gücü ve yol gücü olmak üzere iki yönü bulunmaktadır. İrade gücü amaca yönelten bir enerji iken, yol gücü amaçları gerçekleştirmek için planlanan alternatif yolları ifade etmektedir (Erkuş ve Fındıklı, 2013:305).

Öz-yeterlilik: Bireyin belli koşullarda, belirli bir görevi başarıyla yapmak için gereksinim duyduğu motivasyon, bilişsel kaynaklar ve davranış biçimini seferber etme noktasında kendisine duyduğu güven ve kendisi hakkındaki kanaati olarak açıklanmaktadır (Luthans ve Youssef, 2007: 328).Öz-yeterlilik sayesinde bireylerin kendilerine olan güvenlerinin arttığı, zor işleri seçme konusunda daha cesur hareket edebildikleri ve işlerini yaparken daha fazla çaba içerisinde oldukları belirtilmektedir (Erkuş ve Fındıklı, 2013:304-305).Umutla ilişkisine bakıldığı zaman, öz-yeterlilik; çeşitli çözüm yolları oluşturmak, amaca yönelik eylemde bulunmak, amaçları gerçekleştirmede başarılı olmaya ilişkin inanç olarak yorumlanabilir. Umut daha geniş bir alana yönelik beklentiyi ifade ederken, öz-yeterlilik ise, belli bir alana ve o alandaki çabalara yönelik inançla ilgili bir durumdur (Erkmen ve Esen, 2012: 57).

Dayanıklılık: Psikolojik dayanıklılık kişinin birçok olumsuz durumla (engel, belirsizlik) ve aşırı olumlu durumla baş etme ve başarılı olma yeteneğidir (Youssef ve Luthans, 2007: 778). Özyeterlilik, umut ve iyimserliğin tam tersine psikolojik dayanıklılık, kişilerin bir terslik, belirsizlik veya değişimle karşılaştıklarında geriye dönük (proaktif olmanın tam tersine) bir durumu nitelendirmektedir. Bu durum kişilerin olumsuzluklar karşısında tekrar kendisini toparlamada ve olumsuzluklarla baş etmede sahip olduğu pozitif psikolojik kapasitesine işaret etmektedir (Çetin, Hazır ve Basım, 2013: 36). *Dayanıklılık kapasitesi psikolojik sermaye alt boyutları arasına sonradan dâhil edilmiştir. Pozitif psikoloji içerisinde sıkça kullanılmakta olan bu kapasite, ancak 2002 yılından sonra psikolojik sermaye alt boyutu olarak kabul edilmiştir (Polatçı, 2014:118).*

İyimserlik: İyimserlik kavramı, bireylerin gelecekle ilgili iyi şeyler olacağı beklentisi olarak tanımlanabilir. Pozitif psikolojinin esas aldığı “gerçekçi” diye tanımladığı iyimserlik; çok dinamik, değişebilir, geliştirilebilir ve durumsal bağlamda ele alınması gereken öğrenilebilir bir süreçtir (Keser ve Kocabaş, 2014: 6).

Uluslararası alanda psikolojik sermaye üzerinde yürütülmüş olan çalışma sayısı oldukça fazla olmasına karşın Türkiye’de bu alanda yapılan çalışma sayısı son derece sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeylerini belirlemek ve çalışanlara ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin psikolojik sermaye düzeyi ve alt boyutları üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır.

2. Araştırma Metodolojisi

2.1. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde çalışan hekim (700), hemşire (652), diğer sağlık personeli (143) ve idari personel (176) olmak üzere toplam 1671 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, bütün evrene ulaşmaya çalışılmış ve araştırmada kullanılan veri toplama aracı araştırmaya katılmayı kabul eden tüm çalışanlara dağıtılmıştır. Veri toplama süreci Eylül 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup; toplam 525 kişiye ulaşılmasına rağmen, anket yanıtlarının bilgisayar ortamına aktarılması sırasında 24 anket verisinin değerlendirmeye alınamayacağı anlaşılmış ve toplam 501 (%30) kullanılabilir ankete ulaşılmıştır

2.2. Veri Toplama Aracı

Fred Luthans ve arkadaşları, 2007 yılında psikolojik sermayenin ölçümüne yönelik olarak umut, iyimserlik, psikolojik dayanıklılık ve öz-yeterlilik boyutlarından oluşan bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir. Psikolojik sermaye ölçeğinin orijinali 4 boyut, 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki 6 ifade umut, 6 ifade iyimserlik, 6 ifade öz-yeterlilik ve 6 ifade psikolojik dayanıklılık ile ilgilidir. İfadeler, hiç katılmıyorum (1)’dan, tamamen katılıyorum (6)’a uzanan 6’lı ölçek üzerinden değerlendirilmiştir. Anket formu Erkmen ve Esen’in (2013) gerçekleştirdiği çalışmadan alınmıştır. Yaptıkları faktör analizi neticesinde, orijinal ölçekten farklı olarak 3 faktör ortaya çıkmıştır ve bu faktörler; öz-yeterlilik, umut ve iyimserlik olarak isimlendirilmiştir. Psikolojik dayanıklılık boyutunun bazı soruları çıkarılmış, bazıları da diğer faktörlere dağılmıştır. Bu sebeple bu boyut ölçekten çıkarılmıştır. Anketin geçerlilik ve güvenilirliği Erkmen ve Esen tarafından yapılmıştır.

Ölçekte demografik değişkenlere de yer verilmiştir. Bu demografik değişkenler; meslek, yaş, cinsiyet, toplam çalışma süresi, eğitim, kadro durumu ve medeni durum dur.

2.3. Veri Analizi

Anketlerden elde edilen veri bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS 20.0 paket programı kullanılarak istatistiksel analizler uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi ve veriler normal dağılım gösterdiği için demografik değişkenlere göre incelenen değişkenler açısından farklılık olup olmadığını ortaya koymak amacıyla, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Birimler arası farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ise Scheffe testi kullanılmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1’de araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri sunulmaktadır.

Tablo 1: Araştırmanın Katılımcılarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Değişkenler	Sayı	%
Meslek		
Hekim	138	27,5
Hemşire	178	35,5
Diğer Sağlık Personeli	52	10,4
İdari Personel	133	26,5
Cinsiyet		
Kadın	324	64,7
Erkek	177	35,3
Eğitim Durumu		
Lise	58	11,6
Önlisans	150	29,9
Lisans	193	38,5
Lisansüstü	100	20,0
Medeni Durum		
Evli	307	61,3
Bekâr	194	38,7
Toplam Çalışma Süresi (yıl)		
≤9	299	59,7
≥10	202	40,3
Yaş (yıl)		
≤34	301	60,1
≥35	200	39,9
Kadro Durumu		
657 sayılı DMK Kanunu	324	64,7
Sözleşmeli	84	16,8
Firma Personeli	93	18,6
TOPLAM	501	100

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların çeşitli sosyo-ekonomik özelliklerinde göre dağılımı incelendiğinde, %64,7’sininin kadınlardan ve %35,3’ünün erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %27,5’ini hekimler, %35,5’ini hemşireler, %10,4’ünü

diğer sağlık personeli ve %26,5’ini ise idari personel oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %60,1’i 34 yaş ve altında iken, %59,7’i ortalama çalışma süresi olan 9 yıl ve altında bir çalışma tecrübesine sahiptirler. Eğitim açısından bakıldığında katılımcıların %11,6’sı lise mezunu iken; %29,9’u önlisans, %38,5’i lisans ve %20’si lisansüstü derecelere sahiptirler. Katılımcıların büyük bölümü (%61,3) evli iken, %16,8’i sözleşmeli, %18,6’sı firma personeli statüsünde ve %64,7’si kadrolu statüde çalışmaktadır.

Tablo 2: Araştırma Değişkenlerine Ait Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Korelasyon Değerleri

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	1	2	3	4
Psikolojik Sermaye	3,91	0,63	1	,920**	,923**	,650**
Öz-yeterlilik	4,00	0,67	,920**	1	,726**	,423**
Umut	3,87	0,71	,923**	,726**	1	,603**
İyimserlik	3,63	0,90	,650**	,423**	,603**	1

**p<0,01

Tablo 2’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeyi ve alt boyutlarına ilişkin ortalama, standart sapma ve de boyutlar arası korelasyon değerleri görülmektedir. Psikolojik sermaye ifadeleri ve boyutlarının skorları 5 değerine yaklaştıkça psikolojik sermaye düzeyi artmakta, 1 değerine yaklaştıkça ise azalmaktadır.

Analiz sonuçlarına göre, psikolojik sermaye bütün olarak değerlendirildiğinde, ortalama değerinin 3,91 ve standart sapma değerinin 0,63 olduğu saptanmıştır. Bu durum, anketi cevaplayanların ağırlıklı olarak “Çok katılıyorum” yönünde cevaplar verdiğini ve psikolojik sermaye düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşın, katılımcılar psikolojik sermaye alt boyutları arasında en yüksek ortalama puanı, öz-yeterlilik (4,00±0,67) alt boyutuna vermişlerdir. Bu alt boyutu sırasıyla umut (3,87±0,71) ve iyimserlik (3,63±0,90) alt boyutları takip etmektedir. Psikolojik sermaye ve boyutları arasındaki korelasyon değerlerine bakıldığında, anlamlı ve pozitif yönde ilişkiler bulunmuştur. Psikolojik sermaye ile en yüksek ilişkinin olduğu boyutlar, umut (r=0,923) ve öz-yeterlilik (r=0,920) alt boyutlarıdır. En düşük ilişkinin ise, iyimserlik boyutu arasında olduğu ortaya çıkmıştır (r=0,650). Alt boyutlar arası yapılan korelasyon analizinde ise genellikle pozitif yönde orta düzeyde ilişkiler gözlenmiştir.

Sağlık çalışanların meslek ve cinsiyetlerine göre psikolojik sermaye düzeyleri ve alt boyutlarına ilişkin skorlarının farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Anova ve t-test uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Meslek ve Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sermaye ve Alt Boyutlarına İlişkin Değerlendirmeleri

Psikolojik Sermaye ve Alt Boyutları	Meslek								Cinsiyet			
	Hekim		Hemşire		Diğer Sağlık Personeli		İdari Personel		Kadın		Erkek	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Psikolojik Sermaye	3,87	0,59	3,82	0,62	4,00	0,65	4,02	0,64	3,88	0,63	3,95	0,61
	F=3,369; p=0,018								t=-1,113; p=0,266			
Öz-yeterlilik	3,92	0,61	3,90	0,66	4,09	0,74	4,16	0,68	3,98	0,68	4,01	0,65
	F=4,848; p=0,002								t=-0,472; p=0,637			
Umut	3,84	0,67	3,77	0,69	4,04	0,71	3,96	0,76	3,84	0,71	3,91	0,71
	F=3,027; p=0,029								t=-1,058; p=0,291			
İyimserlik	3,70	0,84	3,62	0,88	3,53	0,87	3,62	0,97	3,56	0,92	3,77	0,83
	F=0,501; p=0,682								t=-2,502; p=0,013			

Katılımcıların, mesleklerine göre psikolojik sermaye düzeylerinin değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yürütülen Anova testi sonucu psikolojik sermaye düzeylerinin farklılaştığı tespit edilmiştir ($p=0,018<0,05$). Tablo 3’deki sağlık çalışanlarının ortalama değerlerine bakıldığı zaman, idari personelin ve diğer sağlık personelinin psikolojik sermaye düzeylerinin hekim (3,87) ve hemşirelere (3,82) göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Alt boyutlar bazında farklılık olup olmadığına bakıldığında, öz-yeterlilik ve umut boyutları açısından bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,000<0,05$). Aynı şekilde idari personelin ve diğer sağlık personelinin, hekim ve hemşirelere göre öz-yeterlilikleri ve besledikleri umut daha yüksek çıkmıştır.

Katılımcıların cinsiyetine göre psikolojik sermaye düzeylerini ölçmek yapılan t-test sonucuna göre istatistiksel açıdan bir farklılık gözlenmemiştir. ($p=0,266>0,05$). Alt boyutlar bazında farklılık olup olmadığına bakıldığında sadece iyimserlik alt boyutu açısından bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,013<0,05$). Buna göre, erkeklerin (3,77) kadınlara (3,56) kıyaslandığında iyimserlik boyutuna daha yüksek puan verdikleri tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak farklılık çıkmamasına karşın kadın ve erkeklerin ortalama değerlerine bakıldığı zaman, erkeklerin psikolojik sermaye düzeylerinin ve diğer alt boyutlarına ilişkin puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Eğitim Düzeyi ve Toplam Çalışma Sürelerine Göre Psikolojik Sermaye ve Alt Boyutlarına İlişkin Değerlendirmeleri

Psikolojik Sermaye ve Alt Boyutları	Eğitim Düzeyi								Toplam Çalışma Süresi			
	Lise		Önlisans		Lisans		Lisansüstü		≤9 yıl		≥10 yıl	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Psikolojik Sermaye	3,62	0,71	4,01	0,54	3,84	0,61	4,04	0,68	3,85	0,60	3,99	0,65
	F=7,927; p=0,000								t=-2,556; p=0,011			
Öz-yeterlilik	3,69	0,75	4,11	0,59	3,96	0,65	4,08	0,72	3,92	0,65	4,10	0,68
	F=6,490; p=0,000								t=-2,983; p=0,003			
Umut	3,59	0,86	3,96	0,63	3,79	0,68	4,03	0,72	3,82	0,68	3,94	0,75
	F=6,432; p=0,000								t=-1,938; p=0,053			
İyimserlik	3,45	0,93	3,72	0,85	3,46	0,89	3,94	0,84	3,61	0,83	3,67	0,98
	F=7,827; p=0,000								t=-0,711; p=0,478			

Eğitim durumunun psikolojik sermaye düzeyini etkileyip etkilemediğini değerlendirmek amacıyla yürütülen Anova testi sonuçlarına bakıldığında psikolojik sermaye düzeyinin eğitimden etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,000<0,05$). Tablo 4’deki eğitim durumuna göre çalışanların ortalama değerlerine bakıldığı zaman lisansüstü (4,04) ve önlisans (4,01) mezunlarının psikolojik sermayeleri lisans (3,84) ve lise (3,62) mezunlarına göre daha yüksek çıkmıştır. Analizlere göre bütün alt boyutlar bazında da benzer sonuçlar çıkmıştır.

Yapılan t-testi sonucunda toplam çalışma süresinin psikolojik sermaye düzeyini artırdığı bulunmuştur ($p=0,011<0,05$). Toplam çalışma süresine göre çalışanların ortalama değerlerine bakıldığı zaman, 10 yıl ve üzerinde bir toplam çalışma süresi olan çalışanların (3,99), psikolojik sermaye düzeylerinin daha az toplam çalışma süresi (3,85) olanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Alt boyutlar bazında farklılık olup olmadığına bakıldığında, sadece öz-yeterlilik boyutu açısından bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,003<0,05$). 10 yıl ve üzerinde bir toplam çalışma süresinde olanların, öz-yeterlilikleri daha yüksek çıkmıştır.

Kadro durumunun katılımcıların psikolojik sermaye düzeyini etkileyip etkilemediğini ölçmek amacıyla Anova testi yapılmış ve sonuç olarak kadro durumunun psikolojik sermaye düzeyini etkilediği gözlenmiştir ($p=0,036<0,05$). Tablo 5’te görüldüğü üzere kadrolu çalışanların (3,94) ve daha sonra firma personelinin (3,91) psikolojik sermaye düzeyleri, sözleşmeli personele göre daha yüksek çıkmıştır (3,75). Alt boyutlar bazında farklılık olup olmadığına bakıldığında, sadece öz-yeterlilik boyutu açısından bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,012<0,05$). Sırasıyla kadrolu ve firma personelinin, öz-yeterlilikleri daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kadro Durumu ve Yaşlarına Göre Psikolojik Sermaye ve Alt Boyutlarına İlişkin Değerlendirmeleri

Psikolojik Sermaye ve Alt Boyutları	Kadro Durumu						Yaş			
	657 sayılı DMK		Sözleşmeli		Firma Personeli		≤34		≥35	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Psikolojik Sermaye	3,94	0,58	3,75	0,63	3,91	0,75	3,85	0,64	3,99	0,60
	F=3,344; p=0,036						t=-2,507; p=0,012			
Öz-yeterlilik	4,04	0,61	3,80	0,68	4,02	0,82	3,94	0,70	4,07	0,62
	F=4,462; p=0,012						t=-2,136; p=0,033			
Umut	3,89	0,66	3,73	0,71	3,90	0,87	3,80	0,71	3,97	0,71
	F=1,777; p=0,170						t=-2,632; p=0,009			
İyimserlik	3,69	0,88	3,55	0,85	3,49	0,97	3,59	0,86	3,70	0,94
	F=2,216; p=0,110						t=-1,301; p=0,194			

Yaşa göre psikolojik sermaye düzeyinin değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucuna göre, gruplar arasında istatistiksel farklılıklar olduğu bulunmuştur ($p=0,012<0,05$). Yaş dağılımlarına göre çalışanların ortalama değerlerine bakıldığında, 35 yaş ve üstü çalışanların (3,99), psikolojik sermaye düzeylerinin daha genç olanlara göre (3,85) daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Alt boyutlar bazında farklılık olup olmadığına bakıldığında, iyimserlik boyutu açısından farklılık olmadığı; öz-yeterlilik ($p=0,033<0,05$) ve umut ($p=0,009<0,05$) alt boyutları açısından farklılık olduğu görülmüştür. Alt boyutlarda da 35 ve üstü yaşında olan çalışanların, psikolojik sermaye düzeylerinin daha genç olanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

4. Sonuç ve Tartışma

2000’li yıllarla birlikte pozitif psikoloji alanında yaşanan gelişmeler pozitif örgütsel davranış ve buna bağlı olarak psikolojik sermaye kavramını örgütlerin gündemine taşımıştır. Psikolojik sermaye, bireylerin pozitif güçlerine odaklanan bir kavram olmakla birlikte, insanın kişisel gelişimine önem vermekte ve bireysel gelişimi örgütler açısından bir sermaye olarak değerlendirmektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeylerini belirlemek ve çalışanlara ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin psikolojik sermaye düzeyi ve alt boyutları üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaya çalışılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeylerinin genel olarak yüksek olduğunu göstermektedir (ort.=3,91). Çalışmamızla benzer bir şekilde sağlık sektöründe faaliyet gösteren özel bir hastanede hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin oluştuğu toplam 319 kişi üzerinde yapılan başka bir araştırmada da

çalışanların psikolojik sermaye düzeyleri yüksek çıkmıştır (ort.=4,45) (Süral Özer, Topaloğlu ve Özmen; 2013: 442). Bu çalışmanın sonucunda, hekim ve hemşire dışındaki diğer sağlık personeli ve idari personelin, lisansüstü bir eğitim almış olan sağlık çalışanlarının, daha yaşlı ve daha kıdemli çalışanlar ile kadrolu olarak çalışan personelin psikolojik sermaye düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, bu çalışmada meslek, eğitim, yaş, toplam çalışma süresi ve kadro durumu değişkenlerinin sağlık çalışanlarının psikolojik sermaye düzeylerini etkilediği; medeni durum ve cinsiyet değişkenlerinin çalışanların psikolojik sermaye düzeyleri açısından bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

Akçay'ın (2012: 136-137) makine sektöründe faaliyet gösteren bir kamu kuruluşunda toplam 450 çalışan üzerinde bir yaptığı araştırmada kadro durumunun, deneyimin ve yaşın katılımcıların psikolojik sermaye düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamızla benzer bir şekilde işçi statüsünde çalışanların, memur kadrosunda olanlara göre psikolojik sermayelerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaş faktörünün ve iş hayatındaki deneyimin psikolojik sermayeyi etkilediği sonucuna ulaşılmış; deneyimi ve yaşı ortalamasının üstünde olan çalışanların psikolojik sermaye düzeyleri, daha deneyimli ve yaşlı çalışanlara nazaran daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. DiPietro ve diğerlerinin (2007: 64) Amerika'da frencayzing firmalarından toplam 144 CEO, başkan ya da frencayzör üzerinde yaptıkları araştırmada demografik özelliklerden cinsiyet, yaş ve işletmedeki pozisyonun psikolojik sermayenin alt boyutlarından umut faktörünü etkilediği bulunmuştur. Bulgulara göre erkek, 66 ve daha üstü yaşa sahip ve pozisyonu gereği kontrol gücüne sahip olanların umudu daha yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızda ise umut alt boyutunu sadece yaş etkilemekte; yaşı 35 ve üstü olanların, daha genç olanlara göre umudunun daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Rodoplu Şahin, Çubuk ve Uslu (2014: 14) da 179 kişi üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında yönetim kademesindeki erkek çalışanların öz-yeterliliğinin, umudunun ve iyimserliğinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Erkmen ve Esen (2012) Türkiye Bilişim Derneği'ne üye bilişim sektörü çalışan toplam 155 kişi üzerinde yürüttükleri çalışmada, çalışanların yaşı ve toplam çalışma süresi artıkça psikolojik sermaye düzeylerinin de arttığını ortaya koymuşlardır. Cinsiyete göre erkeklerin psikolojik sermayesi yüksek iken, eğitim durumuna göre herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Boyutlar içerisinde ise, öz-yeterlilik boyutunda istatistiksel açıdan farklılık bulunmuştur. Çalışma hayatında uzun süredir bulunanlar (6 yıl ve üstü), yeni başlayanlara göre tecrübeleri doğrultusunda bazı gerçekleri kabul ederek pozitif duygularını daha yoğun kullanmaktadır. Bizim çalışmamızda ise yaş artıkça öz-yeterliliğin yanı sıra umudun da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Luthans ve diğerlerinin (2008: 823)'nin Çin'de bakır arıtma fabrikasında çalışan 456 kişi üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucuna göre ise, eğitimin, psikolojik sermayeyi etkilediği; yaş, cinsiyet ve çalışma süresinin psikolojik sermaye üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Avey'in (2014: 144-145) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada iki farklı araştırma dizayn edilmiştir. İlk araştırmasını Amerika'da toplam 1264 kişiden oluşan elektrik, makine ve uçak mühendisleri üzerinde gerçekleştirmiş ve yaşın psikolojik sermayeyi etkilediği; cinsiyet ve çalışma süresinin psikolojik sermaye üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. İkinci

araştırmasını ise Çin’de büyük bir telekomünikasyon firmasında çalışan 524 teknik personel üzerinde gerçekleştirmiş ve üç demografik değişkenin psikolojik sermaye üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Psikolojik sermayeye ilişkin yapılan literatür taramasında, ülkemizde konunun yeni incelenmeye başladığı ve yeterince araştırma yapılmadığı görülmüştür. Özellikle sağlık sektöründe bu konuda yürütülen çalışmaların sınırlılığı düşünüldüğünde, yapılan bu çalışmanın sağlık sektörüne önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca ilgili literatür taramasında, bu kavramın diğer bireysel ve örgütsel çıktılar olan çalışan devamsızlığı, örgütsel bağlılık ve iş tatmini, iş yaşamı mutluluğu, performans, otantik liderlik, değişimci ve dönüşümcü liderlik kavramlarıyla da ilişkili olduğu ve *pozitif özelliklerini iş ortamına daha etkin şekilde yansıtabilen çalışanların, örgütsel sonuçları diğerlerine göre daha olumlu şekilde etkileyeceği görülmüştür. Bu sebeple çalışanların deneyim kazandıkça öz-yeterliliklerini, umut ve esnekliklerini geliştirebilen, iyimser bir bakışla hatalarından gerekli dersleri çıkarabilen, değişen koşullara ayak uydurabilen bireyler olabilmelerini sağlayabilmek için sağlık kurumları yöneticilerinin çalışanların psikolojik sermayelerinin geliştirme yönünde çaba sarf etmeleri gerektiği düşünülmektedir. Bu anlamda bu çalışmanın sonuçlarının çalışanlarının psikolojik sermaye düzeylerini yükseltmeyi hedefleyen yöneticilere ne tür değişkenlere ve bireysel özelliklere dikkat etmeleri gerektiği konusunda bilgi verebileceği söylenebilir.*

Bu çalışma sağlık sektöründeki tek bir kurumun çalışanları üzerinde yapıldığından araştırmanın yaygınlaştırılmasının, bulguların desteklenmesi ve sonuçların genellenebilirliği açısından önemli görülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, psikolojik sermayenin diğer bireysel ve örgütsel çıktılarla ele alınarak değerlendirilmesi alana daha fazla katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Abbas, M. Raja, U., Darr, W., & Bouckenooghe, D. (2012). Combined Effects of Perceived Politics and Psychological Capital on Job Satisfaction, Turnover Intentions, and Performance, *Journal of Management*, DOI:10.1177/0149206312455243.
2. Akçay, Vildan Hilal (2012). Pozitif Psikolojik Sermayenin İş Tatmini İle İlişkisi *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, ss.123-140.
3. Avey James B., Reichard Rebecca J., Luthans Fred & Mhatre Ketan H. (2011). *Meta-Analysis of the Impact of Positive Psychological Capital on Employee Attitudes, Behaviors, and Performance*, *Human Resource Development Quarterly*, vol. 22, no. 2, Summer, pp. 127-152 DOI: 10.1002/hrdq.20070.
4. Avey, James B. (2014). The Left Side of Psychological Capital: New Evidence on the Antecedents of PsyCap, *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 21: 141-149.
5. Bitmiş Gökhan & Ergeneli Azize (2013). The Role of Psychological Capital and Trust in Individual Performance and Job Satisfaction Relationship: A Test of Multiple Mediation Model, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 99, pp. 173-179, doi: 10.1016/j.sbspro.2013.10.483.
6. Çetin Fatih, Hazır Köksal & Basım Nejat H. (2013). Destekleyici Örgüt Kültürü ile Örgütsel Psikolojik Sermaye Etkileşimi: Kontrol Odağının Aracılık Rolü, *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 31, Sayı 1, s. 31-52.
7. DiPietro Robin B., Welsh Dianne H.B., Raven Peter V. & Severt Denver (2007). A Measure of Hope in Franchise Systems: Assessing Franchisees, Top Executives, and Franchisors, *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 13:59-66.DOI: 10.1177/10717919070130030501
8. Erkmen Turhan & Esen Emel (2012). Bilişim Sektöründe Çalışanların Psikolojik Sermaye Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, C.XIV, S. II, ss.55-72.
9. Erkmen Turhan & Esen Emel (2013). Psikolojik Sermaye Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Öneri Dergisi*, C.10., S.39, ss. 23-30.
10. Erkuş Ahmet & Fındıklı Mine Afacan (2013). Psikolojik sermayenin iş tatmini, iş performansı ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisine yönelik bir araştırma, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 42(2), ss.302-318.
11. Keleş, Hatice Nejla (2011). Pozitif Psikolojik Sermaye: Tanımı, Bileşenleri ve Örgüt Yönetimine Etkileri, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, pp.344-350.
12. Keser, Sıtar & Kocabaş, İbrahim (2014). İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Otantik Liderlik ve Psikolojik Sermaye Özelliklerinin Karşılaştırılması, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi [Educational Administration: Theory and Practice]*, 20(1), 1-22. doi: 10.14527/kuey.2014.001.
13. Larson Milan D., Norman Steven M., Hughes Larry W. & Avey James B. (2013). Psychological Capital: A New Lens for Understanding Employee Fit and Attitudes, *International Journal of Leadership Studies*, Vol. 8, Iss. 1, pp. 28-43.
14. Luthans Brett C., Luthans Kyle W., & Avey James B. (2014). Building the Leaders of Tomorrow: The Development of Academic Psychological Capital, *Journal of Leadership & Organizational Studies*, Vol. 21(2) 191– 199 DOI: 10.1177/1548051813517003.

15. Luthans Fred, Avey James B., Avolio Bruce J., Norman Steven M. & Combs Gwendolyn M. (2006). Psychological Capital Development: Toward a Micro-Intervention, *Journal of Organizational Behaviour*, 27, pp. 387–393, DOI: 10.1002/job.373.
16. Luthans Fred, Avolio Bruce J., Avey James B. & Norman Steven M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction, *PERSONNEL PSYCHOLOGY*, 60, pp. 541–572.
17. Luthans Fred & Youssef Carolyn M. (2007). Emerging Positive Organizational Behavior, *Journal of Management*, 33: 321-349, DOI: 10.1177/0149206307300814.
18. Luthans Fred, Avey James B., Clapp-Smitha Rachel & Lia Weixing (2008). More evidence on the value of Chinese workers' psychological capital: A potentially unlimited competitive resource?, *The International Journal of Human Resource Management*, Vol. 19, No. 5, May, 818–827.
19. Polatçı, Sema (2014). Psikolojik Sermayenin Görev ve Bağlamsal Performans Üzerindeki Etkileri: Polis Teşkilatında Bir Araştırma, *Ege Akademik Bakış*, Cilt 14, Sayı 1, ss. 115-124.
20. Reichard, Rebecca J., Dollwet Maren & Louw-Potgieter, Joha (2014). Development of Cross-Cultural Psychological Capital and Its Relationship With Cultural Intelligence and Ethnocentrism, *Journal of Leadership & Organizational Studies*, Vol. 21(2) 150 –164.
21. Rodoplu Şahin, Didem, Çubuk, Duygu & Uslu, Tuna (2014). The Effect of Organizational Support, Transformational Leadership, Personnel Empowerment, Work Engagement, Performance and Demographical Variables on the Factors of Psychological Capital, *Emerging Markets Journal*, Vol. 3 No 3, DOI 10.5195/emaj.2014.49.
22. Seligman Martin E. P. (2002). *Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy*, Handbook of positive psychology, http://www.positiveculture.org/uploads/7/4/0/7/7407777/seligman_intro.pdf, Erişim Tarihi: 12.07.2014.
23. Süral Özer Pınar, Topaloğlu Tayfun & Timurcanday Özmen Ömür N. (2013). Destekleyici Örgüt İkliminin, Psikolojik Sermaye ile İş Doyumu İlişkisinde Düzenleyici Etkisi, *Ege Akademik Bakış*, Cilt: 13, Sayı: 4, Ekim, ss. 437-447.
24. Youssef Carolyn M. & Luthans Fred (2007). Positive Organizational Behavior in the Workplace: The Impact of Hope, Optimism, and Resilience, *Journal of Management*, 33: 774-800, DOI: 10.1177/0149206307305562.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DUYGU DURUMLARI ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

*Şebnem ASLAN**

*Demet AKARÇAY***

ÖZET

Araştırmada sağlık çalışanlarında “Duygu Durumları Ölçeği”nin (The Affective Style Questionnaire) Türkçe’ye geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmış ve Hofmann ve Kashdan’ın (2010) çalışmasından alınan ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin orijinali 20 sorudan üç alt boyuttan oluşmaktadır. Gizleme (Concealing) 8 sorudan, Ayarlama (Adjusting) 7 sorudan ve Katlanma (Tolerating) 5 sorudan oluşmaktadır. Araştırma sonucunda iki boyuttan Gizleme (6 soru) ve Ayarlama (4 soru) olmak üzere 9 sorudan oluşan faktör yükleri düşük düzeyde geçerliliğe ve güvenilirliğe sahip yeni bir ölçeğe ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Duygu Durumları Ölçeği, Sağlık Çalışanı.*

*Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, sebnemas@hotmail.com

**Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, demetakarcay@gmail.com

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE AFFECTIVE STYLE QUESTIONNAIRE AMONG HEALTHCARE EMPLOYEES

ABSTRACT

The validity and reliability of The Affective Style Questionnaire among healthcare employees in the scope of the study and the scale was used, taken by the study of Hofmann and Kashdan (2010). The original of the scale is consisted of 20 questions and three sub-dimensions. The dimension of Concealing includes 8 questions, Adjusting 7 questions and Tolerating 5 questions. As a result of the study, a new version of the scale was reached with two dimensions with total 9 questions as Concealing (6 questions) and Adjusting (4 Questions).

Keywords: *The Affective Style Questionnaire, Healthcare Employees*

1. Giriş

Duygular ve biliş arasındaki etkileşim, duyguların daha nesnel bir şekilde ölçülmesine olanak sağlayan ölçme araçlarıyla araştırmacılar ve okuyucular tarafından giderek artan bir ilgi görmeye başlamıştır (Er, 2006, s. 22). Goleman'a (1996) göre duygu, bir his, psikolojik ve biyolojik haller ve hareket eğilimi olarak tanımlanmıştır (Tuğrul, 1999, s. 13). Duyguların bilişsel bir yapıyı mı yoksa bundan ayrı bir yapıyı mı temsil ettikleri tam olarak açıklanamamış bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Duyan, Uçar, & Kalafat, 2011, s. 118). Ruhsal sağlığın ya da hastalığın ortaya çıkışında önemli bir yere sahip olan duygusal düzenleme stratejilerindeki bozukluk ya da eksiklik pozitif duyguların eksikliğine veya negatif duyguların yoğunluğuna bağlı olarak ortaya çıkan majör depresyon, şizofreni, duygu durum bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi işlevsizliklere neden olabilmektedir (Gross ve Levenson, 1997, s. 95).

Davidson (1992, 1998) tarafından kullanılan duygu durum kavramı, global anlamda kullanılan ve duygusal tepkileri ölçmek için pek çok farklı yanıt yöntemini içinde barındıran özel bir sistemi işaret etmektedir (Davidson, 2001, s. 21). Duygu durumu bireylerin duygusal tepkilerinin ya da ruh hallerinin değere özgü özellikleri ya da duyguya özgü özelliklerin ayrımının yapılması şeklinde tanımlanabilmektedir. Daha açık bir ifadeyle, duygu durum, bireyin duygusal zorluklar ya da bilişsel süreçler karşısında verdiği yanıtı içeren tek veya kombinasyon olabilen geniş bir dizi süreci ifade edebilmektedir (Davidson, 2004, s. 1395). Duygu durum, uzun süreli olumlu ya da olumsuz duygulanımı, yani anlık duygulardan ziyade iyilik halini ifade etmektedir (Dost, 2005, s. 104). Duygu durumları, duygusal tepkiler ve duyguların düzenlenmesine yönelik stratejilerin özelliklerine bağlı olarak görülen bireysel farklılıkları ifade etmektedir (Rosenkranz, et al., 2003, s. 11148). Duygu durumunun özel parametreleri nesnel olarak şunlarla ölçülebilmektedir; yanıt eşiği, yanıtın önemi, yanıtın tepeye ulaşma süresi, yanıtın toparlanma fonksiyonu, yanıtın etki süresi (Davidson, 2003, s.

322). Duygu durumlarındaki bireysel farklılıklar zorluklar karşısında verilen tepkilerde, beklentilerde ve birinin duygusal sorunları tolere etme yeteneğindeki farklılıklar şeklinde örneklendirilebilmektedir (Zvolensky, Feldner, Eifert, & Brown, 2001, s. 902).

Duygusal düzenleme hangi insanların hangi duygulardan etkilendikleri, ne zaman bu duygulara sahip oldukları ve bu duyguları nasıl tecrübe ettikleri ve bu duyguları nasıl ifade ettikleri anlamına gelmektedir (Hoffman ve Kashdan, 2010, s. 256). Bireylerin günlük hayatta olumsuz durumlara karşı verdikleri tepkiler bireysel farklılıkların değerlendirilmesi için yol göstermekte ve bu doğal duygusal düzenleme, günlük hayatın duygusal zorluklarına karşı verilen normal ve patolojik tepkilerde önemli bir rol oynayabilmektedir (Drabant, McRae, Manuck, Hariri, Gross, 2009, s. 367).

Freud tarafından da belirtildiği üzere duyguları ifade etmenin, duyguların doğru anlaşılmasının ve değerlendirilmesinin psikolojik iyi oluş ve genel ruh sağlığı üzerinde önemli ve olumlu bir etkisinin olduğu düşünülmekte ve araştırılmaktadır (Kuzucu, 2011, s. 789). Duygular, hayatta kişisel kararların verilmesinde önemli bir yere sahiptirler (Tuğrul, 1999). Duygusal tepkiler kişiden kişiye değişebilmekte ve iyilik haline önemli etkilerde bulunabilmektedir (Davidson, 2004, s. 1395). Duygusal davranışların insanlara göre farklı olmasının nedenine yönelik soru düşünüldüğünde, keşfedilen bireysel farklılıkları içeren yanıt sistemlerinin özelliklerinin detaylandırılmasının gerekliliği anlaşılmaktadır (Davidson, 2010, s. 309).

Çalışanlar arasında duygu durumlarına yönelik farkındalığın oluşması ve duyguların yönetiminin sağlanması, çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ve bu şekilde örgüte olan bağlılıklarının artması ile sonuçlanacaktır (Töremen & Çankaya, 2008, s. 41). Ayrıca, hem çalışanların hem de yöneticilerin kendi olumlu ve olumsuz duygularını tanımaları etkin çalışmayı ve sorunlara etkili çözümler bulmayı kolaylaştıracaktır (Töremen & Çankaya, 2008, s. 46). Duygusal denetimin iş yaşamını kolaylaştırdığı, duygularını iyi yönetemeyen bir yöneticinin çalışanların iyi performans gösterememesi karşısında bağırması örneğindeki olumsuz sonucu düşünülerek tahmin edilebilir (Doğan & Demiral, 2007, s. 215). Sağlık çalışanları arasında duyguların denetlenmesi ve doğru algılanması motivasyonun ve verimliliğin (Akbolat & Işık, 2012, s. 120), örgütsel vatandaşlık davranışının, iş tatmininin ve örgütsel bağlılığın (Arslan, Efe, & Aydın, 2013, s. 178) geliştirilmesinde olumlu bir katkı sağlamaktadır.

Duygu durumlarının belirlenmesinin ruhsal olduğu kadar fiziksel göstergeleri de olmaktadır. Örneğin, modern tıbbın gereklerine uygun olarak pozitif ve negatif duygusal tepkiler beyin dalgalarının izlenmesi aracılığıyla tahmin edilebilmektedir (Hagemann, Naumann, Becker, Maier, & Bartussek, 1998, s. 372). Literatürde duyguların ifadelerini ve farkındalık düzeyini ölçmeyi amaçlayan belli ölçekler, Swinkels ve Gulliano (1995) Duygu Durum Ölçeği, Lane ve Ark. (1990) Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği, ayrıca duyguların alt faktörlerinden biri olarak duygusal zekâyı ölçmek için kullanılan Mayer ve Ark. na (2000) ait Duygusal Zeka Ölçeği şeklinde sıralanabilmektedir (Kuzucu, 2008, s. 52). Ayrıca, Watson,

Clark ve Tellegen (1988) tarafından geliştirilen Olumlu- Olumsuz Duygu Ölçeği (PANAS) (Cenkseven & Akbaş, 2007, s. 47; Özer & Tezer, 2008, s. 83), Affective Communication Test (ACT) (Friedman, Prince, Riggio, & DiMatteo, 1980), Emotional Expression Scale-EES (Kring, Smith, & Neale, 1994) de bireylerin psikolojik iyilik halini belirleyen ve duygusal tepkilerinin düzeyini ölçmeye aracılık eden başka ölçeklerdir.

Hoffman ve Kashdan (2010: 261) tarafından geliştirilen duygu durumu ölçeği detaylı bir duygu ve klinik literatür taramasına dayanılarak oluşturulmuş ve psikometrik özelliklerin değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle, çalışma kapsamında Hoffman ve Kashdan (2010) tarafından geliştirilen Duygu Durumları Ölçeği'nin (The Affective Style Questionnaire) Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yürütülmüştür.

2. Yöntem

2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçek

Araştırmada sağlık çalışanlarında “Duygu Durumları Ölçeği”nin (The Affective Style Questionnaire) geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır. Araştırmada Hofmann ve Kashdan'ın (2010) çalışması Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 20 sorudan üç alt boyuttan oluşmaktadır. Gizleme (Concealing) 8 sorudan Ayarlama (Adjusting) 7 sorudan ve Katlanma (Tolerating) 5 sorudan oluşmaktadır. 5'li Likert ile (1=Benim için tümüyle doğru değil, 5= Benim için tümüyle doğru değil) derecelendirilmiştir. Boyutların güvenilirlik değerleri sırasıyla; “Gizleme” (α : 0.695) ve “Ayarlama” (α :0.593) olarak bulunmuştur.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Konya ilinde yer alan dört hastanedeki 252 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu, evli (%55.2), ön lisans (%31.3) ve lisans (%45.2) düzeyinde eğitim almış iken çoğunlukla hemşire %25, hekim %17.5, teknisyen grubu %13.5, memur %11.9 ve diğer sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Kadın çalışan %52.4 düzeyindedir. Araştırmaya katılanların ortalama 28.18 yaşında, 4.22 yıl kurumda çalışma yılına sahip oldukları tespit edilmiştir.

2.3. Bulgular

Araştırmada Duygu Durumları ölçeğinin doğrulayıcı faktör analiziyle geçerliliği; Cronbach Alpha katsayılarıyla da güvenilirlikleri araştırılmıştır. Tablo 1'de sonuçlar gösterilmektedir.

Tablo 1: Duygu Durumları Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Duygu Durumları Ölçeği Boyutları	(CFA)Başlangıç Faktör Yüğü**	(CFA) 2. Aşama Faktör Yüğü***	(CFA) Sonuç Faktör Yüğü****	t-Değer	Cronbach Alpha	Madde-Toplam Korelasyonları
Ölçek toplam boyutu					.730	
Gizleme (Concealing)					.676	
1.	.16*					
2.	.52	.51	.53	7.67		.646**
3.	.56	.59	.62	8.97		.718**
4.	.47	.47'				
5.	.49	.52	.54	7.81		.650**
6.	.58	.61	.61	8.92		.696**
7.	.33*					
8	.51	.48	.44	6.12		.593**
Ayarlama (Adjusting)					.593	
9.	.48	.52	.54	7.12		.659**
10.	.48	.53	.53	7.03		.701**
11.	.06*					
12.	.47'					
13.	.51	.46	.44	5.77		.646**
14.	.16*					
15.	.51	.56	.56	7.45		.677**
Katlanma (Tolerating)						
16.	.36*					
17.	.10*					
18.	.08*					
19.	.26*					
20.	.08*					

Note: Standardized item loadings reported for CFA. $p < .001$ for all loadings. *Faktör Yüğü .40'ın altında olup, düşen sorular.

' Düzeltme indeksi gösterip ölçekten silinen soru **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 499.81/167 = 2.99$, NNFI=.57, NFI=.52, CFI=.62, AGFI=.79, GFI=.83, RMSEA=.08

*** Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 63.91/34 = 1.87$, NNFI=.90, NFI=.85, CFI=.93, AGFI=.92, GFI=.95, RMSEA=.05.

**** Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 26.21/26 = 1.00$, NNFI=1.00, NFI=.92, CFI=1.00, AGFI=.96, GFI=.98, RMSEA=.00.

Duygu durumları ölçeğine doğrulayıcı faktör analizi CFA “confirmatory factor analysis” uygulanmıştır. Ölçeklerin uyum iyiliği araştırılmıştır. Duygu durumları ölçeğinin başlangıç versiyonunda iyi uyum değerlerine ulaşamamıştır (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 499.81/167 = 2.99$, NNFI=.57, NFI=.52, CFI=.62, AGFI=.79, GFI=.83, RMSEA=.08). Faktör yüğü .40'ın altında olan sorular ölçekten çıkartılmıştır. İkinci aşamada düzeltme indeksi gösteren Ayarlama 12. sorusu çıkarılarak ölçek yeniden analize tabi tutulmuş ve iyi uyum değerlerine ulaşamamıştır (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 63.91/34 = 1.87$, NNFI=.90, NFI=.85, CFI=.93, AGFI=.92, GFI=.95, RMSEA=.05). Üçüncü aşamada düzeltme indeksi veren Gizleme 4. Sorusu ölçekten çıkartılmış ve ölçek yeniden analize tabi tutulmuştur. (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 26.21/26 = 1.00$, NNFI=1.00, NFI=.92, CFI=1.00, AGFI=.96, GFI=.98, RMSEA=.00). Sonuçta Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği düşük iki alt boyuttan oluşan yeni bir duygu durumları ölçeğine ulaşılmıştır.

Analizler sonucunda uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde geçerliliği kabul edilebilir düzeyde ölçek elde edilmiştir. Bu değerlendirmede χ^2/df oranı 5 ve daha küçük olması durumunda model veri uyumunun çok iyi olduğu kabul edilmektedir. RMSEA değerinin 0 ve 0.05’den küçük olması model veri uyumunun mükemmel olduğunu göstermektedir. Araştırmada bulunan NFI=.85 ve GFI=.95 değerleri kabul edilebilir sınırdadır; NNFI=.90, CFI=.93, AGFI=.92 değerleri ise iyi uyum sınırlarında bulunmuştur (Schermelleh ve Moosbrugger, 2003).

Yapılan uygulama sonunda Cronbach alfa değerleri kabul edilebilir sınırdadır (.60’ın üzerinde) bulunmuştur. Yalnız ayarlama boyutu .59 olarak sınırdadır bulunmuş ancak ölçek toplamda .60’ın üzerinde olduğu için kabul edilebilir güvenilir ölçek olarak değerlendirilmektedir. Her maddenin genel ölçek puanıyla ilişkisine madde-toplam korelasyonuna bakılmıştır. Ölçekte bulunan bir sorudan alınan puanın, testin bütününden alınan puanla korelasyonunun yükseklik derecesi ölçülmek istenen değişkeni ne kadar iyi ölçtüğünün göstergesidir ve madde geçerliliğini gösterir. Araştırmada maddelerin hepsinin ayırt edicilikleri, düzeltme gerektirmeyecek sınır kabul edilen 0.25’in üzerindedir (Kalaycı, 2006:405).

3. Tartışma ve Sonuç

Araştırmada sağlık çalışanlarında “Duygu Durumları Ölçeği”nin (The Affective Style Questionnaire) geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır. Araştırma sonucunda iki boyuttan Gizleme (6 soru) ve Ayarlama (4 soru) olmak üzere 9 sorudan oluşan faktör yükleri düşük düzeyde geçerliliğe ve güvenilirliğe sahip yeni bir ölçeğe ulaşılmıştır.

Duygulara yönelik bilişsel gelişim, duyguların algılanması ve anlaşılması, düzenlenmesi fiziksel ve ruhsal sağlığa önemli katkılar sağlamaktadır (Totan, İkiz, & Karaca, 2010, s. 73). Duyguların anlaşılması ve hayatımız içindeki rolünün belirlenebilmesi adına Otobiyografik Bellek, Çağrışımsal Ağ, Benlik Bellek Sistemi, Duygu Düzenleme, Yapısal ve Bağlamsal Kuramlar, kişilik, kimlik incelenmesi gereken diğer ilişkili kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Sarp & Tosun, 2011, s. 448). Duygu durumları, depresyon gibi hastalıklar ve kültürel kimlik ve akademik derece gibi faktörlerle ilişkili olmaktadır (Hamill, Scott, Dearing, & Pepper, 2009, s. 114). Duyguların ifade edilmesi, değerlendirilmesi ve anlaşılması ile ruh sağlığı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır (Kuzucu, 2011, s. 780). Kişinin umut düzeyi duygu durumları üzerinde etkili olmaktadır (Özer & Tezer, 2008, s. 82). Literatürde bazı çalışmalar pozitif duyguların ve iyimserliğin kabul edilen yaklaşımla, cesaret ve riskli eylemlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Abe, 2012, s. 215). Olumsuz duygu sadece depresyon değil aynı zamanda öfke ve endişe gibi alt boyutlar üzerinde de görülen önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Bell & Fox, 2003, s. 448).

Gross ve John (2003: 360) tarafından yürütülen çalışmada, olumlu ve olumsuz duygularını başkalarıyla paylaşan, arkadaşlarıyla yakın ilişkiler kuran bireylerin daha az depresif semptomlar gösterdikleri, daha fazla öz benlik saygısına, yaşam memnuniyetine ve diğer iyilik hali göstergelerine sahip oldukları görülmüştür. Woo, Goldstein, & Nuechterlein (2004: 233) tarafından yapılan araştırmada ise duygu durumları bir sağlık kuruluşunda yatan psikopatoloji hastalarının yakınlarının ve aile bireylerinin duygu ifadeleri ile davranışları

arasındaki uyumun ölçülmesi amacıyla kullanılmıştır. Diamond ve Doane (1994) tarafından yapılan çalışmada ulaşılan ilişkilerdeki bağlılıkta duygusal iletişimin önemini vurgulayan sonuçlar gençler arasında bağlanma bozukluğu ve negatif duygu arasındaki etkileşimi kapsayan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Diamond & Doane, 1994, s. 778).

Kavramın sağlık çalışanları arasındaki etkileşimini görebilmek amacıyla yapılan çalışmalar da konunun farklı sektörlerdeki önemini ve literatürdeki yerini daha açık bir şekilde belirtmektedir. Arslan, Efe ve Aydın (2013: 179) tarafından sağlık çalışanları arasında yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre, duygularını ifade edebilen ve duyguları doğru yorumlayabilen bireylerin iş ortamında daha sağlıklı ilişkiler kurabildikleri, işbirliğine yatkın, değişime açık oldukları ve kendi istekleriyle örgütte kalmaya devam etme kararını verebildikleri görülmüştür.

Kaynaklar

- 1.Abe, J. A. (2012). Cognitive–Affective Styles Associated With Position on War. *Journal of Language and Social Psychology* , 31 (2), 212 –222.
- 2.Akbolat, M., & ışık, O. (2012). Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zeka Düzeylerinin Motivasyonlarına Etkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* , 32 (1), 109- 124.
- 3.Arslan, R., Efe, D., & Aydın, E. (2013). Duygusal Zeka ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi* , 5 (3), 169-180.
- 4.Bell, M. A., & Fox, N. A. (2003). Cognition and Affective Style: Individual Differences in Brain Electrical Activity During Spatial and Verbal Tasks. *Brain and Cognition* , 53, 441–451.
- 5.Cenkseven, F., & Akbaş, T. (2007). Üniversite Öğrencilerinde Öznel ve Psikolojik İyi Olmanın Yordayıcılarının İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* , 3 (27), 43- 65.
- 6.Davidson, R. J. (2010). Affective Style and Affective Disorders: Perspectives from Affective Neuroscience. *Cognition and Emotion* , 12 (3), 307-330.
- 7.Davidson, R. J. (2003). Darwin and the Neural Bases of Emotion and Affective Style. *Annals New York Academy of Sciences* , 1000, 316–336.
- 8.Davidson, R. J. (2001). The Neural Circuitry of Emotion and Affective Style: Prefrontal Cortex and Amygdala Contributions. *Social Science Information* , 40 (1), 11-37.
- 9.Davidson, R. J. (2004). Well-Being and Affective Style: Neural Substrates and Biobehavioural Correlates. *Phil. Trans.R. Soc. Lond.B* , 359, 1395–1411.
- 10.Diamond, D., & Doane, J. A. (1994). Disturbed Attachment and Negative Affective Style: An Intergenerational Spiral. *British Journal of Psychiatry* , 164, 770- 781.
- 11.Doğan, S., & Demiral, Ö. (2007). Kurumların Başarısında Duygusal Zekanın Rolü ve Önemi. *Yönetim ve Ekonomi* , 14 (1), 209- 230.

- 12.Dost, M. T. (2005). Öznel İyi Oluş Ölçeğini'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* , 3 (23), 103- 111.
- 13.Drabant, EM., McRae, K., Manuck, SB., Hariri, AR., & Gross, JJ. (2009) Individual differences in typical reappraisal use predict amygdala and prefrontal responses. *Biological Psychiatry*, 65, 367–373.
- 14.Duyan, V., Uçar, M. E., & Kalafat, T. (2011). Duygu Gereksinimi Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması ve Psikometrik Niteliklerinin Belirlenmesi. *Eğitim ve Bilim* , 36 (161), 116- 130.
- 15.Er, N. (2006). Duygu Durum Sıfat Çiftleri Listesi. *Psikoloji Çalışmaları* , 26, 21- 43.
- 16.Friedman, H. S., Prince, L. M., Riggio, R. E., & DiMatteo, M. R. (1980). Understanding and Assessing Nonverbal Expressiveness: The Affective Communication Test. *Journal of Personality and Social Psychology* , 39 (2), 333-351.
- 17.Gross JJ ve Levenson RW (1997) Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95–103.
- 18.Gross, JJ., ve John, OP., (2003) Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- 19.Hagemann, D., Naumann, E., Becker, G., Maier, S., & Bartussek, D. (1998). Frontal Brain Asymmetry and Affective Style: A Conceptual Replication. *Psychophysiology* , 35, 372–388.
- 20.Hamill, S. K., Scott, W. D., Dearing, E., & Pepper, C. M. (2009). Affective Style and Depressive Symptoms in Youth of a North American Plains tribe: The Moderating Roles of Cultural Identity, Grade Level, and Behavioral Inhibition. *Personality and Individual Differences* , 47, 110–115.
- 21.Hofmann Stefan G. ve Kashdan, Todd B. (2010) “The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric Properties”, *Journal Psychopathol Behavior Asses*, 32, 255-263.
- 22.Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 2. Basım. Ankara: Asil yayın Dağıtım Ltd. Şti,2006.
- 23.Kring, A. M., Smith, D. A., & Neale, J. M. (1994). Individual Differences in Dispositional Expressiveness: Development and Validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology* , 66 (5), 934-949.
- 24.Kuzucu, Y. (2011). Duyguları İfade Etme Ölçeği'nin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Kastamonu Eğitim Dergisi* , 19 (3), 779-792.
- 25.Kuzucu, Y. (2008). Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* , 3 (29), 51-64.
- 26.Özer, B. U., & Tezer, E. (2008). Umut ve Olumlu- Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* , 23, 81-86.
- 27.Rosenkranz, M. A., Jackson, D. C., Dalton, K. M., Dolski, I., Ryff, C. D., Singer, B. H., et al. (2003). Affective Style and in vivo Immune Response: Neurobehavioral Mechanisms. *Proceedings of National Academy of Sciences* , 100 (19), 11148–11152.



- 28.Sarp, N., & Tosun, A. (2011). Duygu ve Otobiyografik Bellek. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 3 (3), 446-465.
- 29.Schermelleh, Engel, K., Moosbrugger, H. (2003). Evaluating The Fit Of Structural Equation Models: Tests Of Significance And Descriptive Goodness-Of-Fit Measures. *Methods Of Psychological Research Online*, 8 (2), 23-74.
- 30.Totan, T., İkiz, E., & Karaca, R. (2010). Duygusal Öz- Yeterlik Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanarak Tek ve Dört Faktörlü Yapısının Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* , 28, 71- 95.
- 31.Töremen, F., & Çankaya, İ. (2008). Yönetimde Etkili Bir Yaklaşım: Duygu Yönetimi. *Kuramsal Eğitimbilim* , 1 (1), 33-47.
- 32.Tuğrul, C. (1999). Duygusal Zeka. *Klinik Psikiyatri* , 1, 12-20.
- 33.Woo, S. M., Goldstein, M. J., & Nuechterlein, K. H. (2004). Relatives' Affective Style and the Expression of Subclinical Psychopathology in Patients with Schizophrenia. *Family Process* , 43 (2), 233- 247.
- 34.Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Eifert, G. H., & Brown, R. A. (2001). Affective Style among Smokers Understanding Anxiety Sensitivity, Emotional Reactivity, and Distress Tolerance Using Biological Challenge. *Addictive Behaviors* , 26, 901-915.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK MESLEKİ VE KURUMSAL ALGI ARAŞTIRMASI

Ali ARICI*

Mücahit Said DESTİCİ**

ÖZET

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği bünyesinde hizmet sunan beş kamu hastanesinde gerçekleştirilen “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mesleki ve Kurumsal Algı Araştırması”, sağlık çalışanlarının kurumlarına ve mesleklerine yönelik değer algılarını ve memnuniyet düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Temel anlamda üç bölümden oluşan anket çalışması, demografik veriler, açık uçlu sorular, kapalı; ölçekli ifadeler ile sağlık çalışanlarının mesleki ve kurumsal “algı”larını ölçmek, sağlık çalışanlarınca eksik; sorunlu görülen konuları belirlemek ve çözülmesi gerekli bulunan sorunları tespit etmeye yönelik hazırlanmıştır. 2014 yılı Nisan ve Mayıs aylarında yapılan araştırma ile uygulamaya dönüştürülmesi mümkün görülen öneriler belirlenmeye çalışılmış, çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik iç hedef kitleye seslenen halkla ilişkiler kampanyası başlatılmıştır.

Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği çatısı altında bulunan Eskişehir Devlet Hastanesi, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Çifteler ve Sivrihisar İlçe Devlet Hastaneleri personeline yönelik olarak yapılan araştırma, personelin yüzde on üçüne (625 personel) uygulanmış, elde edilen veriler durum tespiti yapmak, memnuniyet çizelgesi tasarlamak ve sağlık hizmetleri ile halkla ilişkiler faaliyetlerini bütünleştirebilmek adına kullanılmıştır. Bu bağlamda sağlık çalışanları üzerinde kurumsal algı ve itibar tespiti; testi yapmak, kurum içi memnuniyeti artırmak ve söz konusu iyileşmeyi kurum dışı hedef kitleye “kurumsal itibar” temelinde taşıyabilmek adına önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal algı ve itibar, memnuniyet, halkla ilişkiler

*Öğr. Gör. Ali ARICI, Bilecik ŞEA Üniversitesi Bozüyük MYO ve Anadolu Üniversitesi Sosyal Bil. Enst. Halkla İlişkiler ve Reklamcılık ABD Doktora PR Öğr., ali.arici@bilecik.edu.tr, aarici@anadolu.edu.tr

**İdari Hizmetler Başkanı Mücahit Said DESTİCİ, Eskişehir KHB Gen. Sekt. eskisehirkhb.bilgi@saglik.gov.tr, msdestici@hotmail.com

RESEARCH OF PROFESSIONAL AND INSTITUTIONAL PERCEPTION FOR HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

Turkey Public Hospitals Authority Eskisehir Province Public Hospitals Union Secretariat General serving under the five public hospitals performed at the “Research Of Professional and Institutional Perception for Health Professionals”, health workers' organizations and the profession for value perception and satisfaction levels aims to measure. Basically consists of three sections of the survey, demographic data, open-ended questions, closed; scale with the health professional and institutional expression "perception" to measure the health of its employees are missing; deemed problematic to identify issues and problems that must be solved to determine who is prepared for. During the months of April and May 2014, with research into practice can be studied to determine common recommendations, employee satisfaction, which appeals to the target audience in order to increase domestic public relations campaign was launched.

Eskisehir Province of Public Hospitals Union General Secretariat under the umbrella of the Eskisehir State Hospital, Yunus Emre State Hospital, Oral and Dental Health Hospital, couples and Sivrihisar County State Hospitals for the staff as a research staff of ten percent in three patients (625 staff) has been applied, the resulting data carry out due diligence, design charts and satisfaction with health services in order to integrate public relations activities are used. In this context, corporate perception on health workers to identify and reputation; conduct the testing, and the said premises to increase the satisfaction of healing external audience "corporate reputation" basis is important in order to move.

Key Words: *Corporate perception and reputation, satisfaction, public relations*

1. Giriş

Sağlık çalışanlarının mesleki ve kurumsal algılarını ölçmek üzere yapılan araştırma, “sağlık iletişimi, sağlıkta halkla ilişkiler, kurumsal algı ve kurumsal itibar” başlıkları ve anket haline getirilen amaç soruları ile araştırma iskeletini var etmektedir. İç hedef kitleye yönelik halkla ilişkiler çalışmasının kamuoyuna da taşınacağı ve hastaların (hedef kitle) hastanelere yönelik (kurumsal) algılarını olumlu şekilde etkileyeceği düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından memnun olması, mesleki ve kurumsal algılarının olumlu düzeyde seyretmesi önem arz etmektedir. Çalışma bu eksen üzerine temellenerek sağlık iletişiminin memnuniyet vurgusuna atfen sağlık çalışanlarının bakış açılarına; algılarına odaklanmaktadır.

1.1. Sağlık İletişimi

İnsan iletişiminin alt sistemi olan sağlık iletişimi (health communication), insanların sağlıkla ilgili konuları nasıl ele aldıkları hususuna yönelik olarak anlaşma zeminini sağlık üzerine kurgulayarak anlamakta; açıklamaktadır. Sağlık iletişimi sağlıkla ilgili işlemler ve bu işlemleri etkileyen faktörlere odaklanmakta (sözlü-sözsüz, konuşma-yazı, kişisel-kişisel olmayan), Rogers'ın ifadesiyle (1996) ‘içeriği sağlık olan her türlü insan iletişimi’ olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle sağlık iletişimi, “bireyler arasında sağlıkla ilgili olarak oluşan etkileşim ve işlemlere iletişim kavram ve kuramlarının uygulanması”nı ifade etmektedir. Bu bağlamda sağlık iletişimi, sağlık hizmetlerinin tanınması; tanıtılması, doğru sağlık bilgilerinin yayılması, sağlıkla ilgili algı ve tutumların değişmesi ve toplum sağlığının



bilinçli şekilde gelişmesi adına yapılan faaliyetleri ve süreci açıklamaktadır. İletişimin başlıca işlevlerini oluşturan “bilgi sağlama, etkileme ve ikna etme, birleştirme, emir verme ve öğretim-eğitim” etmenler sağlık iletişiminin de çehresini var etmektedir. Enformasyon (bilgi ve işlenmesi), sosyalizasyon (toplumsallaşma), motivasyon (harekete geçiren), tartışma, eğitim, öğrenme, entegrasyon (uyum) ve eğlence gibi fonksiyonlarıyla iletişim kavramı, sağlık alanına uyarlanarak bilinç düzeyini artırmayı; ilişki tesis etmeyi ilke edinmektedir (Çınarlı, 2008: 39-49).

ABD'nin ve dünyanın önde gelen sağlık kuruluşlarından CDC (Centers for Disease Control and Prevention-Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezleri) sağlık iletişimini “sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı” şeklinde açmakta ve alanı kamu sağlığını geliştirmede bir araç olarak değerlendirmektedir. CDC bu bağlamda disiplini, çeşitli hastalıkların önlenmesinde, kontrolünde kullanılan stratejilerde ve sonrası için aktif olarak kullanmakta; hayata dahil saymaktadır. İndirgenmiş öz anlamıyla sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanması olan sağlık iletişimi, “sağlığın ve hastalığın bireyler ve toplum tarafından anlaşıldığı, biçimlendiği ve uyulduğu sembolik süreç” olarak nitelendirilmektedir. ABD Sağlık Bakanlığı'nın Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Bürosu (Office of Disease Prevention and Health Promotion) tarafından geliştirilen Healthy People 2010 raporunda “sağlığın geliştirilmesi için iletişim stratejilerinin, bireylerin ve toplumun kararlarında bilgilendirilmesinde ve etkilenmesinde kullanılması ve incelenmesi” şeklinde özetlenen kavram, ilk olarak kullanıma 20-30 yıl öncesinde “morbidite” (hastalık düzeyi) ve “mortalite” (ölüm düzeyi) istatistikleri ve daha sonrasındaki “ortalama yaşam süresi beklentileri” ile girmiş bulunmaktadır. Tıp ekonomisi, medikal sosyoloji ve psikolojinin gelişiminde etkili olan süreç, iletişim ardıyla okunduğunda günümüzdeki sağlık iletişimi iskeleti ortaya çıkmaktadır (Çınarlı, 2008: 39-49).

Bir disiplin ve alan olarak, sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi, biyomedikal iletişim, davranışsal tıp, davranışsal sağlık ve tıbbi iletişimler gibi alanları da içine alan sağlık iletişimi, sentez yapısıyla sağlık altyapısını; referans çevresini çift yönlü anlayış; empati ile güçlendirmektedir. Tıp, halk sağlığı, sağlık eğitimi, hemşirelik, sosyal çalışma, sosyoloji, psikoloji, iletişim, halkla ilişkiler karmasıyla kavram, modern sosyo-ekonomik düzende sağlık “hizmet”lerini; sistemini iletişim sahasıyla bütünleştirmektedir (Okay, 2007: 13-31).

Modern anlamda ABD'de 1970'li yıllardan itibaren gelişmeye ve yaygınlaşmaya başlayan sağlık iletişimi, katmanlı anlamı ve uygulamadaki çok yönlü işleyişiyle Avrupa'ya ve ardından Türkiye'ye kavram, tanı ve pratik olarak taşınmıştır. 1971'de ABD Ulusal Kansere Hareketi (National Cancer Act; öncü sağlık iletişimi programı), Ulusal Kansere Enstitüsü (National Cancer Institute) ve Kansere Enformasyon Servisi (CIS-Cancer Information Service) birlikte uygulamaya koyduğu program, kansere hastalığına yönelik tüm süreci aydınlatmayı ve ilgili planları devreye sokarak toplumu, bilim adamlarını, doktorları ve diğer sağlık çalışanlarını bilgilendirmeyi hedeflemiştir. Yaklaşık 40 yıl süren ve “US Healthy People 2010” programının da parçası haline gelen program, ilk sağlık iletişim çalışmalarından biri olarak dikkat çekmektedir. Bir diğer kilit örneği; aşamayı ise 1975 yılında “Uluslararası İletişim Derneği” (International Communication Association) bünyesinde kurulan “Sağlık İletişimi Bölümü” (Health Communication Division) oluşturmaktadır (Çınarlı, 2008: 39-49).

“Ulusal İletişim Derneği” (National Communication Association) de aynı isimle başka bir bölümü 1985'te faaliyete sokmuş ve iletişim alanındaki uzmanların -Barbara Korsch, Castello (terapötik iletişim) ve Cassata başta olmak üzere- sağlık konusuna bakışını,

iletişimci; iletişim bilimi gözüyle ardalamıştır. Castello (1977) sağlık hizmetlerindeki (health care) iletişim etkisini dört başlıkta özetlemektedir: Teşhis, işbirliği, öğüt ve eğitim. İnsan deneyimine vurgu yapan araştırmacı, sağlık olgusunu “asal” olarak nitелеmekte ve etkisini hayati bulmaktadır (Çınarlı, 2008: 39-49).

Amerika Birleşik Devletleri’nde “yeni tıbbi model”, “tüketimin artması”, “sağlık hizmetlerine ayırım yapılması”, “önleyici tedavinin ortaya çıkışı” ve “sağlık hizmetlerinde pazarlamanın kabul edilmesi” gibi gelişmeler sağlık iletişiminin doğuşuna sebebiyet vermekte; ilham yaratmaktadır (Okay, 2007: 13-31). Öte yandan sağlık iletişiminin önem kazanmasının ve sağlık hizmetlerinde pazarlamaya olan ilgi artışının “sağlık hizmetlerinde giderek artan maliyetler”, “hükümetlerin sağlık hizmetlerinde yapmaya çalıştığı kısıtlamalar”, “tüketicinin bilinçlenmesi, tüketici hakları ve sağlığı konusunda yaşanan gelişmeler”, “özel sağlık kuruluşları sayısında görülen artışlar ve rekabet”, “yönetimlerin profesyonelleşmesi”, “kaynakların etkin ve verimli kullanımı konusunda kamuoyu ve baskı gruplarının baskısı ve iletişimin etkisi” durumlarından kaynaklandığı belirtilmektedir (Tengilimoğlu, 2011: 29-37).

Farklı disiplinleri barındıran sağlık iletişimi, sosyal bilim ile tıp bakışını bir arada işleyerek ilgili kişi veya grupların, ilgili hedef kişilerle iletişime geçmesini süreç-mekan-zaman-sosyalite açısından irdelemektedir. Bu söylemle bağlantılı olarak Hurrelmann’a göre sağlık iletişimi, “Sağlıkla ilgili bakım sürecine dahil olan ve/veya vatandaş olarak sağlık hastalık ve resmi/kamusal sağlık politikasıyla ilgili olan; profesyonel hizmet sağlayıcısı veya hasta/müşteri olan insanlar arasında bilgi, görüş ve duyguların iletilmesini ve değiş tokuşu” şeklinde açıklanmaktadır (Okay, 2014).

Hasta-hekim, sağlık çalışanı-hasta (veya yakını), sağlık çalışanı-yönetim ve birbirleri arasında süren iletişim, kitle düzeyde televizyon, radio ve İnternet gibi KİA (kitle iletişim araçları) aracılığıyla uygulamaya dönüşmektedir. Thomas tarafından “bireysel, sosyal ağ, organizasyon, cemiyet ve toplum” olarak boyutlanan sağlık iletişim aşamaları, Kreps (2003) tarafından kişinin kendi zihninde oluşan (intrapersonal), kişilerarası, grup, kurumsal ve toplumsal şeklinde açıklanmaktadır (Okay, 2007: 13-31).

Sosyal pazarlama, medyada savunuculuk (media advocacy), halkla ilişkiler gibi iletişim yönü yoğun disiplinlerin yöntemlerini kullanan sağlık iletişimi, söz konusu kurumu ve “kamu yararı”nı ‘stratejik’ olarak kollamaktadır (Çınarlı, 2008: 104). “Yansımali Etkileşim Modeli”, “Tabu İletişim Yaklaşımı”, “Aile Planlamasında Danışmanlık”, “Empatik (Terapötik) İletişim Yaklaşımı”, “Kişilerarası İletişim-Kişisel Roller”, “Kişisel Rollerin İletişim Sırasında Gösterdiği Özellikler”, “Kişisel Roller ve Empati Mekanizması”, “Retorik İletişim” ve “Kişilerarası İletişimle İlgili Engeller” ise sağlık iletişimindeki başlıca yaklaşım ve modelleri ifade etmekte ve (kitle) iletişim kuramlarının özütünü içermektedir (Tabak, 2003: 102).

1.2. Sağlıkta Halkla İlişkiler (Hİ)

“Rıza üretimi (Herman ve Chomsky)”, “kanaat mühendisliği (Sproule)”, “demokrasiyi risklerden koruyan kurumsal propaganda (Carey)”, “kitle pazarlamanın bir biçimi (Mallinson)”, “beyaz propaganda (Jowett ve O’Donnell)” şeklinde tanımlanan halkla ilişkiler, çekirdek anlamıyla iletişimi işletme fonksiyonu olarak kullanan mekanizma veya belirlenmiş hedef kitleleri etkilemek için hazırlanmış planlı, inandırıcı haberleşme; iletişim çabası olarak tanımlanmaktadır (Becerikli, 2008: 39-40). Sağlık iletişimi ve sağlık konusundaki halkla

ilişkiler başlığı da -halkla ilişkilerin genel-çatı anlamında olduğu gibi- katılımlı (simetrik), etkili, empatik ve operasyonel (uygulamalı) temas noktaları içermektedir.

Genellikle hastaneye başvuran hasta ve hasta yakınlarının sıkıntı, endişe, gerginlik, huzursuzluk ya da kriz içinde olması, bunun yanı sıra sağlık çalışanının da benzer psikoloji ya da fiziksel yorgunluk hali, aradaki iletişimi etkileyebilmektedir. Bu etki sonucu ortaya çıkan tablo çalışanın mesleki algısında, hedef kitlenin; yani hastaların da hastaneye yönelik kurumsal itibar tanısında olumlu-olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu bağlamdaki çift yönlü iletişim, işleyiş ve süreç olarak toplum sağlığındaki kaliteye, mesleki ve kurumsal temsil örgüsüne tesir edebilmektedir. Halkla ilişkiler ve kurumsal iletişim ağının devreye sokulması, bu ağın aracı rolü üstlenerek sağlık çalışanı ve ilgili hedef kitle arası ilişkiyi organize etmesi (tanıtım, bilinçlendirme, duyurum vb stratejiler üzerinden) iki taraflı memnuniyeti tesis etmede önem arz etmektedir (Ateş, 2012).

Hedef kitleye (çalışanlar, çevre halkı, potansiyel işgücü, tedarikçiler, hastalar ve yakınları, fikir liderleri, medya, siyasi otorite (Odabaşı ve Oyman, 2008: 129-145) hastalıklar ve gerekli önlemler hakkında bilgi verilmesi, bulaşıcı hastalıklar hakkında bilinç yaratılması, sağlıktaki gelişmelere yönelik çağrı yapılması, tedavi yöntemlerinin anlaşılır bir terminoloji ile sunulması, doktor-hemşire-yönetici-hasta-hasta yakını arasındaki iletişiminin sağlıklı işlenmesi gibi başlıklar sağlık iletişimi ve kurumsal halkla ilişkilerdeki parametreleri oluştururken, bu parametreler arası denge de sağlıktaki kaliteyi var etmektedir. Süzülen tablo mesleki ve kurumsal algının teori ve pratikteki yansımaları nitelemektedir. Kurumsal bakışta hastanelerin en önemli haber kaynaklarından olması, çevreye etkileri, toplum sağlığını inşa eden başlıca mekanizma olmaları gibi durumlar hem söz konusu kurumların referans değerine, hem de (sağlık) çalışanlarının temsil düzeylerine anlam kazandırmaktadır. Sağlık kaynağı olmaları sebebiyle hastanelerin ve hastane çalışanlarının kurumsal imajı önem taşımakta, ilgili veya potansiyel hedef kitle üzerinde mesleki-kurumsal algı kurgusunu somutlaştırmaktadır (Ateş, 2012: 237-284).

Ristino (2008) bu bağlamda kurumsal itibar konusunda halkla ilişkiler gereğini şu sözlerle ifade etmektedir: “Sağlık kurumunun bir yandan toplumun ihtiyaçlarını ve ilgilerini tanımlamaya çalışırken, diğer yandan toplumun kurumun misyonunu anlaması ve sosyal rolünü benimsemesini sağlamak amacıyla kendisini anlatma gereksinimi duymaktadır”. İletişim işlevlerinde sıralandığı gibi toplumu sağlık kurumu, misyonu ve hizmetleri açısından eğitmek, halk sağlığına katkıda bulunmak adına bilinç aşılama; bilgi vermek hastanelerin toplumsal fonksiyonunu ve hayati gereğini açmaktadır. Söz konusu açılım geribildirim (hasta-çalışan arası iletişim) vurgusunu mesleki ve kurumsal temsil ve memnuniyet temelinde kurgulamaktadır. Bu doğrultuda halk ve yöneticiler arasındaki iletişimsizlikten kaynaklanan sorunları çözmek ve sağlıktaki sağlıklı iletişimi sağlayabilmek adına 2003 yılında SABİM (Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan “Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi” adlı halkla ilişkiler koordinatörlüğü) projesi gündeme gelmiştir (SABİM, 2014). Bu proje başat anlamda kurumsal iletişim ve temsil konularındaki eksikleri betimlemede veya ihtiyacı tanımlamada örnek teşkil etmektedir (Ateş, 2012: 237-284).

Kurumsal işleyişi hastane temeli ve kuruluş öyküleri bağlamında okuduğumuzda İngiltere örneği dikkat çekmektedir. 18.yüzyılın başlarında, önce Londra’da daha sonra Winchester’de ve Edinburgh’da kurulan ilk hastane örnekleri “yoksul hastalara yardım” amacıyla kurulmuş ve günümüzün sosyal devlet anlayışını anlamada; tesis etmede temel oluşturmuştur. “Hayırsever” kişilerin denetimi ve tercihleri üzerine kurulan hastane işleyişi,

profesyonel görüntü ötesinde “denetim” mekaniğini devreye sokmaktadır. Söz konusu yapı günümüz modern sosyo-ekonomik düzeni ve kurumsal işleyişi bakımından kabul edilemez görünmektedir. Anlamı her geçen gün değer kazanan, sosyal devlet anlayışında ciddi kalemlerden biri olan ve gelişmişlik vitrini olarak kurumsal kimliği hedef kitle (öz anlamda toplum) ve kaynak (sağlıkçı) arasında anlamlandıran hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları, bilimsel ve teknolojik altyapısını halkla ilişkiler; iletişim üst yapısıyla sentez hale getirmektedir (Soyer, 2004; 42-50). Bu da en basit anlamda kaynak (doktor)-hedef (hasta) arasındaki ilişkide “bize karşı onlar” yerine “bu işte hepimiz birlikteyiz” savını işler kılmaktadır. Fizyolojik süreçlerin yanında psikososyal etkilerin de sürece dahil olması, iletişim dili, üslubu ve sürecini kurumsal temaya; çatı anlama taşıyabilmektedir (Klitzman, 2012: 257-297).

1.2. Kurumsal Algı ve Kurumsal İtibar

1.3.

Algı kavramı organizmanın gelen etkiye karşı verdiği tepki öncesini ve “iletiyi” alımlama sürecini ifade etmektedir. Uyarıcı alma, seçicilik, bilginin işlenmesi, yorum ve değerlendirme ve son olarak davranış algılama sürecinin temel adımlarını var etmektedir. Duyumları yorumlama, onları anlaşılır hale getirme süreci olan algı, elde edilen her türlü bilginin beynimizde şekillenmesi ve görünüm kazanmasını sağlamaktadır. Algı bireyin çevreye uymasını kolaylaştırırken insanda olay ve varlık anlayışını meydana getirmektedir. Gerçeğin zihinde belirli bir yere yerleştirilmesini sağlayarak -duyu organları vasıtasıyla- dış çevrenin uyarılarını akla tanıtmaktadır. Algı konusunda ilk akla gelen çağrışım kavramlar olan algıda seçicilik, bireyin öncel bilgilerinden; deneyimlerinden etkilenerek bir çok uyarıcıda sadece önemli olanla ilgilenmesi durumunu karşılamaktadır. Algıda motivasyon, öğrenme (deneyim), kişilik, hareket (davranış), tekrar ve yenilik seçmeye tesir ederken, algıda seçicilik bireyin biliş düzey ve üslubuna göre şekillenmektedir (Yılmaz ve Eroğlu, 2010: 20-30).

Kurumsal algı ise iç ve dış hedef kitle nezninde kurumun nasıl karşılık bulduğu, ne düzey ve biçimde anlama; imgeye dönüştüğü, hangi sözcükler ve temsilde karşılık bulduğu ile ilgili bir kavram olarak dikkat çekmektedir. “Kurum algısı”, “eylemler ve taktikler”, “kurum sözcüleri” ve “kurum kitleleri” bileşenlerinden oluşan kurumsal algı (Elsbach’tan akt. Bakan ve Kefe, 2012: 27-28), kurumsal itibar başlığını da içine alan çoklu yapısıyla kurumlar tarafından (işlemleri, eylemleri ve temsilleri üzerinden) yönetilmektedir. Aşağıdaki tablo, kurum imajı, kimliği, itibarı alt başlıkları ile kurumsal algı üst başlığı arasındaki ilişkiyi izah etmek adına yol göstermektedir.

Tablo 1. Kurumsal Algı Yönetimi Bileşenleri (Elsbach’tan akt. Bakan ve Kefe, 2012: 28),

ALGILAR	EYLEMLER
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurumsal İmaj Örgütsel geçerlilik, doğruluk ve tutarlılık, güvenilirlik 2. Kurumsal İtibar Durum kategorizasyonu, genel kalite 3. Kurumsal Kimlik Ayırt edici kimlik, durum kimliği 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sözlü İfadeler Savunma ifadeleri, denkleştirici ifadeler, normlara atıf, benzetme ifadeleri, ileriye dönük ifadeler 2. Sınıflandırmalar 3. Sembolik Davranışlar Birincil faaliyetler, çalışanların uygulamaları, diğer gruplar ile ortaklıklar, belirlenen eylemlere yüksek katılım 4. Fiziksel İşaretler Karıcı yapı/eserler, logo/sembol/işaretler, ofis dekor ve tasarımı
SÖZCÜLER	KİTLELER
<ol style="list-style-type: none"> 1. Liderler/Yöneticiler 2. Çalışanlar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. İç Kitle (Çalışanlar) 2. Dış Kitle (Hedef kitle)

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, araştırma kapsamındaki beş kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının mesleki ve kurumsal algılarını tespit etmek ve ortaya çıkan tablo üzerinden durum analizi yaparak örneklem ölçeğinde sağlık hizmetlerindeki iyileşmeye katkı sağlayabilmek adına yapılandırılmıştır. Orta ve uzun vadede -evren ve örneklem ölçeğinde- sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeylerini artırmak, kurum çalışanlarına (iç hedef kitle) yönelik halkla ilişkiler kampanyası başlatmak ve yönetim kavramını iletişim ile birleştirerek yönetişim olgusunu -araştırma hedefi ve iskeleti bağlamında- geliştirebilmek adına üç bölümden oluşan anket yapılmıştır. 2014 yılının Nisan ve Mayıs aylarında uygulanan anketler, sağlık çalışanlarından alınan yanıtlar sonrasında çözüm üretmek adına veri olarak depolanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini Eskişehir il merkezindeki hastane çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel

Sekreterliği'nden izin alınarak genel sekreterlik bünyesinde yer alan beş hastanede 625 çalışana (yüzde 13) ulaşılmıştır. Hastane çalışanları hekim, hemşire, idari personel ve diğer sağlık personelinden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında Eskişehir Devlet Hastanesi, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Çifteler ve Sivrihisar İlçe Devlet Hastaneleri çalışanlarıyla görüşülmüştür.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada mesleki ve kurumsal algı şeklini; düzeyini resmetmek ve sağlık çalışanlarının memnuniyet skalasını tespit edebilmek adına hastane çalışanları ve branşları ölçeğinde yapılan ön görüşmeler raporlanmıştır. Görüşmeler sonrası ayıklanan konu başlıkları (mesleki ve kurumsal temel sorunlar) yaratılan anketin bölümlerini oluşturmuş ve söz konusu anket durum analizi yapmak üzere araştırmanın ana iskeletini temsil edecek şekilde biçimlendirilmiştir. Üç bölümden (demografik veriler, mesleki ve kurumsal algı soruları, kıyas ve memnuniyet ifadeleri) oluşan anket soruları SPSS 17 programına işlenerek ilgili ve bağlantılı analizler ve yorumlarla raporlaştırılmıştır.

3. Bulgular

Araştırma Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı beş hastanede çalışan toplam 625 sağlık çalışanı ile 01 Nisan 2014-30 Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri cinsiyete, yaş durumuna, eğitim düzeylerine, meslek-branş değişkenine, medeni durumuna göre kategorize edilerek analiz edilmiştir.

Katılımcıların Cinsiyetine Göre Dağılımı

Ankete katılan çalışanların cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Tablo 2'de görülebileceği gibi; araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %69,9'unu (437 kişi) kadınlar, %30,1'ini (188 kişi) de erkekler oluşturmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyet Durumu

Cinsiyet	Frekans	Yüzde(%)
Kadın	437	69,9
Erkek	188	30,1
TOPLAM	625	100.0

Katılımcıların Yaş Durumuna Göre Dağılımı

Araştırmaya katılanların yaş değişkenine ilişkin frekans ve yüzde verileri Tablo 3'te verilmiştir. Sağlık çalışanlarının yaş grubunu değerlendirdiğimizde 18-25 yaş arası grubun %10,4 (65kişi), 26- 35 yaş arası grubun %39,5 (247 kişi), 36-45 yaş arası grubun %38,2 (239 kişi), 46-55 yaş arası grubun %10,7 (67 kişi) ve son olarak, 56 ve üstü yaş arası grubun %0,6 (4 kişi) oranında olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Yaş Durumu

Yaş	Frekans	Yüzde(%)
18-25	65	10,4
26-35	247	39,5
36-45	239	38,2
46-55	67	10,7
56 ve üstü	4	0,6
TOPLAM	622	99,5

Katılımcıların Eğitim Durumu

Ankete katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumları Tablo 4'te verilmiştir. Ankete katılanların %6,1 (38 kişi)'i ilköğretim, %24,8'i (155 kişi)'ü ortaöğretim, %29,8'i (186 kişi) önlisans mezunu, %27,5'i (172 kişi) lisans mezunu, %10,4'ü (65 kişi) lisansüstü mezundur. Tablodan da görüldüğü üzere ankete katılanların çoğunluğunu ortaöğretim, önlisans ve lisans eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanları oluşturmaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların eğitim durumu

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde(%)
İlköğretim	38	6,1
Ortaöğretim	155	24,8
Önlisans	186	29,8
Lisans	172	27,5
Lisansüstü	65	10,4
TOPLAM	612	98,6

Katılımcıların Meslek Durumu

Ankete katılan sağlık çalışanlarının meslek durumuna göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Ankete katılanların %7,8' i (48 kişi) hekim/ diş hekimi, % 2,1' i (13 kişi) biyolog / psikolog / eczacı / diyetisyen / fizyoterapist, %46,8'i (287 kişi) hemşire / ebe / sağlık memuru / sağlık teknisyeni, %33,9'u (208 kişi) otomasyon / temizlik / yemekhane / güvenlik personeli, %9,3'ü (57 kişi) hastanede çalışan diğer meslek gruplarında çalışmaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere ankete katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğunu hemşire / ebe/ sağlık memuru grubu oluşturmaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların meslek durumuna göre dağılımı

Meslek	Frekans	Yüzde(%)
Hekim / Diş hekimi	48	7,8
Biyolog/ Psikolog/ Eczacı / Diyetisyen / Fizyoterapist	13	2,1
Hemşire / Ebe / Sağlık Memuru / Sağlık Teknisyeni	287	46,8
Otomasyon / Temizlik / Yemekhane / Güvenlik	208	33,9
Diğer	57	9,3
TOPLAM	613	100,0

Katılımcıların Aylık Gelir Durumu

Ankete katılan sağlık çalışanlarının gelir durumuna göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Ankete katılanların %31,7'si (195 kişi) 1500 TL ve altı gelir durumuna sahipken, %8,9'u (55 kişi) 1001-2000 TL arası aylık gelir durumuna sahiptir. Soruya yanıt veren 615 kişinin gelir dağılımı aşağıda listelenmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların aylık gelir durumuna göre dağılımı

Aylık Hane Geliri	Frekans	Yüzde(%)
1500 TL ve altı	195	31,7
1501-2000 TL	55	8,9
2001-3000 TL	159	25,9
3001-4000 TL	88	14,3
4001 TL ve daha yüksek	118	19,2
TOPLAM	615	100.0

Yapılan anket sonrası elde edilen veriler özet şekilde ve bildiri sınırlılıkları çerçevesinde (evren, örneklem, likert tipi anket ve dahil; kurumsal halkla ilişkiler planlaması) şu bulgulara ulaşmamızı sağlamıştır:

Kamu Hastaneleri Çalışanı Olarak sağlık hizmetini hangi hastanelerden alıyorsunuz?

Sağlık çalışanlarının yüzde 80.5'i (503 kişi) sağlık hizmetini kamu hastanelerinden aldığını belirtirken, çalışanların yüzde 14.7'si özel hastaneleri tercih ettiğini ifade etmektedir. Kamu çalışanı olmasa bile sağlık hizmetini kamu hastanelerinden almayı tercih edeceğini belirten sağlık çalışanlarının oranı ise yüzde 62.4'e düşmektedir. Kamuda hizmet veren sağlık çalışanlarının yüzde 31.8'inin, kamuda çalışmamış olsaydı tercih edeceği hastane özel sektör kurumları şeklindedir.

İş hayatınıza yeni başlıyor olsaydınız hangi sektörde çalışmayı tercih ederdingiz?

Yukarıdaki soruya anket çalışmasına katılan sağlık çalışanlarının yüzde 82.1'i “kamu” şeklinde cevap vermektedir. Soruya özeld çalışmak isterdim yanıtını verenlerin oranı yüzde 11 dolayında seyretmektedir. Söz konusu veri kamuda çalışan sağlık çalışanlarının çoğunun (yüzde 82) çalışma koşulları konusunda kamuyu avantajlı gördüğüne işaret etmektedir.

Halkla İlişkiler ve İletişim konusunda hangisini daha başarılı buluyorsunuz?

Kamuda hizmet veren sağlık çalışanları -bir önceki soruda çıkan kamu yanlısı tavrın aksine- özel hastaneleri iletişim ve halkla ilişkiler (Hİ) konusunda daha başarılı bulmaktadır. İletişim konusunda kamu hastanelerini daha başarılı bulan sağlık çalışanlarının yüzdesi 31 iken, özel sektörü başarılı bulanların oranı yüzde 61 seviyesindedir.

Hastane fiziki koşulları iyileştiğinde çalışan memnuniyetinin artacağını düşünüyor musunuz?

Şehir hastanelerinin gündemde olduğu ve kamu hastanelerindeki fiziki düzenlemelerin konuşulduğu sektörel konjonktürde yukarıdaki soru önem arz etmektedir. Soruya verilen yanıtların yüzdesi aşağıdaki tablodan da anlaşılacağı üzere yüzde 70'in üzerinde (katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum) “onay” ile çalışan memnuniyeti ile fiziki koşullar arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır. Soruyu yanıtlayan katılımcıların yalnızca yüzde 11.2'si fiziki koşullar iyileşse bile memnuniyetin artmayacağını dile getirmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların fiziki koşullara ilişkin değerlendirmesi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kesinlikle katılmıyorum	32	5,1	5,4	5,4
	Katılmıyorum	38	6,1	6,5	11,9
	Kararsızım	71	11,4	12,1	23,9
	Katılıyorum	211	33,8	35,8	59,8
	Kesinlikle katılıyorum	237	37,9	40,2	100,0
	Total	589	94,2	100,0	
Missing	System	36	5,8		
Total		625	100,0		

Çalışan haklarının/koşullarının son yıllarda iyileştiğini düşünüyor musunuz?

Çalışan memnuniyetine odaklı ifadeye verilen yanıtlar incelendiğinde katılımcıların yüzde 28’i iyileşme görmekte, koşulların değişmediğini söyleyen çalışanların oranı ise yüzde 47.4 ile daha baskın şekilde onay içermektedir. Soruya ilişkin kararsızların oranı ise yüzde 20.2 olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde bir sonraki soru da “çalışma koşullarının son yıllarda iyileştiğini düşünüyor musunuz?” şeklinde olmuş ve olumsuz bakış açısı bu soru üzerinde de kendini göstermiştir. Çalışma koşullarında iyileşme olmadığını düşünen çalışanlarının oranı yüzde 42 iken, tersini ifade eden çalışanlarının oranı ise yüzde 29.8 olarak tespit edilmiştir. Yüzde 22.1 oran ise soruya ilişkin kararsız kalan katılımcıları temsil etmektedir.

Sağlık personeline verilen eğitimleri yeterli/faydalı buluyor musunuz?

Birbirinden ayrı iki soru şeklinde tanzim edilen “yeterli” ve “faydalı” ifadeleri çalışanların kendilerine verilen eğitimlere yönelik olumlu yaklaştığını resmetmektedir. Verilen eğitimleri “yeterli” bulanların oranı yaklaşık yüzde 58; “faydalı” olarak değerlendirenlerin oranı ise yüzde 62 düzeyinde karşılık bulmaktadır (“katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum”un toplamı). Eğitimleri “yeterli” bulmayanların oranı yüzde 18.1 olarak ortaya çıkmış; “faydalı” bulunmaması ise yüzde 14.6 seviyesinde kabul görmüştür (katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum ifadelerinin toplama).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu duydunuz mu?

Kurumsal farkındalığı ve güncel sağlamlasını yapmak için sorulan ifade, katılımcılardan yüzde 90 düzeyinde “evet” almıştır. Tamamlar şeklinde “Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğini duydunuz mu?” sorusu da eklenen anket, kurumsal algı adına olumlu sonuç vermiş şeklinde okunabilmektedir. Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği’ni duyduğunu söyleyen sağlık çalışanlarının oranı yüzde 91 olarak belirlenmiştir. Üçüncü ifadeyle son bulan kurumsal farkındalık değerlemesi “TKHK ve Genel Sekreterlikleri gerekli ve işlevsel buluyor musunuz?” çıkışıyla, sağlık çalışanlarının kuruma bakış açısını betimlemektedir. Söz konusu soruya katılımcıların yüzde 51’i “evet”; yüzde 39.7’si ise “hayır” şeklinde yanıt vermektedir.

Kamu Hastanelerini çevrenizdekilere önerir misiniz?

Çalışan (iç hedef kitle) memnuniyetinin dış (ana) hedef kitleye tesirini; taşınabilirliğini ölçmek isteyen soru, yüzde 72 düzeyinde “evet” almıştır. Kamuda hizmet veren sağlık çalışanlarının yüzde 20.5’i ise soruya olumsuz; “hayır” şeklinde cevap vermektedir.

Halkla İlişkiler konusunda Kamu Hastanelerinin sorun yaşadığını düşünüyor musunuz?

Fiziki koşullardaki iyileşme gibi Hİ ve iletişim alanındaki değerlendirmeleri de alınmak istenen katılımcılara yöneltilen soru, yüzde 59.5 seviyesinde “evet” ile yanıtlanmıştır. Kamu hastanelerinin böyle bir sorunu olmadığını dile getiren çalışan sayısı ise 210 (%33.6) olarak dikkat çekmektedir. Sorunun sağlamlasını yapmak ve çalışanların bakış açısını öğrenmek adına eklenen “Kamu Hastanelerinin İletişim ve Halkla İlişkiler konusunda daha çok çaba sarf etmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?” sorusu ise, yüzde 74.2 oranında “evet” olarak karşılık bulmuştur. Hİ ve iletişim konusunda kamu hastanelerinin çabalarını yeterli bulan sağlık çalışanı yüzdesi ise 20 seviyesindedir.

Ücret-yönetim ve özlük haklarına yönelik bildirim/bilgilendirme ihtiyacınız var mı?

Ön görüşmelerde tespit edilen üç ana sorun (ücret, yönetim ve özlük hakları) ile ilgili bilgi-çözüm-uygulama önerisi istenen sağlık çalışanlarının yüzde 49.4’ü söz konusu soruya “evet” ile karşılık vermiştir. Soruya olumsuz yanıt verenlerin oranı ise yüzde 40 olarak tespit edilmiş ve bu tablo açık uçlu sorularla desteklenmiştir. “Evet” yanıtını açması istenen çalışanların açık uçlu yanıtları rapor haline getirilerek orta ve uzun vadeli halkla ilişkiler kampanya; plan sürecine dahil edilmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Çalışmanın sonuçları özetlenerek yönetim olgusuna atfen yürütülecek halkla ilişkiler kampanyası bağlamında sınırlandırılarak ifade edilmiştir. Sağlık çalışanlarının yoğun ve etkili katılımının sağlanması adına kısa ve net ifadelerle tanzim edilen anket çalışması, açık uçlu soruların kurumsal değerlendirme mekanizması kapsamında uzun vadeli halkla ilişkiler planları dahilinde kullanılmasından dolayı değerlendirme dışı tutulmuştur.

Frekans değerleri ve genel durum tespiti olanaklarıyla -temel sınırlılıklar çerçevesinde (evren, örneklem, bildiri sınırlılıkları ve kurumsal değerlendirme mekanizması)- okunan araştırma verileri sonucunda kamuda çalışan sağlık çalışanlarının kurumsal aidiyete sahip olduğu anlaşılmıştır. İl ve ülke çatisi altındaki kurumsal yapılanmadan haberdar olan çalışanlar (TKHK ve İl Genel Sekreterlikleri), yaklaşık yüzde 50 düzeyinde bu yapılanmayı olumlu değerlendirmekte ve kendilerine verilen mesleki eğitimleri yerinde bulmaktadır. Mesleki algı ve memnuniyet konusunda iyileşmenin net bir şekilde kabul görmediği anlaşılmakla birlikte, kamuda çalışmaktan dolayı hissedilen memnuniyet özel sektöre kıyasla belirgin olarak fark edilmektedir. Sağlık hizmetini kamudan almayı tercih eden kamu sağlık çalışanları, -her ne kadar halkla ilişkiler ve iletişim alanında özel sektörü daha başarılı bulsalar da- kamu hastanelerini yüzde 72 oranında çevresindekilere önermektedir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgulardan bir diğeri de -fiziki koşullarla ilgili olan ifadelerde- kamuda hizmet veren sağlık çalışanlarının genelinin (yüzde 80’in üzerinde) fiziki koşullar iyileştiğinde mesleki ve kurumsal algılarının da gelişeceği yönündeki onaylarıdır. Öte yandan çalışan hakları ve koşulları konusunda son yıllarda belirgin gelişme olmadığını ifade eden çalışanlar kamu

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
8. KONGRESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

hastanelerinin iletişim ve halkla ilişkiler konusunda daha çok çaba sarf etmesi gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 1’de ifade edilen “Kurumsal Algı Yönetimi Bileşenleri” altında yer alan sözcülerden olan sağlık çalışanları, kurumsal algıyı dış hedef kitleye taşıyan “taşıyıcılar (yankı odaları)”, hatta lokomotif işlev sahibi iletişimciler olarak memnuniyet değerlendirmeleri yapmakta ve bu değerlendirmenin çıktısını hizmet, meslek ve kurumsal yapı çerçevesinde uygulamaya dönüştürmektedir. Toplum sağlığının gelişmesi, iletişim ve halkla ilişkiler temalı sağlık anlayışının sektöre; kamuya entegre edilmesi, kurum içi iletişimde (sağlık çalışanları) tesis edilen (sağlıklı) kurumsal kültürün kurum dışına (hastalara, hasta yakınlarına ve kamuoyuna) taşınması, terapötik-empatik-simetrik hizmet anlayışının eyleme dönüşmesi, kurumsal kimlik ve itibar alt başlıklarının (durum kategorizasyonu, genel kalite ve algılanan güncel kimlik gibi) doğru tespit ve tesis edilmesi, organizasyonel-operasyonel beceri, teknoloji ve işleyişin akışının sağlanması, sağlıkta işleyen yapının sürdürülebilir kılınması -en başta memnuniyeti sağlamış sağlık çalışanları- ile mümkün görünmektedir.

Kaynaklar

1. Akkılıç, M.E., Özbek, V., Koç, F. (2012). 17. Ulusal pazarlama kongresi “Pazarlamada kültür ve eğitim paradigması”. İzmir: Kanyılmaz.
2. Ateş, M. (2012). Sağlık işletmeciliği. İstanbul: Beta.
3. Bakan, İ. ve Kefe, İ. (2012). Kurumsal Açından Algı ve Algı Yönetimi. http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Images/images/files/2_0.pdf Erişim Tarihi: 06.08.2014
4. Becerikli, S. Y. (2008). Ve Halkla İlişkiler. Ankara: Karınca.
5. Çınarlı, İ. (2008). Sağlık iletişimi ve medya. Ankara: Nobel.
6. Desmond, J. (2010). Günümüz Hastasıyla İletişim. Ankara: Efil.
7. Ergin, A. (2011). Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Anı.
8. Hayran, O. ve Sur, H. (1998). Sağlık hizmetleri el kitabı. İstanbul: Yüce.
9. İslamoğlu, A. H., Candan, B., Hacıfendioğlu, Ş., Aydın, K. (2006). Hizmet pazarlaması. İstanbul: Beta.
10. Keyder, Ç. (2013). Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. İletişim.
11. Klitzman, R. Ed: Yurdakök, M. (2012). Doktor hasta olunca. Ankara: Ayrıntı.
12. Kozak, N., Özel, Ç.H., Yüncü, D.K. (2011). Hizmet pazarlaması. Ankara: Detay.
13. Odabaşı, Y. (2000). Satış ve pazarlamada müşteri ilişkileri yönetimi. İstanbul: Sistem.
14. Odabaşı, Y., Oyman, M. Ed: Timur, M.N. (2008). Sağlık hizmetleri pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
15. Okay, A. (2007). Sağlık iletişimi. İstanbul: Mediacat.
16. Okay, A. (2014). Sağlık iletişimi. İstanbul: Derin.
17. Okyavuz, Ü. H. (1999). Sağlık Psikolojisi. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
18. SABİM, (2014). <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-385/sabim.html> Erişim Tarihi: 04.07.2014
19. Soyer, A. (2004). Sanayi devriminden küreselleşmeye darbeden AK Partiye sağlığın öyküsü. İstanbul: Sorun.
20. Tabak, R.S. (2003). Sağlık iletişimi. İstanbul: Literatür.
21. Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık hizmetleri pazarlaması. Ankara: Siyasal.
22. Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2012). Sağlık işletmeleri yönetimi. Ankara: Nobel Akademik.
23. Tutar, H. (2009). Örgütsel iletişim. Ankara: Seçkin.
24. Yılmaz, A. ve Eroğlu, C. (2010). Davranış bilimleri ve örgütsel davranış. Ankara: Detay.

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME EĞİLİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Ayşe ÖZTÜRK TEKÇAM*

Ebru ORAK NİKSARLI**

Aytün LEYMUN***

Selma KARAKAPLAN****

ÖZET

Bu araştırmanın amacı; hastanede hizmet veren yönetici hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerini belirlemektir. Araştırmanın hedefi ise alanda yapılacak tespitler ile konuya olan bilinci arttırmak, eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye katkı sağlamaktır. Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın evrenini Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesinde çalışan 127 yönetici hemşire, örneklemi ise araştırmaya katılmayı kabul eden 116 yönetici hemşire (servis sorumlu hemşireleri de dâhil) oluşturmaktadır.

Araştırmanın verileri literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan hemşirenin sosyo-demografik özellikleri ile mesleki deneyim sürelerini içeren ve 1990 yılında Amerikan Felsefe Derneği'nin düzenlediği Delphi projesinde Facione tarafından geliştirilmiş olup Kökdemir (2003) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanan California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği kullanılarak oluşturulan anket formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak her bir anket 15-20 dakikada toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical package for social sciences) programı kullanılarak yüzde, aritmetik ortalama ve anova testleriyle analiz edilmiştir. Verilerin analizleriyle şu sonuçlara ulaşılmıştır: Yönetici Hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve alt boyutları ile karşılaştırılmış olup sadece yaşlarıyla, meslekte çalıştıkları toplam çalışma yıllarıyla ve bilimsel etkinliklere katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüş olup diğer verilerle karşılaştırma yapıldığında ise anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Genel olarak ise araştırmaya katılan yönetici hemşirelerin %81'inin ise orta düzeyde Eleştirel Düşünme Eğilimi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yönetici, Hemşire, Eleştirel Düşünme

*S.B.H.M. Bir. Sor., Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, aysetekcam@gmail.com

** S.B.H.M. Bir. Sor., Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ebru_orak@hotmail.com

*** S.B.H.Müdürü, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, leymun71@myinet.com

**** S.B.H.Müdür Yard., Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, selmakarakaplan@yahoo.com

DETERMINATION OF ADMINISTRATOR NURSES' CRITICAL THINKING DISPOSITIONS

ABSTRACT

The purpose of this reseach is find out the critical thinking tendencies of administrator nurses who have served in hospital. The objects of reseach are; to increase the conscios of topic, to help of improving the critical thinking abilities with some proves in field. Whole group of the research, which has done a definition type contains 127 administrator nurses who worked in Dr. Lütfi Kırdar Kartal Education And Research Hospital, Marmara University Pendik Education And Research Hospital, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Education And Research Hospital and Yavuz Selim State Hospital. Also specific group of the research contains 119 administrator nurses (including nurses who have service responsible) who accepted to be in this.

The data of this research have collected with inquiry form which is constituted to Measure of California Critical Thinking Tendency and face to face meeting. Each inquiry form have been filled by administrator nurses approximately 15-20 minutes. Using percentage, aritmetic average and anova tests, data of this research is analyzed with SPSS Programme. The results of the research with data analysis are; find out meaningful differantiations about their ages, their seniorities and situations of attending scientific meetings after comparing socio-demographic specialities to critical thinking tendencies and sub-dimensions of this. It has find “no meaningful result” out except these data. In general, %81 of administrator nurses who attend the research have a medium level of critical thinking tendencies.

Key Words: *Manager, Nurse, Critical Thinking*

1.Giriş

Bireyin becerikli olması, bu becerilerini çok iyi kullanabileceği anlamına gelmez. Bu durum eleştirel düşünme becerisiyle açıklanabilir. Bireyin becerilerini sergilemek için eleştirel düşünme becerileriyle de donanması gerekir. Özellikle teknolojinin etkisiyle, birçok alanda hızlı gelişmeler yaşanmaktadır. Bilim ve sağlık alanındaki gelişim hızı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık hizmet sektöründe görevli hemşirelerin de gelişime ayak uydurması, hızlı ve doğru kararlar alabilmesi gerekir.

Hızlı gelişime bağlı olarak birçok meslek grubunun çalışma, görev ve sorumluluk sınırları da genişlemektedir. Hemşirelerin de sağlık hizmet sektöründe söz sahibi oldukları, ani ve tutarlı kararlar aldıkları gözlemlenir. Eleştirel düşünme becerisine sahip, doğru kararlar alıp uygulayabilen ve kendine güvenen çalışanlar olmaları hemşirelerden beklenen bir davranıştır. Aksi durumlarda, çalışanın ve işin gelişmesinden söz edilemez.

Eleştirel düşünme; öğrenme yöntemleri, problem çözme, durum tespit analizi ve akıl yürütme gibi belli başlı konularda kullanılan etkili bir düşünme sürecidir. Birey, eleştirel yaklaşımla probleme yaklaşırsa sorunu daha ayrıntılı kavrama şansı bulur. Doğru algılanan soruna daha etkili çözüm önerileri sunulabilir. Bu sebeple, hemşirelerin iş ortamında karşılaştıkları anlık veya genel problemlere karşı her an tetikte olmaları, sorunlara karşı farklı

çözümler üretmeleri, bunlar arasından da en iyi çözüm olabilecekleri belirleyip uygulamaları gerekir. Bu nedenle hemşirelerin eleştirel düşünme becerileriyle donanmış olmaları elzemdir.

Eleştirel düşünme kapasitesi gelişmiş yönetici hemşirelerin bulunduğu sağlık kurumlarında daha kaliteli hizmetin varlığından söz edilebilir. Yönetici hemşirelerin de eleştirel düşünme becerisine sahip olması kurum veya şirketin amacına ulaşmasında önemli bir unsurdur. Araştırmanın amacı, bu çerçevede yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerini belirlemektir. Araştırmanın hedefi ise alanda yapılacak tespitler ile konuya olan bilinci arttırmak, eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye katkı sağlamaktır.

2.Genel Bilgiler

Bu başlık altında düşünme ve eleştirel düşünme ile ilgili genel terimlerin anlatımının yanı sıra düşünme türleri, eleştirel düşünme model ve stratejileri ve hemşirelikte eleştirel düşünme üzerine de bilgiler yer almaktadır.

2.1.Düşünme

Düşünme üzerine Platon'dan beri sayısız araştırma yapılmış ancak ortak bir tanım bulunamamıştır.(Kaya, 1997:8) Düşünme, gerçeği algılamak ve anlamak için gösterilen zihinsel çaba olarak tanımlanabilir.(Şengül, 2010:4)

2.2.Eleştirel Düşünme

Latince “Criticus” olarak kullanılan “eleştirel” kelimesi sorgulama, anlamlandırma ve analiz etmedir. Kelime Yunanca “kritikos” teriminden türetilmiş ve yayılmıştır.(Kaya, 1997:5) “Eleştirel kelimesi yunanca ayırt etme ve yargılama anlamında kullanılan bir kelime olan kritik anlamındaki ‘kritikos’ tan gelir. Osmanlıca da tenkit anlamındadır. Eleştirme, anlamı sormak, anlamı ifade etmek, analiz etmek, bir şeyi iyi ya da kötü yanlarıyla değerlendirme anlamındadır. Eleştirme çoğunlukla negatif, zararlı düşünce olarak görülür ama kendinizin ve diğerlerinin düşüncelerine meydan okuyan pozitif bir süreç olarak kullanılmaktadır. (Şenturan, 2006:17)

2.2.1.Eleştirel Düşünmenin Sağlayacağı Yararlar

İnsanların bağımsız yaşabilmeleri, başkalarına ihtiyaç duymadan kendi ihtiyaçlarını giderebilmeleri, karşılaştıkları sorunlara doğru ve yapıcı çözümler üretmeleri normal bir durumdur. Hatta bu şekilde kendilerine faydalı olan insanlardan, çevrelerine ve topluma da fayda sağlamaları beklenir. İşte bütün bunlar eleştirel düşünme becerisine bağlıdır. Eleştirel düşünmenin birçok kişiye yararı vardır. Bunlar şu şekilde açıklanabilir:

Hasta açısından;

- ✓ Kalış süresinin azalması,
- ✓ Kontrollerin azalması,
- ✓ Hasta memnuniyetinin artmasıdır.

Personel açısından;

- ✓ Personelin moralinin artması,
- ✓ Personelin memnuniyetinin artması,
- ✓ Farklı bir şeyler yapmanın verdiği mutluluk,
- ✓ Geniş bilgi birikimidir.

Ekip çalışması açısından;

- ✓ Ekip çalışmasındaki memnuniyetin artması,
- ✓ Düşünce paylaşımının artması,
- ✓ “Ben” yerine “Biz” kelimesinin daha çok kullanılmasıdır.(Erkuş, 2011:17)

2.3.Hemşirelik ve Eleştirel Düşünme

Hemşirelikte eleştirel düşünme kavramı ilk kez 1987 yılında Amerikan Felsefe Birliği tarafından başlatılan Delphi Projesi’nde ele alınmıştır. Delphi Araştırma Projesi iki yıl sürmüş ve Amerika Birleşik Devletleri ile Kanada’dan katılan 46 eleştirel düşünme uzmanının oluşturduğu bir komite tarafından psikoloji, felsefe, eğitim ve sosyoloji alanındaki çalışmalar incelenerek, eleştirel düşünme kavramı ile ilgili bilgiler ve içerdiği alanlar konusunda fikir birliğine varılmıştır. Proje sonuçları ise 1990 yılında basılmıştır. Projede eleştirel düşünme; “yorumlama, analiz, değerlendirme, anlamlandırma, amaçlı otokontrole sahip karar verme ve bu kararın temellendiği kavramsal kriterlere dayanan bir düşünme” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca 1991’de Amerika’da Ulusal Hemşirelik Derneği hemşirelik eğitiminde eleştirel düşünmenin vazgeçilmez olduğunu vurgulamıştır.(Yıldırım, 2010:28)

Hemşirelik mesleğinde eleştirel düşünme bir gerekliliktir. Sosyo-kültürel, ekonomik ve tüm çevresel girişimler, yaşam standardındaki yükseliş bu gerekliliklerin kaynağını oluştururlar. Eleştirel düşünmenin vazgeçilmezliği ve hemşire adayları için bir çıktı kriter olduğu fikri 1991 yılında National League for Nursing (NLN)’de ifade edilmiştir. “Yaşamsal ve kritik kararlar alan, uygulayan hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeleri, mesleğin artık yatak başı bakım - hizmeti olarak görülmemesi, bilime inanan ve gerçekleri araştırıp uygulayan, teorikle bağlantılı, el becerisi yanında zihinsel ve entellektüel gücünü de kullanan, kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştiren bir disiplin olmasında oldukça önemlidir. Araştırmalar eleştirel düşünmenin, zihinsel yeteneğin önemli bir boyutu olduğunu, olgunlaşma ve yaşantı zenginliklerinden etkilendiğini, bu nedenle eleştirel düşünme ile eğitim arasında önemli bir ilişki olduğunu açıklamaktadır.(Uçan, Taşcı ve Ovayolu, 2008:23) Diğer yandan Hicks ve arkadaşları ise konu ile ilgili yaptıkları çalışma neticesinde, eleştirel düşünme ile eğitim seviyesi ve deneyim arasında bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Hemşire eğitimciler ve araştırmacılara göre eleştirel düşünme, bir sorun analiz yöntemidir. Hem bireyin yaşam kalitesini hem de hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen mesleki karar verme süreci; hemşirelerde farklı biçimlerde düşünme becerilerini ve hemşirelik bilgilerinde belirli bir birikimi gerektirir. Dolayısıyla, eleştirel düşünmenin amacı bireye eleştirel bir bakış açısı kazandırmaktır.(Dikmen ve Usta, 2013:32)

Günümüzde teknolojinin de etkisiyle hemen hemen her alanda gelişim büyük bir ivme kazanmıştır. Sağlık sektöründe de gözlemlenen bu gelişim, 21. yüzyıl hemşirelerine yeniliklere ayak uydurma ve kendilerini geliştirme fırsatları sunmaktadır. Çağın gerisinde kalmamak ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmak adına hemşirelerin alanları ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmaları gerekir.

2.4.Yönetici Hemşirelerde Eleştirel Düşünmenin Önemi

Hemşirelerden sağlık hizmetlerinde ve özellikle klinik alanda etkili kararlar vermesi beklendiği için eleştirel düşünme becerisine sahip olmaları beklenmektedir. Bu sayede problem çözme yetilerinin gelişeceği düşünülür. Bu fikir ışığında hemşirelik eğitimi alan öğrencilere eleştirel düşünme konusunda eğitim verilmektedir. Hemşirelikte eleştirel düşünme konusuna karşı ilginin artma sebepleri olarak şunlar gösterilebilir:

- Öncelikli olarak hemşirelik eğitiminde, eleştirel düşünmeye karşı ilginin artması
- Eğitim sürecinde, yoğunlaşan ilgiye bağlı olarak eleştirel düşünmeyi geliştirici yöntem ve tekniklerin uygulanmaya başlanması
- Sağlık hizmet sektöründeki beklentilerin artışı

Akılcı kararların alınması, mesleki gelişimin devam ettirilmesi ve alternatif yaklaşımların belirlenmesi, eleştirel düşünmeyle gerçekleştirilir. Toplumda özellikle de sağlık alanında oluşan dinamik değişiklikler, 21. yüzyılın profesyonel hemşirelerine yeni mücadele ortamları yaratır. Değişik alanlarda sunulan hizmetin karmaşıklığı, kanıt temelli uygulamaların artması, teknolojik bilgi ve uygulamayı da içeren çok boyutlu bakım, hemşireleri esnek olma ve eleştirel düşünmeye zorlamaktadır.(Erkuş, 2011:46)

Hemşirelerin eğitimindeki değişimler sebebiyle uygulama alanlarındaki becerilerin beraberinde bilişsel becerilerin de gerekliliği fark edilmiştir. Hemşirelik, bilişsel ve psikomotor becerilerin birbirlerini destekleyip geliştirdikleri oranda verim alınacak bir meslektir. Eleştirel yaklaşımlar ve bu yaklaşımların dikkate alınarak klinik uygulamalarda değişime gidilmesi mesleğin ve sağlık hizmetinin kalitesini arttıracaktır.

Yönetici hemşireler, alanlarıyla ilgili tüm yenilikleri takip ederek bunları uygulamaya koyma şansına sahiptirler. Bunu sağlarken araştırmacı ve yenilikçi kimliklerini kullanırlar. Yenilikleri, farklılıkları istemek ve gelişim sağlamak için gerekli donanımlara sahip olmaları gerekir. Problem çözme becerisi, iyi bir yönetici hemşirede olmasa gereken bir özelliktir. Problem çözme becerisi ile yönetici hemşireler astlarının ihtiyaçlarını tespit ederek gerekli çözümleri üretirler. Astlarını da problemin bir parçası olmaktan çıkarıp çözümün bir parçası yaparlar. Diğer yandan bazı yönetici hemşireler bu konuda yeterli beceriye sahip değildir. Bu durum astların performansına ve hizmet kalitesine olumsuz yansır.

3.Gereç ve Yöntem

3.1.Araştırmanın Amaç ve Hedefi

İnsan hayatının öneminin en çok hissedildiği kurumlar olan hastanelerde görev yapan hemşirelerin belirli bir yönetim ile düzenlenmesi, denetlenmesi ve takip edilmesi

gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında da yönetici hemşirelerin de en az hemşireler kadar eleştirel düşünme eğilimlerine sahip olması gerekir.

Yöneticilerinin tutum ve davranışlarını örnek alan diğer hemşireler düşünüldüğünde, yönetici hemşirelerin bu eğilimlere sahip olmanın yanında, bu becerileri de çok iyi uygulaması beklenir.

Eleştirel düşünme eğilimlerine sahip yönetici hemşireler ile yönetilen, denetlenen hemşirelerin çalıştığı bir sağlık kurumunun, daha güvenilir ve profesyonel olduğu kabul edildiğinde, yönetici hemşirelerin bu eğilimlere sahip olmasının ve eleştirel düşünme becerilerini uygulamada gerçekleştirmelerinin ne kadar önemli olduğu da açıktır.

Araştırmanın amacı, bu çerçevede yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerini belirlemektir.

Araştırmanın hedefi ise alanda yapılacak tespitler ile konuya olan bilinci arttırmak, eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeye katkı sağlamaktır.

3.2.Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmanın evrenini, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (49 kişi), Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (45 kişi), Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (15 kişi) ve Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesinde (18 kişi) çalışan toplam 127 yönetici hemşire (servis sorumlu hemşireleri de dâhil) oluşturmaktadır. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeyip evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 116 yönetici hemşire ile yürütülmüştür.

3.3.Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Etik Kurul Onayı ve İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği bünyesinde hizmet veren “Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu” ndan izin alındıktan sonra literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan hemşirenin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki deneyim sürelerini içeren (1-7 soru) ve 1990 yılında Amerikan Felsefe Derneği'nin düzenlediği Delphi projesinde Facione tarafından geliştirilmiş olup Kökdemir (2003) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanan California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeğini (CCTDI) (51 ifade) kapsayan anket formu kullanılarak toplanmıştır.

3.4.Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical package for social sciences) programı kullanılarak yüzde, aritmetik ortalama ve anova testleriyle analiz edilmiştir. Eleştirel Düşünme Ölçeği 75 madde ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Ancak Kökdemir (2003) tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçek 51 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek analiz edilirken toplam Eleştirel Düşünme Eğiliminin yanı sıra bu alt boyutların analizi de yapılmıştır.

4. Bulgular

Bu bölümde hemşirelerin sosyo – demografik özellikleri, yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri ve eleştirel düşünme eğilimi alt boyutlarının değerlendirmesi ile sosyo-demografik özelliklerle eleştirel düşünme eğilimi arasındaki ilişkinin varlığı ile ilgiler yer verilecektir.

4.1. Yönetici Hemşirelerin Sosyo-Demografik Verilerine Ait Bulgular

Bu başlık altında örneklem grubundaki hemşirelerin sosyo – demografik özelliklerine göre dağılımları ve bu özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir. (Tablo 1)

Tablo 1: Yönetici Hemşirelerin Sosyo-Demografik Verilerine Ait Bulgular

Değişken	Düzy	N	%
Cinsiyet	Kadın	107	92,2
	Erkek	9	7,8
	Toplam	116	100,0
Yaş	25'den az	0	0,0
	26 – 35 yaş	43	37,1
	36 – 45 yaş	56	48,3
	46 yaş ve üzeri	17	14,7
	Toplam	116	100,0
Medeni Durum	Evli	89	76,7
	Bekâr	24	20,7
	Dul / Boşanmış	3	2,6
	Toplam	116	100,0
Eğitim Durumu	Lise Mezunu	0	0,0
	Önlisans Mezunu	9	7,8
	Lisans Mezunu	71	61,2
	Yüksek lisans Mezunu	36	31,0
	Toplam	116	100,0
Meslek Hayatında Toplam Çalışma Yılı	0 – 2 yıl	1	0,9
	3 – 5 yıl	9	7,8
	6 – 10 yıl	24	20,7
	11 – 20 yıl	38	32,8
	20 yıl ve üzeri	44	37,9
	Toplam	116	100,0
Yönetici Hemşire Olarak Çalışma Yılı	0 – 2 yıl	41	35,3
	3 – 5 yıl	31	26,7
	6 – 10 yıl	15	12,9
	11 – 20 yıl	26	22,4
	20 yıl ve üzeri	3	2,6
	Toplam	116	100,0
Bilimsel Bir Etkinliğe Katılma Durumu	Sadece Dinleyici Olarak Katıldım	81	69,8
	Sözel veya Poster Bildiri ile Katıldım	33	28,4
	Hiç Katılmadım	2	1,7
	Toplam	116	100,0

4.2. Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri ile alt boyutlarının detayı Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde genel olarak tüm alt boyutlarda orta düzey eğilim görülmüştür. Toplam Eleştirel Düşünme Eğilimlerine bakıldığında da aynı şekilde %81 oranında orta düzey olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Eleştirel Düşünme Ölçeği Alt Boyutlarından Alınan Puanların Detayı

	Düşük		Orta		Yüksek		Toplam	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Doğruyu Arama	48	41,4	48	41,4	20	17,2	116	100,0
Açık Fikirlilik	22	19,0	74	63,0	20	17,2	116	100,0
Analitiklik	7	6,0	61	52,6	48	41,4	116	100,0
Sistematiklik	29	21,6	80	69,0	11	9,5	116	100,0
Kendine Güven	28	24,1	64	55,2	24	20,7	116	100,0
Meraklılık	15	12,9	65	56,0	36	31,0	116	100,0
Toplam Eleştirel Düşünme Eğilimi	14	12,1	94	81,0	8	6,9	116	100,0

4.3. Sosyo- Demografik Özelliklerle Eleştirel Düşünme Eğilimi ve alt Boyutları Arasındaki İlişki

Eleştirel düşünme eğilimi toplamı ile alt boyutlarının yönetici hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında; hemşirelerin yaşları ile Doğruyu Arama ve Kendine Güven alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür(p<0.05). (Tablo 3)

Tablo 3: Yaş ile Eleştirel düşünme Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırılması

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Doğruyu Arama	Between Groups	3,393	2	1,697	3,314	,040
	Within Groups	57,848	113	,512		
	Total	61,241	115			
Kendine Güven	Between Groups	3,173	2	1,587	3,682	,028
	Within Groups	48,689	113	,431		
	Total	51,862	115			

Meslek hayatlarındaki toplam çalışma yılları ile eleştirel düşünme eğilimleri ve alt boyutları karşılaştırıldığında ise analitiklik alt boyutuyla anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). (Tablo 4)

Tablo 4: Meslek Hayatlarındaki Çalışma Yılları ile Eleştirel düşünme Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırılması

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Analitiklik	Between Groups	3,654	4	,913	2,751	,032
	Within Groups	36,855	111	,332		
	Total	40,509	115			

Bilimsel etkinliklere katılma durumları ile karşılaştırıldığında ise kendine güven alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar ($p<0.05$) elde edilmekle birlikte meraklılık alt boyutunda ise istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) ilişki görülmüştür. (Tablo5)

Tablo 5: Bilimsel Etkinliklere Katılma Durumları ile Eleştirel düşünme Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırılması

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kendine Güven	Between Groups	2,947	2	1,473	3,404	,037
	Within Groups	48,915	113	,433		
	Total	51,862	115			
Meraklılık	Between Groups	6,067	2	3,033	8,334	,000
	Within Groups	41,131	113	,364		
	Total	47,198	115			

Aynı zamanda bilimsel etkinliklere katılma durumları eğitim düzeyleri ile karşılaştırılmış olup bu sonuçta istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p<0.05$). (Tablo 6)

Tablo 6: Eğitim Düzeyleri ile Bilimsel Etkinliklere Katılma Durumlarının Karşılaştırılması

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Eğitim Durumu	Between Groups	3,708	2	1,854	5,984	,003
	Within Groups	35,008	113	,310		
	Total	38,716	115			

Diğer demografik verilerle de karşılaştırılma yapılmış olup Eleştirel Düşünme Eğilimi ile aralarında herhangi bir anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma verileri doğrultusunda elde edilen bulgulara göre; anket çalışmasına katılmayı kabul eden yönetici hemşirelerin büyük çoğunluğu (%92.2) kadınlardan oluşmaktadır. Yaş gruplarında ise 36 – 45 yaş aralığı yönetici hemşirelerin %48.3 ile çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Evli olan 89 örneklem (%76.7) medeni durum değişkeninde ön sıradadır. Araştırmamıza katılan yönetici hemşirelerin, en çok orana sahip oldukları diğer değişkenler de şöyledir: Öğrenim durumları açısından 71 kişinin (%61.2) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. 44 kişinin %37.9 ile mesleğinde 20 yıldan fazla bir süredir çalıştığını ve 41 kişinin (%35.3) ise 0-2 yıl yönetici hemşire olarak çalıştığını belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin lisans mezunu olmaları, alanlarıyla ilgili gerekli akademik eğitimi aldıklarının göstergesidir. Yeterli alan eğitimi alan ve mesleki teorik bilgi donanımına sahip bireylerin eleştirel düşünme becerilerinin de geliştiğini düşündüğümüzde bu sonuç olumlu olarak değerlendirilir. Akademik eğitimi yüksek olan yönetici hemşirelerin altında çalışan hemşirelere de olumlu örnek olacakları aşikârdır.

Hemşirelik mesleğinde uzun yıllar çalışanların tecrübeli oluşları özgüven işaretidir. Deneyimli personel sorun karşısında sakin ve tutarlı ve çözüm odaklı kararlar verebilirler. Bütün bunlar eleştirel düşünme becerilerinin geliştiğinin işaretidir. Diğer yandan yöneticilik deneyimi az olanların sayısı fazladır. Bu durum ilk başta olumsuz gibi karşılansa da aslında eleştirel düşünme becerilerinin gelişimi için faydalı bile sayılabilir. Yeni yöneticiler yeni kararlar almaya ve uygulamaya daha yatkındırlar. Kalıplaşmış ve eskimiş davranış ve uygulamaları reddederler. Bağlı buldukları kurumu ve personeli geliştirmek sorunlara farklı ve etkili çözümler üretmek çabasıdır. Bütün bunlar eleştirel düşünme becerilerini geliştiren gayretlerdir. Yeni tip yöneticiler astlarını çözümün parçası olmaya yönlendirirler. Onlara problemlerin çözümünde pay sahibi olmaları için fırsat sunarlar. Bütün bunlar çalışmada eleştirel düşünme eğilimi yüzdesini yükselten etkenlerdir.

Yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla uyguladığımız araştırma çalışmasının sonuçlarına bağlı olarak ortaya koyulan öneriler şöyledir;

✓ Yapılan araştırma sadece İstanbul ilinde faaliyet gösteren hastanelerde uygulanmıştır. Bilindiği gibi, çalışanlarda özgüven gelişimi ve eleştirel düşünme eğiliminin artışı sosyal çevreyle ilişkilidir. Ayrıca metropollerde, insanlar kendilerini mesleki ve sosyal yönden geliştirecek birçok aktivite ve kültürel faaliyette bulunabilirler. Bu fırsatlar onların özgüven gelişimini tetikler ve iletişim gücü yüksek sosyal bireyler olmalarına katkıda bulunur. Bu tip bireylerin de eleştirel düşünme eğilimleri yüksektir. Dolayısıyla taşrada ve daha kısıtlı ortamlarda çalışan yönetici hemşirelerin de bu çalışmaya dâhil edilmesi sonucu etkileyebilir. Aynı çalışmanın taşrada da yapıp metropollerde yapılan çalışmalarla kıyaslanması önerilir.

✓ Eleştirel düşünme eğiliminin tespiti için en iyi yöntem gözlemdir. Ayrıca bir iş ortamında, çalışanın mesai arkadaşları, ast ve üstleri, onun hakkında bu konuda en tutarlı bilgileri verecektir. Bu çalışmada bu tür veriler alınması mümkün değildir. Uygulama ve tüm veriler tümüyle çalışanların sözlerine bağlı olarak kaydedilmiştir. Eleştirel düşünme eğiliminin belirlenmesinde farklı tür çalışma ve uygulamaların hazırlanması daha tutarlı sonuç alma adına etkili olacaktır.

- ✓ Yönetici hemşirelikte ve diğer tüm yönetici birimlerde çalışanların, zamanla kalıplaşmış davranışları benimseyip uyguladıkları görülür. Bu davranışlar zamanla kişiyi yeniliğe kapalı ve hazır olanı koruyucu bir yönetici modeline sürükler. Eleştirel düşünme becerilerinin gelişimi için yeniliğe açık olmak, sürekli değişimi takip etmek ve teknolojiyle de ilgilenmek gerekir. Bu nedenle yönetici hemşirelerin bu tip çalışanlar olması gerekir.
- ✓ Yönetici hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılımları arttırılmalı ve bilimsel çalışmalar yapmaları için gerekli imkânlar sunulmalıdır. Diğer yandan yönetici hemşirelerin alanlarıyla ilişkili akademik çalışmalar yapmaları da teşvik edilmelidir.
- ✓ Genel olarak, yönetici hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimini arttıracak faaliyetlerin arttırılması konusundaki önerilere ek olarak kişisel beklentiler de karşılanmalıdır. Eleştirel düşünme eğiliminin gelişmesi için bireyin mutlu olması gerekir. Yönetici hemşirelerin beklentilerinin karşılanması esastır. Özellikle uygun çalışma ortamı, görüşlerinin ve uygulamalarının önemsenmesi, maaş gibi konular beklentilerin temelini oluşturur. Bunların karşılanması yönetici hemşirelerin memnuniyetini arttıracak ve işlerine gerekli özeni göstereceklerdir. Bütün bunlar kişide motivasyonu artırır. Daha çok çalışma ve iş üretme isteği oluşur. Mutlu olan yönetici hemşireler probleme odaklanır ve çözüm üretir. En önemlisi kendini sürekli yeniler. Bunlara bağlı olarak eleştirel düşünme eğiliminde artış gözlemlenir.

Kaynakça

1. Dikmen, Y.D. ve Usta, Y.Y., **Hemşirelikte Eleştirel Düşünme**, S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:1, 2013, Sayfa: 31-38.
2. Erkuş, B., **Özel Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Ve Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Düzeyi Ve Problem Çözme Becerileri**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, 2011.
3. Kaya, H., **Üniversite Öğrencilerinde Eleştirel Akıl Yürütme Gücü**, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 1997.
4. Şengül, F., **Hemşirelik Eğitim Modellerinin Öğrencilerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerine Etkisi: Çok Merkezli Çalışma**, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana, 2010.
5. Şenturan, L., **Hemşirelik Öğrencilerinde Eleştirel Düşünme**, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, 2006.
6. Uçan, Ö., Taşçı, S. ve Ovayolu, N., **Eleştirel Düşünme Ve Hemşirelik**, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 3, Sayı:7, 2008, Sayfa: 17-27.
7. Yıldırım, B., **Beceri Temelli Eleştirel Düşünme Öğretiminin Öğrenci Hemşirelerde Eleştirel Düşünme Gelişimine Etkisi**, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, İzmir, 2010.

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI SWOT ANALİZİ

Tuncay KÖSE*

Elif DİKMETAŞ YARDAN**

Serap DURUKAN KÖSE***

Fatih KÖKSAL****

ÖZET

Çalışmanın önemi: Hızla artan sağlık harcamaları son yıllarda sorgulanmaya başlanmış, kamu sağlık kuruluşlarında yapılmakta olan tedavilerde ne gibi tasarruflar sağlanabileceği sorularını gündeme getirmiştir. Bu kapsamda 2003 yılında dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması planlanmıştır. Bu programın önemli bir bileşeni olarak 2005 yılında uygulanmaya başlayan ve 13 Aralık 2010 tarihi itibariyle tüm illerde hayata geçirilmiş olan aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler içermektedir.

Çalışmanın amacı: Aile hekimliği uygulamasının güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek, karşılaşacakları fırsat ve tehditleri ortaya koymaktır. Araştırmada, Hazine Müsteşarlığı'nın 2011 yılı Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması Politika Analizi Raporu "Aile Hekimliği Swot Analizi" bölümünden elde edilen sorularla 2013 yılının Mayıs-Temmuz ayları arasında Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir ilde hizmet sunan 106 aile hekimine yüz yüze anket yöntemi ile SWOT analizi yapılmış ve aile hekimlerinin görüşü alınmıştır.

Bulgular: Çalışmada, aile hekimliği uygulamasının sırasıyla en güçlü yönleri olarak; koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artması ve bireylerin sürekli ilişki içinde olabilecekleri hekimlerin olması olarak bulunmuştur. Aile hekimliği uygulamalarının en zayıf yönleri olarak da; toplumda aile hekimliğine ilişkin olumlu algının henüz oluşmaması ve hekimlerin, hasta eğitimi uygulamaları için yeterli zaman bulamaması olarak bulunmuştur. Zorunlu sevk zincirinin oluşturulabilmesi ve sağlık harcamalarının azaltılması için aile hekimliği sistemi fırsat olarak kabul edilmekte; eğitim bölgelerinin kurulup desteklenmemesi ile aile hekimlerinin gelirlerinin düşmesi gelecekte aile hekimliği sistemi için tehdit olarak algılanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Sağlıklı toplumun sağlanmasında ilk basamak olan aile hekimliği uygulamaları, her ne kadar süreç olarak bazı zorlukları içermesine rağmen, sevk sistemini mali açıdan desteklemektedir. Ayrıca aile hekimliği uygulamaları ile toplumun bire bir sağlık sorunlarının çözümünde destekçisi olan aile hekimlerini yanında hissetmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, SWOT Analizi

* Yrd. Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tuncaykose@mu.edu.tr

** Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, elifdikmetas@hotmail.com

*** Yrd. Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdurukankose@mu.edu.tr

**** Yüksek Lisans Öğrencisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, fatihkoksas_88@hotmail.com

FAMILY MEDICINE APPLICATIONS SWOT ANALYSIS

ABSTRACT

Importance of the Study: Rapidly increasing health expenditures have been questioned in the recent years and brought together the questions about the possible savings in the treatments conducted at health institutions. Within this scope, the restructuring of the health system was planned parallel to the developments in the world, with the program called Transformation in Health (SDP). The implementation of Family Practice began in 2005 as an important component of this program and executed in all the cities by December 13, 2010. This implementation contains radical changes in the delivery of health services.

Purpose of the Study: To determine the strengths and weaknesses of family medicine application, and to reveal the possible opportunities and threats. In this research Undersecretary of Treasury Policy Analysis Report of 2011 on Family Medicine Application in Turkey's "Swot Analysis for Family Medicine" section questions were used in the interviews conducted by 106 family medicines in a city at the Black Sea Region between May-July 2013, a SWOT analysis was made and the opinion of family medicines was taken.

Findings: In this study, the strongest parts of the family medicine were set as the increase of the importance given to protective health services and having doctors with whom individuals could constantly interact. Weakest parts of the family medicine implementation are the lack of positive perception in the society towards this institution and inadequate time for the doctors to conduct patient trainings. Family medicine system is considered as an opportunity to establish a compulsory supply chain and to reduce the health expenditures; but the lack of establishment of and support to the education territories and the loss of income of family medicines are perceived as the threats for the future of this system.

Result and Recommendations: The family medicine implementations, which is the first step to create a healthy society, even though it has some problems in terms of the process, supports the dispatch financially. Besides, it is very important for the society to feel the family medicines close to themselves as the sustainers of the solution of the health problems.

Key Words: Family medicine, Swot Analysis

1. Giriş

Tıp biliminin amacı güvenli, etkili, verimli, zamanında, hasta merkezli ve eşitlikçi bakım sağlamaktır. Birçok ülkede aile hekimliği, toplumun sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturan birinci basamak sağlık sisteminin temel disiplini olarak karşımıza çıkmaktadır (Weel ve Rosser, 2004: 5-6). Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Bu görüşün ilk yansıması 1952 yılında İngiltere’de Royal College of General Practitioners’in kurulması olmuştur. Bunun ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’in 1966 yılında Milis ve Willard Raporları’nı yayınlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği

Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (Dikici, Kartal vd., 2007: 412). WONCA - Avrupa'nın tanımına göre aile hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (Allen vd., 2002: 5). Bu disiplinin ilkelerine göre yetiştirilen uzmanların sahip olmaları beklenen altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar kısaca; birincil bakım yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum temellilik ve bütüncül yaklaşım olarak özetlenmektedir (Güldal, Günvar vd., 2012: 107). Aile hekimliğinin temel özellikleri ise aşağıda açıklanmaktadır (Allen vd., 2002: 5):

- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- Hastayla kendine özgü görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- Hastanın gereksinimleri doğrultusunda belirlenen sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetir.
- Gelişiminin erken evresinde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Aile Hekimliği kavramı, Türkiye’de de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan Aile Hekimliği uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. 1985 yılında Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır (Algın, Şahin ve Top, 2004: 251). 16 Temmuz 1993 tarihi ise aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli kilometre taşlarından biri olmuştur. Bu tarihte Yüksek Öğrenim Kurulu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür (Şensoy, Başak ve Gemalmaz, 2009: 50). Bir sistem olarak Aile hekimliğine geçilmesi ise 2003 yılında hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırılan ve sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü değişiklikler yapmayı hedefleyen bir reform paketi ile olmuştur. Bu reform

paketinin getirdiği yeniliklerden birisi olan Aile Hekimliği Sistemine geçiş süreci esaslarını belirleyen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Pilot il olarak belirlenen Düzce'de 2005 yılında aile hekimliği uygulamasına başlanmıştır (Nesanır ve Erkman, 2010: 493; Nur, Özşahin vd., 2009: 13). 2010 yılı sonu itibari ile tüm nüfusu kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır. Halen 81 ilde 6 bin 330 Aile Sağlığı Merkezinde, 20 bin 245 Aile Hekimi ve 17 bin 256 Aile Sağlığı çalışanı ile yürütülen bu hizmetler kapsamında her bir aile hekimi ortalama 3 bin 650 vatandaşımızın birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmektedir (Üstü, Uğurlu vd., www.sakahed.org).

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın amacı, tüm ülkede yaygınlaştırılmış olan aile hekimliği uygulamasının güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek, karşılaşılabilecek fırsat ve tehditleri ortaya koymaktır. Hazine Müsteşarlığı'nın 2011 yılı Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması Politika Analizi Raporu “Aile Hekimliği Swot Analizi” bölümünden elde edilen sorularla 2013 yılının Mayıs-Temmuz ayları arasında Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir ilde hizmet sunan 106 aile hekimine (N=154) yüz yüze anket yöntemi ile swot analizi yapılmış ve aile hekimlerinin görüşü alınmıştır. Swot analizi; işletmelerin içinde buldukları durumun iç etkenler (güçlü ve zayıf yönler; strenghts, weaknesses: SW) ve dış etkenler (fırsatlar ve tehditler; opportunities, threats: OT) açısından analiz edilmesi ile ilgili bir yöntemdir (Yumuk ve İnan, 2005: 178).

3. Bulgular

Tablo 1’de katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili tanımlayıcı bilgiler verilmektedir.

Tablo 1: Tanımlayıcı Bilgiler

Tanımlayıcı Bilgiler		(n)	(%)
Cinsiyet	Kadın	46	43,4
	Erkek	60	56,6
	Toplam	106	100,0
Uzmanlık	Aile Hekimliği Sertifikası	94	88,7
	Aile Hekimliği Uzmanı	12	11,3
	Toplam	106	100,0
Medeni Durum	Bekâr	22	20,8
	Evli	84	79,2
	Toplam	106	100,0
Aile Hekimliğinde Mesleki Süre	1-4 yıl	44	44
	5-7 yıl	56	56
	Toplam	100	100,0
Yaş	28-36	34	32,4
	37-43	34	32,4
	44+	37	35,2
	Toplam	105	100,0
Kayıtlı Hasta Sayısı	Ortalama	3.949,02±282,65	
Günlük Hasta Sayısı	Ortalama	71,34±9,85	
Aylık Gelir	Ortalama	5.506,04±719,17	

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların çeşitli sosyo-ekonomik özelliklerinde göre dağılımı incelendiğinde, %56,6’sının erkeklerden, %43,4’ünün ise kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların büyük bölümü (%79,2) evli, %67,6’sı 37 ve üstü yaştadır. Katılımcıların %11,3’ü aile hekimi uzmanı iken, geri kalan %88,7’sinin aile hekimliği sertifikası mevcuttur. Aile hekimi olarak çalıştıkları süre incelendiğinde %44’ü 1-4 yıl süre arasında, %56’sı ise 5-7 yıl arsında aile hekimi olarak hizmet vermektedir. Kayıtlı hasta sayıları ortalama 3.949 kişi ve günlük hasta sayısı ortalama 71,34 kişidir. Sundukları sağlık hizmeti karşılığında da aylık olarak ortalama 5.506,04 TL gelir elde etmektedirler.

Aile Hekimliği uygulamasının geliştirilmesi hem sektör içi faktörlerden kaynaklanan güçlü ve zayıf yönlerin analizini, hem de dış çevresel durumların oluşturduğu fırsat ve tehditlerin analizini gerektirmektedir. Tablo 2’de Karadeniz Bölgesi’nde yer alan bir ilde hizmet sunan aile hekimlerinin güçlü ve zayıf yönleri ile karşı karşıya kaldığı tehdit ve fırsatlar gösterilmektedir.

Tablo 1: Aile Hekimliği Uygulamaları Güçlü ve Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler

GÜÇLÜ YÖNLER	ZAYIF YÖNLER
<ul style="list-style-type: none"> (G1) Aile hekimliği uygulaması ile koruyucu sağlığa verilen önemin artması (G2) Sistemin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik yeteri kadar düzenleme yapılmış olması (G3) Aile hekimlerinin mevcut ücretlerinin birinci basamakta çalışmayı teşvik etmesi (G4) Aile hekimliğinde başvuru sonrası bekleme süresinin diğer basamaklara göre kısa olması. (G5) Aile hekimliği biriminde yapılan tedavilerinin maliyetinin üst basamaklardan daha düşük olması. (G6) Bireylerin sürekli ilişki içinde olabilecekleri hekimlerin olması. 	<ul style="list-style-type: none"> (Z1) Aile hekimlerinin eğitimleri arasındaki fark. (Z2) Aile hekimliğine yapılan müracaat sayıları artarken üst basamaklara yapılan müracaat sayılarının azalmaması. (Z3) Aile sağlığı biriminin finansal sorumluluğunun hekimlere yüklenmesi (Z4) Mükerrer muayene ve harcamaların oluşması. (Z5) Hasta eğitimi için yeteri kadar zaman bulunamaması. (Z6) Sistemin yeni olması. (Z7) Aile hekimlerinin ilaç yazmaları konusunda kısıtlarının bulunmaması dolayısıyla sağlık harcamalarının artması. (Z8) Hekimlerin polikliniklerinden zaman bularak tarama, aşılama gibi uygulamalara zaman ayıramaması. (Z9) Hekim sayısının yetersiz olması. (Z10) Aile hekimi uzmanı olmayan pratisyen hekimlere verilen eğitimin yetersizliği. (Z11) Toplumda aile hekimliğine ilişkin olumlu algının henüz oluşmaması.
FIRSATLAR	TEHDİTLER
<ul style="list-style-type: none"> (F1) Aile hekimliği sisteminin uygulanması ile sağlık sistemimizin, gelişmiş ülkelerin sağlık sistemi seviyesine gelme süreci hız kazanmıştır. (F2) Zorunlu sevk zinciri mekanizmasının oluşturulması (F3) Aile hekimlerinin sağlığı korumaya yönelik önerilere, taramalara ve aşılama hizmetlerine giderek daha fazla zaman ayırması ile toplum sağlığının iyileştirilmesi (F4) Aile hekimliği sistemi ile sağlık harcamalarında azalma sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> (T1) Aile hekimlerinin gelirlerinin düşmesi. (T2) Eğitim bölgelerinin kurulup desteklenmemesi (T3) Sevk sisteminin olmaması nedeniyle birinci basamağın hak ettiği öneme kavuşamaması. (T4) Sevk sistemi olmaması nedeniyle sağlık harcamalarında beklenen iyileşmenin gerçekleşmemesi (T5) Aile sağlığı elemanlarının eğitim eksikliği (T6) Gerekli yatırım önceliklerinin sağlanamaması

Tablo 2’de sunulmuş olan aile hekimliği uygulamalarının güçlü ve zayıf yönleri ile fırsatlar ve tehditleri seçeneklerine aile hekimlerinin vermiş olduğu yanıtların ortalamalarına göre sıralamaları aşağıda ayrı ayrı değerlendirilmektedir.

Tablo 3’de Aile Hekimliği uygulamasının güçlü yönlerine ilişkin katılımcıların görüşleri yer almaktadır. Sonuçlara göre en önemli güçlü yönler; Aile hekimliği uygulaması ile koruyucu sağlığa verilen önemin artmış olmasıdır ve bireylerin sürekli ilişki içinde olabilecekleri hekimlerin olmasıdır. Katılımcılar güçlü yönler arasından en az önemi, “Aile Hekimliği sistemin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik yeteri kadar düzenleme yapılmış olması” seçeneğine vermişlerdir.

Tablo 3: Güçlü Yönler

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıralama
G1	106	4,0660	,78399	1
G2	106	2,8302	,99973	6
G3	106	3,2264	1,13207	5
G4	106	3,5755	,92529	3
G5	106	3,2453	1,11108	4
G6	106	3,6132	1,15940	2

Tablo 4’de ise Aile Hekimliği uygulamasının zayıf yönlerine ilişkin katılımcıların görüşleri yer almaktadır. Sonuçlara göre en önemli zayıf yönler; toplumda aile hekimliğine ilişkin olumlu algının henüz oluşmaması ve hasta eğitimi için yeteri kadar zaman bulunamamasıdır. Diğer yandan katılımcılar zayıf yönler arasından en az önemi, “Aile hekimi uzmanı olmayan pratisyen hekimlere verilen eğitimin yetersizliği” seçeneğine vermişlerdir.

Tablo 4: Zayıf Yönler

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıralama
Z1	106	3,0094	,91021	10
Z2	106	3,5755	,96558	7
Z3	106	3,7358	1,09807	5
Z4	106	3,4340	,94636	8
Z5	106	3,8302	,86709	2
Z6	106	3,7925	1,00206	3
Z7	106	3,1321	1,11334	9
Z8	106	3,7264	,97133	6
Z9	106	3,7736	1,01684	4
Z10	106	2,9717	,99960	11
Z11	106	4,1509	,90283	1

Aile hekimliği sisteminin yarattığı fırsatlar hakkındaki görüşler ise Tablo 5’de yer almaktadır. Sonuçlara göre en önemli fırsatlar; zorunlu sevk zinciri mekanizmasının oluşturulması ve sağlık harcamalarında azalma sağlanmasıdır. Fırsatlar arasında “Aile

hekimliği sistemi ile sağlık sistemimizin gelişmiş ülkelerin sağlık sistemi seviyesine ulaşma sürecinin hızlanmış olması” fırsatı en az fırsat olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 5: Fırsatlar

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıralama
F1	106	3,4057	1,14458	4
F2	106	3,6226	,98998	1
F3	106	3,4717	1,07089	3
F4	106	3,6038	,93278	2

Tablo 6’ da aile hekimliği uygulamasının tehditlerine ilişkin katılımcıların görüşleri yer almaktadır. Sonuçlara göre kabul edilen en önemli tehditler; eğitim bölgelerinin kurulup desteklenmemesi ve aile hekimlerinin gelirlerinin düşmesidir. Aile sağlığı elemanlarının eğitim eksikliği ise tehditler arasında en azı olarak kabul edilmektedir.

Tablo 6: Tehditler

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıralama
T1	106	3,7170	1,05789	2
T2	106	3,8208	1,01228	1
T3	106	3,6604	1,07692	3
T4	106	3,5472	1,09659	5
T5	106	3,2170	,97595	6
T6	106	3,5660	,99541	4

4. Sonuç ve Öneriler

Tıbbi bakım arayan herkese koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunma ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu olarak kısaca tanımlanan aile hekimliği, ülkemiz açısından yeni bir durumdur. Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin aile hekimi ile yürütülmesi sonucunda hekim-hasta ilişkisinin güçleneceği, böylece hastalıkların önlenilebileceği ve toplum sağlığında daha çok gelişmeler sağlanabileceği düşünülecektir. Bu sistemin başarılı bir şekilde yürütülmesi için sistemin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik değerlendirilmelerle daha fazla yasal düzenlemelerin yapılması, toplumda aile hekimliğine ilişkin olumlu algının oluşturulması gerektiği görüşü hâkimdir. Aile hekimliği uygulamasının zayıf yönleri arasında hasta eğitiminin az olduğu görüşü hâkimdir. Eğitimin artırılması ile ayrıca toplumun sisteme yönelik olumlu algısının da oluşturulabileceği önerilmektedir.

Aile hekimliği sistemi katılımcılar açısından maliyet tasarrufu açısından fırsat olarak değerlendirilmektedir. Aile hekimliği sistemi ile birlikte sevk zincirinin oluşturulması halinde bireyler birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilecek, böylece sağlığa ayrılan



kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması sağlanabilecektir. Ancak mevcut durumda sevk zincirinin henüz tam olarak sağlanamamasından dolayı bireyler doğrudan ikinci ve üçüncü basamakta hizmet sunan sağlık kurumlarına başvurabilmekte ve maliyetleri daha yüksek olan sağlık hizmetlerini alabilmekte; bu nedenle de maliyet tasarrufu yeterince sağlanamamaktadır. Aile hekimliği sisteminden beklenen faydanın sağlanabilmesi için sevk zincirinin zorunlu hale getirilmesi gerekmektedir.

Sağlıklı toplumun sağlanılmasında ilk basamak olan aile hekimliği uygulamaları, her ne kadar süreç olarak bazı zorlukları içerse de, sevk sistemini mali açıdan desteklemektedir. Ayrıca aile hekimliği uygulamaları ile toplumun bire bir sağlık sorunlarının çözümünde destekçisi olan aile hekimlerini yanında hissetmesi önem taşımaktadır. Bu çalışma ile Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerinden birisi olan aile hekimliği uygulamalarının swot analizi ile güçlü ve zayıf yönleri, fırsat ve tehditleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Geriye kalan bileşenler üzerinde de swot analizi yapılarak Sağlıkta Dönüşüm Programının genel bir değerlendirilmesinin yapılabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Algın Kürşat, Şahin İsmet ve Top Mehmet (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:3, ss. 249-275.
2. Allen Justin, Gay Bernard, Crebolder Harry ve Diğerleri (2002). *The European Definition of General Practice / Family Medicine*, (Edited by: Dr Philip Evans), WONCA EUROPE, WHO Europe Office, Barcelona, Spain.
3. Dikici Fevzi, Kartal Mehtap, Alptekin Serap ve Diğerleri (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27:412-418.
4. Güldal Dilek, Günvar Tolga, Mevsim Vildan ve Diğerleri (2012). Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri İle Uyuşmakta Mıdır?, *Türk Aile Hek Derg*, 16(3):107-112, doi:10.2399/tahd.12.107.
5. Hazine Müsteşarlığı (2011). *Aile Hekimliği Uygulaması Politika Analizi Raporu*, [http://www.sgb.gov.tr/IPA%20Projesi/1.%20Bile%20C5%9Fen%20-%20E%20C5%9Fle%20C5%9Ffirme/E%20C4%9Fitim/5.%20Kamu%20De%20C4%9Feri%20-%20Politika%20Analizi%20ve%20De%20C4%9Ferlendirme/T%20C3%BCrk%20C3%A7e%20Dok%20C3%BCmanlar/Politika%20Analizi%20Grup%20C3%87al%20C4%B1%20C5%9Fmas%20C4%B1/3.%20C3%87al%20C4%B1%20C5%9Fma%20ve%20Nihai%20Raporlar%20\(27%20May%20C4%B1s%202011\)/TR080206-Akt%201%202%203-Politika%20Anz%20Rap-Hazine%20C3%96%20C4%9Fle.pdf](http://www.sgb.gov.tr/IPA%20Projesi/1.%20Bile%20C5%9Fen%20-%20E%20C5%9Fle%20C5%9Ffirme/E%20C4%9Fitim/5.%20Kamu%20De%20C4%9Feri%20-%20Politika%20Analizi%20ve%20De%20C4%9Ferlendirme/T%20C3%BCrk%20C3%A7e%20Dok%20C3%BCmanlar/Politika%20Analizi%20Grup%20C3%87al%20C4%B1%20C5%9Fmas%20C4%B1/3.%20C3%87al%20C4%B1%20C5%9Fma%20ve%20Nihai%20Raporlar%20(27%20May%20C4%B1s%202011)/TR080206-Akt%201%202%203-Politika%20Anz%20Rap-Hazine%20C3%96%20C4%9Fle.pdf), Erişim Tarihi: 14.04.2013.
6. Nesanır Nasır ve Erkman Naile (2010). Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış, *TAF Prev Med Bull*, 9(5):493-504.
7. Nur Naim, Özşahin Sefa Levent, Çetinkaya Selma ve Sümer Haldun (2009). Sağlık Ocağı Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli, *TAF Prev Med Bull*, 8 (1):13-16.
8. Şensoy Nazlı, Başak Okay ve Gemalmaz Ayfer (2009). Umurlu Aile Hekimliği Merkezi’nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? *Kocatepe Tıp Dergisi*, 10: 49-56 / Ocak-Mayıs-Eylül.
9. Üstü Yusuf, Uğurlu Mehmet, Eğitici Taşkın M. ve Diğerleri, Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları – I, <http://www.sakahed.org/files/Aile%20Hekimligi%20Uygulamasinda%20Guncel%20Problamlar%20ve%20Cozum%20Yollari%201.pdf>, Erişim Tarihi: 19.06.2014.
10. Weel Chris van ve Rosser Walter W. (2004). Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity, *Ann Fam Med* 2004;2(Suppl 2):S5-S16. DOI: 10.1370/afm.194.
11. Yumuk G ve İnan İ. H. (2005). Trakya Bölgesindeki İmalat Sanayi İşletmelerinin Kalite Maliyetlerinin SWOT Analizi İle Değerlendirilmesi, *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2(2), ss. 177-185.

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN DEĞİŞİM SÜRECİNE BAKIŞ AÇILARINI BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

*Harun KIRILMAZ**

*Mehmet BAĞIŞ***

*Bilal SALİM****

*İsmail ŞİMŞİR*****

ÖZET

Bütün örgütsel yapıları etkileyen değişimin, sağlık sektörünü de etkilediği görülmektedir. Bu araştırmada Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinde yaşanan örgütsel değişim sonucu kurulan Kamu Hastaneleri Birliklerinin yapısının incelenmesi ve bu yeni yönetim yapısının yöneticiler tarafından nasıl algılandığının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Araştırma bir Kamu Hastaneleri Birliği ve buna bağlı 5 sağlık tesisinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Kamu Hastaneleri Birliği ve sağlık tesislerinde görev yapan orta ve üst düzey yöneticiler oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından geliştirilen mülakat formu yeni yönetim yapılanması, birlik-sağlık tesisi ilişkisi ve özlük hakları olmak üzere 3 ana faktörü içermektedir. Veri seti araştırmaya katılmayı kabul eden 15 orta ve üst düzey sağlık tesisi yöneticisinin her biriyle 45-60 dakikalık görüşmeler sonunda elde edilmiştir. Elde edilen veri seti, içerik analizi kullanılarak araştırmacılar tarafından belirlenen kriterlere göre incelenmiştir.

İlk aşamada elde edilen bulgulara göre; birlik yöneticileri yeni yapılanma ile kaynakların etkin kullanıldığını, hizmet bütünlüğünün sağlandığını ve yerinden yönetim olanaklarının arttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca yerel merkezleşmenin artması, yönetsel etkililiğin azalması, yönetsel yapının esnekliğine vurgu yapılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında elde edilen bulgularda; üst yönetimin etkinliği, farklı liderlik stillerine vurgunun artması, yetki devrinin tam yapılamamasının yerelleşmeyi engellemesi, üst yönetimle etkin iletişimin sahada etkisinin görülmemesi sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırmanın üçüncü boyutundan elde edilen bulgularda ise; özlük hakları, performans kriterleri, motivasyon ve verimlilik konusunda bulgulara ulaşılmıştır. Sonuç olarak sağlık sistemlerinde değişim sürecinin hedefine ulaşabilmesinin yöneticilerin bilgi düzeyleri, liderlik ve yöneticilik tarzları ile doğrudan ilgili olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Değişim, Sağlık Yöneticileri, Kamu Hastaneleri Birliği

*Yrd.Doç.Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, hkirilmaz@sakarya.edu.tr

**Sakarya Kamu Hastaneleri Birliği, m.bagis33@gmail.com

***Sakarya Kamu Hastaneleri Birliği, bilalsalimtr@gmail.com

****Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, simsirism@gmail.com

A STUDY INTENDED FOR DETERMINING HEALTHCARE MANAGER'S PERSPECTIVE TO CHANGE PROCESS

ABSTRACT

It is apparent that organizational change affecting the whole organizational structures affects organizations in healthcare sector as well. The aim of this study is investigating the structures of Associations of Public Hospitals established as a result of organizational change in healthcare services occurred in the scope of Health Transformation Program and revealing how this new management pattern is perceived by managers. Research was conducted in an Association of Public Hospitals and 5 subsidiary healthcare facilities. The universe of research is comprised of mid-level and top-level managers of Association and subsidiary facilities. Semi-structured interview method was used as data-gathering tool. Interview questionnaire is comprised of 3 main factors including new management setup, interrelation between Association and subsidiary facilities and personnel benefits. Data set was gathered at the end of 45-60 minutes interviews with 15 mid-level and top-level managers consented to take part in research. Data set was examined utilizing content analysis method in accordance with criteria which were defined by researchers.

Managers of Association stated that resources were used efficiently, service integrity was ensured and decentralization potentialities increased with reorganization according to findings obtained at first stage. Furthermore, increment of local centralization, decline in managerial effectiveness and flexibility of administrative structure were emphasized. The findings obtained concluded as efficiency of top management, increment of emphasis to various leadership styles, hurdling of localization because of delegation of authority could not be sherry done, not being seen of influence of effective communication with top management on field at second stage of the study. As for some findings obtained in subjects of personnel benefits, performance criteria, motivation and efficiency at third stage of the study. In conclusion, it was seen that reaching its target of change process in healthcare systems is directly associated with knowledge levels, leadership and management styles of managers.

Key Words: *Organizational Change, Healthcare Managers, Association of Public Hospitals*

1. Giriş

Küresel değişim dinamiklerinin tetiklediği ve sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş sürecinde bu dinamiklerin beraberinde getirdiği toplumsal, kültürel ve siyasi değişim ve dönüşümler, ülkelerin kamu yönetimi alanlarını da derinden etkilemektedir (Gökçe ve Turan, 2000). Özellikle 1980'lerden sonra birçok devletin kamu yönetimi sistemleri büyük bir reform dalgası altına girmiştir. İngiliz fizikçi ve felsefeci David Bohm'un (Akt. Woods ve Grant, 2004) "Doğada hiçbir şey sabit kalmaz. Her şey sürekli bir dönüşüm, hareket ve değişim halindedir" sözü de bu durumu açıklamaktadır.

Günümüzün hızla değişen dünyasında toplumsal ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmetleri üretemeyen örgüt yapıları durağanlaşmakta, bu durum toplumun beklentilerini karşılayamayan örgütlerin uluslararası rekabette geri kalmasına sebep olmakta ve onları yok olma tehlikesiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu sebeple örgütler çevrelerinde meydana

gelen sosyal, kültürel, ekonomik, teknolojik ve toplumsal değişimlere uyum sağlamalı ve yapılarında gerekli değişimleri sağlayacak düzenlemeleri gerçekleştirmelidir. Hiçbir zaman hız kesmeyen bu değişim sürecinde örgütler sürekli yolda olduklarını unutmamalıdır.

Literatürde, değişim kavramına farklı anlamlar yüklenerek tanımlandığı görülmektedir. Toffler (1981) değişimi, belirli bir zaman aralığına dolmuş olaylar sayısı olarak ifade ederken; Blake ve Jarvenpaa (1991) ise, planlı ya da plansız herhangi bir sistemin, belli bir durumdan başka bir duruma dönüşmesi olarak tanımlamaktadır. Diğer bir tanıma göre değişim, örgütün çeşitli alt sistem ve unsurlarında veya bunlar arasındaki ilişkiler sisteminde meydana gelebilecek olumlu veya olumsuz, niteliksel veya niceliksel, planlanan veya planlanmayan bütün değişiklikleri ifade etmektedir (Tokat, 2012).

Bu çalışmada örgütsel değişim modelleri hakkında bilgi verilip sağlık hizmetleri yapılanmasında yaşanan değişimin hangi modelde yer aldığı belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla bir Kamu Hastane Birliği ve buna bağlı sağlık tesislerinde görev yapan orta ve üst düzey yöneticilerle mülakat yapılmıştır. Mülakat sonucunda elde edilen görüşler çerçevesinde sağlık yöneticilerinin Sağlık Bakanlığı'nın yeni yönetim yapılanmasını nasıl algıladıkları ortaya konmaya çalışılmıştır.

2. Örgütsel Değişim Modelleri Tipolojisi

Multidisipliner literatür temelinde pek çok örgütsel değişim teorisi veya modelinin var olduğu görülmektedir. Bu çalışmada incelenen literatür insan, biyoloji veya büyük değişim teorileri yerine örgütsel değişim modelleriyle sınırlıdır (Phillips ve Duran, 1992; Salipante ve Golden-Biddle, 1995). Örgütsel değişim modelleri alanında en kapsamlı tipolojilerden biri Van de Ven ve Poole (1995) tarafından önerilen ve yaşam çevrimi, evrimsel, döngüsel ve teleolojik kategorilerden oluşan tipolojidir. Bunun yanı sıra değişim için önerilen iki ek kategori de sosyal biliş ve kültürel yaklaşımlardır.

Bazı teorisyenlerin yaşam çevrimi modelinin evrimsel modelin bir çeşidi olduğuyla ilgili tartışmaları vardır, fakat onları ayırt etmek için yeterli kanıtın varlığı görülmektedir (Levy ve Merry, 1986). Örneğin farklı bir disiplin temelinden (biyoloji yerine psikoloji) ortaya çıkan yaşam çevrimi modeli daha az belirlenimcidir ve diğer ayrımlar arasında değişim elemanlarından insana daha fazla odaklanır (Kezar, 2001). Literatürde en yaygın kullanılan teleolojik (bilimsel yönetim veya planlanmış değişim) ve evrimsel (uyum değişimi) değişim modelidir.

Evrimsel değişim modellerin sosyal ve biyolojik olmak üzere iki ana tipi vardır. Pek çok model bu gelenek içerisinde geliştirilmiştir. Bu modeller uyum, kaynak bağımlılığı, kendi kendini örgütlenme, koşul bağımlılık, sistem teorisi, stratejik seçim ve popülasyon ekolojisidir (Kezar, 2001). Bu model değişimi biyolojik incelemeler üstünde temellendirir, kademeli olarak çevresel etkiler şeklinde mutasyonların yavaş bir akımıyla değişime odaklanır (Morgan, 2006). Bu teori sosyal evrimsel teorilerin politik bilim ve sosyoloji gibi disiplinlere yansıtılmasıyla genişletilmiştir. Bu teorinin altında yatan temel varsayım; değişimin her bir

organizasyonun koşullar, durumsal değişkenler ve çevreyle yüzleşmesine bağlı olduğu varsayımdır (Morgan, 2006). Doğal seçim teorilerinden uyarlanarak elde edilen evrimsel modellerin ilk örnekleri örgütsel değişimde uygulanmıştır (Kezar, 2001).

Örgütsel değişimi inceleyen teleolojik modeller; planlanmış değişme, bilimsel yönetim ve rasyonel modeller gibi birkaç yaygın adla anılır. Stratejik planlama, örgütsel gelişme ve uyum öğrenme yaklaşımları bu modelin şemsiyesi altındadır. Bu modeller eş zamanlı olarak evrimsel modellerle ortaya çıkar. Altında yatan temel varsayım örgütlerin amaçlı ve uyumlu olduğudur. Değişim liderler, değişim ajanları ve değişim için gerekli görülen diğer unsurlardan dolayı meydana gelir, fakat yöneticiler süreçte çok daha etkilidir (Carnall, 2007; Carr vd., 1996).

Yaşam çevrimi modeli uyum ve sistem yaklaşımı açısından evrimsel modellerle pek çok varsayımı paylaşır. Bu model değişim süreçlerinde insan olmanın önemine odaklanma, daha az nesnel olma ve oluşturdukları örgütlere ek olarak insanların yaşam çevrimi içinde meydana getirdikleri değişimleri incelemeyle evrimsel modelden farklılık gösterir. Yaşam çevrimi veya gelişimsel modeller sistematik bireysel değişime vurgu yapar (Kezar, 2001). Yaşam çevrimi modeli örgütsel büyüme, olgunlaşma ve gerileme düzeylerine odaklanır ve çocuk gelişimi çalışmalarından gelişmiştir (Levy ve Merry, 1986). Bu modelin döngüsel değişim modeliyle benzerliği göze çarpmaktadır. Bu modelde değişim; değişimi isteyen veya gerekli gören insanlardan dolayı oluşmaz, değişim durdurulamayan veya değiştirilemeyen doğal bir ilerlemenin sonucudur (Miller ve Friesen, 1980; Morgan, 2006).

Diyalektik modellerin temel varsayımı; örgütlerin uzun evrimsel değişim periyotlarından (zıt kutuplar arasında meydana gelen diyalektik bir etkileşimle) ve iki kutup arasında bir çıkmaz durum oluştuğunda devrimsel bir periyottan geçtiğidir. Bir organizasyonun zıt kutuplarındaki inanç sistemleri radikal değişimle sonuçlanan bir çatışma yaşar. Çatışma insan eyleminin doğal bir niteliği olarak görülür. Değişim sonucu örgütün ideolojisi veya kimliğinde bir değişiklik meydana gelir (Bolman ve Deal, 1991). Liderler bu modellerin merkezi bir parçası olarak ve herhangi bir sosyal eylem içinde anahtar konumundadır, fakat toplu eylem ilk odaktır. İlerleme ve rasyonalite değişimin bu teorisinin zorunlu bir parçası değildir; diyalektik çatışma zorunlu olarak daha iyi bir organizasyon üretmez (Kezar, 2001).

Sosyal biliş modelleri son 20 yıl içinde popüler hale gelmiştir. Anlamlandırmadan kurumsallaşmaya çeşitli modeller bilişi vurgular (Morgan, 2006; Scott, 2001; Weick, 1995). Bu modelin ilk tipolojileri (teleolojik, evrimsel, yaşam çevrimi, politik) örgütlerin incelenmesiyle fonksiyonel yaklaşımlardan ortaya çıkmıştır. Fonksiyonalistler genellikle tüm insanların benzer bir şekilde algıladığı tek bir örgütsel gerçekliğin varlığına dayanmıştır (Kezar, 2001).

Kültürel değişim modelleri sıklıkla kültürel ve politik değişim için bir analogi olarak sosyal eylemlerin görüntüsüyle çıkarılır (Morgan, 2006). Değişim süreçleri uzun dönemde ve yavaş gerçekleşmeye eğilim gösterir. Bir örgüt içindeki değişim değerlerin, inançların, mitlerin ve ritüellerin değişimini gerektirir (Schein, 1985). Daha önceki modeller içinde

vurgulanan yapı, insan veya bilişsel açılar yerine örgütün sembolik doğasına vurgu vardır. Değişim süreçlerinin zaman içinde meydana gelmesinden dolayı tarih ve gelenekleri anlamak önemlidir. Kültürel yaklaşımlar sosyal biliş teorileriyle birlikte değişim planlanabilir veya planlanamaz, gerileyebilir veya ilerleyebilir, niyetlenen veya niyetlenmeyen sonuçları ve eylemleri içerebilir veya içermeyebilir gibi pek çok varsayımı paylaşırlar. Değişim doğrusal olmayan, tahmin edilemeyen, irrasyonel, sürekli ve dinamik bir yapıdadır (Smirich, 1982).

Bazı araştırmacılar ise örgütsel yaşamın aydınlatılmasında farklı modeller veya kategorilerin kullanılmasını önermektedirler (Van de Ven ve Poole, 1995). Çoklu modellerin avantajı çeşitli değişim teorilerini birleştirmeleridir. Bu anlamda yukarıda belirtilen evrimsel, teleolojik, yaşam çevrimi, diyalektik, kültürel ve sosyal biliş modellerinden birkaçının bir arada kullanılması örgütsel değişimin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Örneğin Morgan (2006) örgütlerde değişimi en iyi temsil eden evrimsel, diyalektik ve bilişsel teorilerin bir bileşimini önerir. Çoklu modellerin popüler örneklerinden biri de Bolman ve Deal'in örgütsel değişim modelidir (1991). Onlar farklı örgüt teorileriyle durumları daha doğru değerlendirebilen, çözüme dönük hareket edebilen liderler veya çeşitli teorileri birleştirirler ve örgütlerde insan yaklaşımlarını ve hareketlerini benzersiz şekilde sunarlar.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimin farklı modellerin birleştirilerek incelenmesiyle daha iyi anlaşılacağı belirtilebilir. Evrimsel ve teleolojik modeller sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimin incelenmesinde açıklayıcılığı arttıracaktır. Sağlık örgütlerinin, yaşanan değişimden önce çevrenin değişken yapısına adapte olamadığı ve örgütlerin çevresel değişime yeterince hızlı tepki veremedikleri; bir başka ifadeyle, çevreye kıyasla durağan oldukları belirtilebilir. Bu durağanlık örgütlerin uyum sağlamasını güçleştirerek yapısal durağanlığı getirecektir.

Yapısal durağanlık kavramı; örgütlerin güvenilir ve hesap verebilir olmaları üzerinde durur. Güvenilirlikten kastedilen, örgütlerin ürettikleri sonuçlar arasındaki (ürettikleri ürünlerin kalitesindeki) farkların az olmasıdır. İkincisiyse, örgütlerin yaptıkları ve elde ettikleri sonuçlara ilişkin akılcı açıklamalar getirebilmeleriyle ilgilidir. Hannan ve Freeman (1989) güvenilir ve hesap verebilir hale gelmenin ön koşulunun örgütün düzen ve düzenlemelerinin yeniden üretilebilirliği olduğunu belirtmektedirler. Eğer bir örgüt sürekli kendisini aynı şekilde üretebiliyorsa veya, bir başka ifadeyle, düzenini koruyabiliyorsa, istikrarlı bir performansa sahip olduğu ve kabul gören kural ve usullere uyduğu söylenebilecektir. Örgütsel düzenin sürekli yeniden üretilmesiyle kurumsallaşmayla mümkündür. Uygulamaların yerleşik bir hal almasıyla kurumsallaşma artmış olur ve örgütün düzeninin yeniden üretilmesi görece olarak sorunsuz hale gelir. Örgütsel düzenlemelerin kurumsallaşmasıyla değişime direnmeyi, böylelikle durağanlığı getirir.

Sağlık hizmetlerinde güvenilirlikten kastedilen, örgütlerin ürettikleri hizmetlerin sonuçları arasındaki (sözgelimi, ürettikleri hizmetlerin kalitesindeki) farkların az olmasıdır. Yani ülke genelinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde bir homojenleşmeden bahsedilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda aynı il, bölge veya ülke genelinde hizmet sunumu sonucu elde edilen çıktılar arasındaki farklılıklar sağlık örgütlerini değişime

zorlamıştır. Bu duruma farklı il ve bölgelerde uygulamaların yerleşik hal almasıyla kurumsallaşarak değişimi aynı düzeyde gerçekleştiremeyen ve değişime direnen sağlık tesisleri neden olmuştur.

Hesap verebilirlik, örgütlerin yaptıkları ve elde ettikleri sonuçlara ilişkin akılcı açıklamalar ve gerekçeler getirebilmeleriyle ilgilidir. Kullanılmayacak varlıklara (örneğin makine, teçhizat ve insan kaynakları) yapılan yatırımlar, yöneticilerin kısıtlı bilgi işleme ve öngörü kapasiteleri (yani sınırlı rasyonel olmaları) gibi örgütsel özellikler değişen çevreye uyum sağlamayı güçleştirici olmaktadır. Ayrıca yatırım yapılan kaynakların dengesiz dağılımı, malzemelerin stoklarda tutulması ve gereksiz hizmet alımları israfın artmasına sebep olmaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetleri sunan örgütlerin, hizmet sunumunda yapılan harcamalarla elde ettikleri sonuçlara ilişkin akılcı açıklamalar getirememeleri ve harcamaların artması, israfı önlemede başarısız olmalarına neden olmuş ve değişim için uygun zemini yaratmıştır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimin planlanmış olması ve bir lider aracılığıyla gerçekleştirilmesi değişimin teleolojik modelle incelenmesine imkân sağlayacaktır. Sağlık hizmetleri sunucularının yapmış olduğu çalışmalar ve teleolojik model içindeki toplam kalite yönetimi çalışmalarının sağlık hizmetlerine uyarlanmış hali olan hizmet kalite standartları, sağlık kurum ve kuruluşlarında örgütsel gelişmeyi sağlamıştır. Hizmet kalite standartlarıyla sürekli iyileşmeyi hedefleyen bir anlayış benimsenmiştir.

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinde yaşanan örgütsel değişim sonucu kurulan Kamu Hastaneleri Birliklerinin yapısını incelemek ve yeni yönetim yapısının yöneticiler tarafından nasıl algılandığı sorusunu yöneticilerin bakış açısıyla anlamlandırmaya çalışarak, sistemde yapılabilecek iyileştirmelere katkıda bulunmaktır.

3.2. Araştırmanın Metodolojisi

Araştırmada olasılığa dayalı olmayan (önyargılı) örnekleme yöntemlerinden kasti (kararsal) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma; 1 Kamu Hastane Birliği ve il merkezinde faaliyet gösteren 5 büyük sağlık tesisinde 1 ay süreyle 2 araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Veriler bu kurumlarda görevli 15 orta ve üst düzey sağlık tesisi yöneticisinin her biriyle yapılan 45-60 dakikalık görüşmeler sonucunda elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak mülakat yöntemi kullanılmıştır. Mülakat yöntemiyle yeni yönetim yapılanmasını yöneticilerin nasıl algıladıklarının derinlemesine incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma kapsamında ilk olarak 3 ana faktörü içeren soru demeti hazırlanmıştır. Birinci boyutta yöneticilerin yeni yönetim yapılanmasını nasıl tanımladıkları, yapının katı mı esnek mi, merkezi mi adem-i merkezi mi olduğu, oluşan bu yapılanmanın yöneticilere

yönetmel yapıyı etkili kullanabilmek adına neler getirdiği ile ilgili sorular yöneltilmiştir. İkinci boyutta yöneticilerin üst yönetim ile ilgili algı düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu bölümde yöneticilere; üst düzey yöneticiler yapıyı ne kadar etkili kullanabilmekte ve yerelleşmeyi sağlama adına neler yaptılar, üst düzey yöneticilerle iletişiminiz nasıl ve üst düzey yöneticiler hangi liderlik stillerine sahiptir soruları yöneltilmiştir. Üçüncü boyutta; yeni yapılanma yöneticilere özlük hakları anlamında neler getirdi, yeni yapılanma motivasyonu nasıl etkiliyor, yeni yapı içerisinde verimli olduğunuzu düşünüyor musunuz soruları yer almaktadır.

Mülakat sonucunda elde edilen veriler daha sonra içerik analizine tabi tutulmuştur. Araştırmada mülakat sorularından yola çıkılarak yöneticilerin yeni yönetim yapılanmasından ne anladıkları ile ilgili temalar belirlenmeye çalışılmıştır. Daha sonra ise mülakat dokümanlarından bu temalar aranmış ve bulgular yorumlanarak gösterilmiştir.

4. Bulgular

Araştırmaya katılan yöneticilerden 10 tanesi 34-39 yaş arası ve 5 tanesi 40-44 yaş arasındadır. Katılımcılardan 12 tanesi daha önce yöneticilik yapmış, 3 tanesi ise yapmamıştır ve katılımcıların tamamı evlidir.

Araştırmanın birinci boyutundan elde edilen cevaplardan 6 temaya ulaşılmıştır. Bu temalar; *kaynakların etkin kullanımı, hizmet bütünlüğü, yerinden yönetim, yerel merkezleşme, yönetmel etkililik ve örgütsel yapının esnekliği*dir. Araştırmanın ikinci boyutundaki sorulardan elde edilen cevaplarda *üst yönetimin etkinliği, yerelleşme, iletişim ve liderlik stilleri* adı altında 4 temaya ulaşılmıştır. Araştırmanın üçüncü boyutundaki sorularla ise *özlük hakları, performans veya motivasyon düzeyi ve yöneticilerin verimliliği* şeklinde 3 temaya ulaşılmıştır.

4.1. Kaynakların Etkin Kullanımı

Kaynakların etkin kullanılmasıyla hastanelerde stoklarda bekleyen ve kullanılmayan malzemelerin diğer sağlık tesislerine transfer edilerek kullanıma sunulması sağlanmıştır. Bu durum verimsiz halde bekleyen kaynakların değer üretilmesi için hizmete sunulmasına imkân tanımıştır. Böylece etkin bir stok yönetimi gerçekleştirilmiş ve stok seviyeleri iki ayın altına çekilmiştir. Katılımcılar tarafından belirtilen etkin kaynak kullanımının sağlık tesislerine mali açıdan bir rahatlama getirdiği belirtilebilir. Çünkü yeni yapılanmayla birlik bünyesinde bulunan sağlık tesisleri arasında malzemelerin bedelsiz olarak birbirlerine devrine imkân tanınmaktadır. Yani sağlık tesisleri bir nevi aynı kaynak havuzundan beslenen kurumlar haline gelmiştir. Ayrıca insan kaynaklarının sağlık tesisleri arasında rahatlıkla yönlendirilebilmesi yoğunluğun çok olduğu alanlarda yeni servisler ve polikliniklerin açılmasına olanak sağlayarak hizmet kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlanmıştır.

4.2. Hizmet Bütünlüğü

Sağlık tesislerinin aynı kaynak havuzundan beslenmesinin katılımcıların hizmet bütünlüğü temasını vurgulama oranını arttırdığı düşünülmektedir. Bu duruma tüm sağlık

tesislerinin Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği altında toplanması da katkı sağlamaktadır. Sağlık tesislerinin yeni yapılanmayla tek çatı altında toplanması yapılan planlamalarda diğer sağlık tesislerinin gözetilmesine imkân sağlamıştır. Görüntüleme hizmetlerinin ile laboratuvar hizmetlerinin tek merkezden gerçekleştirilmesi ve yemek hizmetlerinin büyük hastanelerde yapılıp diğer hastanelere taşınması bu duruma iyi bir örnektir.

4.3. Yerinden Yönetim

Birlik bünyesinde gerçekleştirilen faaliyetlerden kaynakların etkin kullanılması, hizmet bütünlüğünün sağlanması gibi hususların yerinden yönetime yapılan vurguyu arttırdığı belirlenmiştir. Eski yapılanmada kaynakların etkin kullanılmasını engelleyen her sağlık tesisinin kendi kurumsal yapısını düşünmesi olgusunun ortadan kalktığı görülmektedir. Farklı sağlık tesislerinde kullanılmadan bekleyen malzemelerin birbirleri arasında bedelsiz transfer edilebilmesinin sağlık hizmetlerindeki israf oranını azalttığı görülmektedir. Ayrıca yine insan kaynaklarının yoğunluğu az olan kliniklerden ve sağlık tesislerinden yoğunluğu fazla olan bölgelere kaydırılmasının, hem hizmetlerin etkinlik ve verimliliğini arttırdığı hem de sağlık hizmetlerinde hasta beklentilerini azalttığı belirtilebilir. Birlik bünyesinde Yeni Doğan Yoğun Bakım Kliniğinin açılması sürecinin, malzeme ve insan kaynaklarının etkin kullanımıyla 2,5 ayda gerçekleştiği belirtilmektedir. Aynı yoğun bakım servisinin eski yapılanmada 2,5 yıldır açılmadığı ifade edilmektedir. Bu durum yeni hizmet alanlarının açılmasını sağlamış, hastaların il dışı sevk oranlarının azalmasına katkı yapmış ve hastaların sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini arttırmıştır. Bu durumun hasta memnuniyetini de olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Örgütsel değişim tipolojisinde belirtilen yapısal durağanlık kavramı; örgütlerin güvenilir ve hesap verebilir olmaları üzerinde durur. Sağlık hizmetlerinde güvenilirlikten kastedilen, örgütlerin ürettikleri hizmetlerin sonuçları arasındaki farkların az olmasıdır. Hesap verebilirlik, örgütlerin yaptıkları ve elde ettikleri sonuçlara ilişkin akılcı açıklamalar ve gerekçeler getirebilmeleriyle ilgilidir. Kullanılmayacak varlıklara yapılan yatırımlar, yöneticilerin kısıtlı bilgi işleme ve öngörü kapasiteleri gibi örgütsel özellikler değişen çevreye uyum sağlamayı güçleştirici olmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan bu sıkıntılar sağlık hizmetleri yapılanmalarını değişime zorlamış; kaynakların etkin kullanılması, hizmet bütünlüğü ve yerinden yönetim bulgularında belirtildiği gibi tüm sağlık tesisleri gözetilerek planlamalar yapılmaya başlanmış ve aynı kaynak havuzu ildeki tüm sağlık tesislerinin kullanımına açılarak israfın önüne geçilmiştir.

4.4. Yerel Merkezleşme

Yeni yapılanmanın Birlik bünyesinde yerinden yönetim faaliyetlerine katkı yaptığı ancak sağlık tesisleri düzeyinde alınan kararlarda Birliğe bağlılığı arttırdığı ve yerel merkezleşmeye neden olduğu ifade edilmiştir. Yani sağlık tesislerinin kurumsal kararlarında Birlikten bağımsız hareket edemediği görülmektedir. Sağlık tesislerinin kurumsal kararlarında merkeze bağlılığının azaltılmasının süreçlerin kısılmasına ve daha hızlı karar alınmasına olanak sağlayacağı belirtilebilir.

4.5. Yönetmel Etkililik

Sağlık tesisi yöneticilerinin kurumsal kararlarında Birlikten bağımsız hareket edememesinin yönetmel etkililiklerinde azalmalara neden olduğu ifade edilmiştir. Bu durumun yerel merkezileşme teması ve örgütsel yapının katılımıyla beraber düşünüldüğünde uyumlu olduğu görülecektir. Kurumsal kararlarda sağlık tesisi düzeyinde kısıtlılıkların oluşması sunulacak hizmetlerde aksamaların oluşmasına neden olabilir. Ayrıca yöneticilerin kararlarında Birliğe bağlı olması yöneticilerin iş doyumlarını da etkileyecektir. Bu durum örgütsel değişimin kamu sağlık sektöründe ortaya çıkardığı temel vurgulardan sağlık hizmetlerinde yerleşmenin tam sağlanamamasına neden olacak ve Birlikte toplanmış otoritenin çeşitli yöntemlerle dağıtılmasını önleyecektir.

4.6. Örgütsel Yapının Esnekliği

Belirtilen durumların bazı katılımcılarda örgütsel yapının katı olduğuna dair algıyı arttırdığı belirlenmiştir. Bazı yöneticiler, yapılanmadaki yönetici sayılarının azalmasını, ara kademelerin ortadan kalkmasını ve üst yöneticileriyle sürekli bilgi alışverişinde bulunmalarını yapının esnekliğine bağlamıştır. Bazı yöneticiler ise yapının esnek veya katı olma durumunun üst yöneticinin tarzına bağlı olduğunu yani durumsal olduğunu belirtmişlerdir. Yöneticilerin kararlarını alırken birliğe danışmalarının yapının katı ve merkezi olduğuna dair algıyı arttırdığı, yönetmel yapıda ara kademelerin ortadan kalkmasının, yönetici sayılarının azalmasının, bilgi alışverişi ve iletişim olanaklarının artmasının da yapının esnek ve adem-i merkezi olduğu yönünde algıyı güçlendirdiği görülmektedir.

4.7. Üst Yönetimin Etkinliği

Kaynakların etkin kullanılmasının yöneticilerde üst yönetimin etkinliğiyle ilgili algıyı arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca iletişim olanaklarının üst düzeyde kullanılması, sağlık tesisi yöneticilerine yapılacak işlerde yol gösterilmesi bu algıyı arttırmaktadır. Üst yönetimin etkinliği örgütsel değişim tipolojilerinden teleolojik modele yakındır. Birlik düzeyinde; birlik yöneticileri aracılığıyla kaynakların etkin kullanılması, hizmet bütünlüğünün sağlanması ve yerinden yönetimin gerçekleştirilmesinin sağlandığı söylenebilir.

4.8. Yerelleşme

Sağlık tesislerinin karar almada merkezi yönetimden izin almadan kararlarını verememeleri yerleşmenin sağlanamadığının belirtilmesine neden olmuş ve üst yönetimin bu konuda iyileştirmeyi henüz gerçekleştirmediği söylenmiştir. Yeni yapının kamu sağlığı hizmetlerinde önemini arttırdığı kavramlardan yönetişim, yönetim olayında merkezi gücün tek boyutlu ve yukarıdan aşağıya doğru egemenliğini değil, tüm yöneticilerin ortak bir katılımı gerçekleştirmelerini, özellikle karar alma sürecine katılımlarını savunmaktadır. Hastanelerin birlikten izin almadan kararlarını verememeleri yerleşme, yetki devri, yetki göçerimi ve yönetişim gibi kavramlarda etkinliğin sağlanamadığını göstermektedir. Yeni açılacak hizmet alanlarında, alımı yapılacak mal ve hizmetlerde, yapılacak personel rotasyonlarında ve uygulamaya geçirilecek yeni yönetim tekniklerinde birlikten izin alınması yeni yapıda birlik yöneticilerinin yönetim tarzının önemini ortaya çıkarmaktadır. Yapılacak

yetki devirlerinin, sağlık tesisi yöneticilerinin kararlara ortak edilmesinin ve sağlık tesisleri yöneticilerine kendi kararlarını alma imkânının verilmesinin yerelleşme çalışmalarına katkı sağlayacağı söylenebilir.

4.9. İletişim

Katılımcıların tamamı üst yönetimle iletişimlerinin iyi olduğunu ve dinlendiklerini belirtmişlerdir. Üst yönetimin etkinliğinde orta ve alt kademe yöneticilerle sağlanan etkili iletişim, sağlık tesisi yöneticilerinin kararlarını kendilerinin vermesi düzeyinde bir iyileşme sağlamamıştır. Bu durumun yöneticilerin motivasyon durumunu etkilediği ve yönetsel etkililiği gerçekleştirmelerinde kendi iç motivasyonlarını ve sahip oldukları teknik bilgiyi kullanamadıklarını göstermektedir.

4.10. Liderlik Stilleri

Liderlik stilleri anlamında birlik yöneticisinin otokratik bir liderliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum yerel merkezleşmenin artması, yerelleşmenin sağlanamaması, yetki devirlerinin gerçekleştirilememesi, yönetsel etkililiğin sağlanamaması ve örgütsel yapının katılığı bulgularıyla uyum göstermektedir. Bilgi liderliği algısının yöneticilerin diğer sağlık tesisi yöneticilerine yaptığı yol göstericilikle ortaya çıktığı, dönüşümsel liderlik algısının örgütsel yapının etkin kullanılması sonucu ortaya çıkan kaynakların etkin kullanılması bulgusuyla uyduğu belirlenmiştir. Örgütsel değişim tipolojileri içinde yer alan teleolojik modelde değişimin liderler tarafından gerçekleştirilmesi üzerinde durulmaktadır. Bu durumda sağlık tesisi düzeyinde herhangi bir değişimin gerçekleşmesinin birlik yöneticisinin otokratik yapısı neticesinde zor olduğu görülmektedir.

4.11. Özlük Hakları

Yöneticilerin özlük haklarıyla ilgili belirttiği hususlardan ücret düzeylerinin sorumluluk oranlarıyla aynı düzeyde artmadığı sonucu çıkarılmıştır. Yani ücret düzeylerinden memnuniyetsizlik söz konusudur. Ayrıca önceki dönemde sahip olunan izin haklarının yeni yapıda kullanılamaması yöneticiler arasında motivasyon kaybına sebep olmuştur. Eski yapıyla kıyaslandığında yeni yapıda izne çıkılan zamanlarda döner sermaye alınamaması bir başka rahatsızlık unsurudur. Hekim dışı yöneticilerin sahip olduğu ücret düzeylerindeki düşüklük hem hekim yöneticiler hem de hekim dışı yöneticiler tarafından adaletsiz bir durum olarak değerlendirilmektedir.

4.12. Performans veya Motivasyon Düzeyi

Sözleşmeli olarak çalışmanın motivasyonu etkilediği belirlenmiştir. Motivasyon düşüşüne sebep olan unsurun sözleşmeli olmak, motivasyonu artırıcı unsurun ise ulaşılması gereken performans kriterleri olduğu belirtilmiştir. Performans düzeyini düşüren unsurun sözleşmenin feshedilmesiyle oluşacak itibar kaybindan kaynaklandığı belirtilebilir. Yılda iki sefer düzenlenecek olan performans karnelerinde ulaşılması gereken hedeflerin ise yöneticileri motive ettiği ifade edilmiştir. Hekim yöneticilerin eski yapı ve yeni yapıda sahip olduğu hakların benzerlik göstermesi neticesinde motivasyon düzeylerinin etkilenmediği

belirlenmiştir. Ayrıca uzun çalışma saatleri ve bunun sonucunda etkilenen sosyal ilişkiler ve aile düzeni yöneticilerin motivasyonunu etkileyen bir başka unsur olarak ifade edilebilir.

4.13. Yöneticilerin Verimliliği

Görüşülen yöneticilerin tamamı kendilerini verimsiz olarak nitelendirmiş ve sahip oldukları bilgi birikimlerini tam olarak yansıtamadıklarını ifade etmişlerdir. Yönetişimin, tam olarak sağlanamamasının ve yöneticilerin kararlara ortak edilememesinin bu algıyı arttırdığı söylenebilir. Belirtilen durumun hizmetlerde aksamalara sebep olması ve hasta memnuniyeti düzeylerini etkilemesi muhtemeldir. Yöneticilerin iş doyumunu etkileyen bu husus onlara gerekli yetki devirleri gerçekleştirilerek sağlanabilir.

5. Değerlendirme ve Sonuç

Sağlık sistemlerinin yıldan yıla açık vermesi dünyada birçok ülkenin sağlık sistemini gözden geçirmesine neden olmuş ve ülkeler sağlık sistemlerinde önemli değişimler gerçekleştirmişlerdir. Türkiye’de bu süreçte 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak Kamu Hastaneleri Birliklerini oluşturmuş ve kaynakların etkin ve verimli kullanılması yönünde önemli adımlar atmıştır.

Evrimsel değişim modelinde belirtilen kaynakların etkin kullanımının sağlanamaması, yöneticilerin sınırlı bilgi işleme kapasiteleri sağlık kurumlarının hızla değişen dünyada değişime uyum sağlayamamasına ve örgütlerde yapısal durağanlığın oluşmasına neden olmuştur. Evrimsel değişim modelinde uyum sağlayamayan örgütlerin yok olması gerekirken sağlık kurumları yok olmamış ve özel sektörün hizmet sunumunda payının arttığı bir yapıya doğru evrilmiştir. Sağlık kurumlarının yok olmasını engelleyen husus kamu kuruluşları olması ve devlet tarafından finanse ediliyor olmasıyla yakından ilişkilidir. Devlet tarafından finanse edilen bu yapıda kaynakların etkin kullanılmaması ve yöneticilerin sınırlı bilgi işleme kapasiteleri uzun vadede sosyal güvenlik açığının büyümesine neden olmuş ve kurumları israfi azaltacak daha etkili bir yapıların kurulmasına doğru zorlamıştır.

Teleolojik örgüt tipolojisinde belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından Dünya Bankası desteğiyle başlatılan bu değişim süreci sonucunda yerel yönetimler güçlendirilmeye çalışılarak etkin ve verimli bir yapı kurulmaya çalışılmıştır. Yapının kaynakların etkin kullanımına, satın almaların birleştirilerek fiyat avantajlarının sağlanmasına, etkin stok ve maliyet yönetimine sağladığı katkı yadsınamaz. Ayrıca tüm sağlık tesislerinin aynı kaynak havuzundan beslenmesi ve yapılacak planlamalarda birlik bünyesindeki tüm sağlık tesislerinin göz önünde bulundurulması yapının işler bir yapı olduğunun göstergesidir.

Çalışmanın bulgularıyla uyum gösteren bu hususlarda etkinliğin artırılabilmesinde birlik yöneticilerinin liderlik stillerinin ve işletmecilik eğitimi almış olmalarının önemli olduğu göze çarpmaktadır. Birlik yöneticilerinin yönetim konusunda yapacakları uygun yetki devirleriyle yerleşmenin sağlanmasına daha fazla katkı yapacağı söylenebilir. Bu yetki devirleri ve sağlık tesisi yöneticilerinin kararlara ortak edilmesi sayesinde onların sahip olduğu teknik bilgiden yararlanılabilecek ve kararları kendilerinin alması sağlanarak yönetsel

etkililikleri arttırılabilecektir. Bu durum sağlık tesisi yöneticilerinin iş doyumunu arttıracak ve kendilerini verimli olarak ifade etmelerinin oranını arttıracaktır.

Ayrıca yöneticilerin ücret düzeylerinde yapılacak iyileştirmeler, izin haklarında ek ödeme alabilmeleri gibi özlük haklarında yapılacak iyileştirmeler motivasyonun yükselmesini sağlayacaktır. Hekim yöneticiler ve hekim dışı yöneticiler arasında ücret dengesinin giderilmesi örgütsel adaleti arttıracak ve yöneticiler arasında iş barışını getirecektir.

Sonuç olarak israfi azaltabilecek, esnek yapıların sağlık sistemlerinde veya herhangi bir kamu kuruluşunda kullanılmaya başlansa da, sistemlerin etkinliğinin yöneticilerin sağlık yönetimi konusundaki bilgi düzeyleri, liderlik ve yöneticilik tarzları ile alakalı olduğu görülmektedir. Ayrıca sistemler oluşturulurken ithal yöntemleri doğrudan alıp uygulamak değil de, bağlamın oluşmasını sağlayan politik, sosyal, ekonomik, toplumsal ve kültürel faktörler göz önünde bulundurularak, ülkemizin yönetim ve yönetici mantığını ortaya çıkaracak Türk tipi yönetim ve yönetici süreçlerine katkı yapacak sistemler üretilmelidir.

Kaynaklar

- 1.BLAKE, Ives ve Sirkka L. Jarvenpaa (1991), “Applications of Global Information Technology: Key Issues for Management. Subject(s): Management”, *MIS Quarterly*, 15(1), p. 33-34.
- 2.BOLMAN, Lee G. ve Terrence E. Deal (1991), *Reframing organizations: Artistry, choice, and leadership*, Jossey-Bass, San Francisco.
- 3.CARNALL, Colin (2007), *Managing Change in Organizations*, 5th Edition, Pearson Education Limited, Harlow, England.
- 4.CARR, David, Kelvin J. Hard ve William J. Trahan (1996). *Managing the change process: A field book for change agents, consultants, team leaders, and reengineering managers*, McGraw-Hill, New York.
- 5.GÖKÇE, Orhan ve Erol Turan (2000), “Kamu Yönetiminin Dönüşümü ve Dönüşümün Temel Unsurları”, *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, s. 196.
- 6.HANNAN, Michael T. ve John Freeman (1989), *Organizational Ecology*, Harvard University Press, Cambridge.
- 7.KEZAR, Adrianna J. (2001), *Understanding and Facilitating Organizational Change in the 21st Century: Recent Research and Conceptualizations*, Jossey- Bass, San Francisco.
- 8.LEVY, Amir ve Uri Merry (1986), *Organizational transformation: Approaches, strategies, theories*, Praeger Publishers, New York.

9. MILLER, Danny ve Peter Friesen (1980), “Archetypes of organizational transition”, *Administrative Science Quarterly*, 25(2), p. 268-299.
10. MORGAN, Gareth (2006), *Images of Organization*, Update Edition, SAGE Publications, London.
11. PHILLIPS, Robert L. ve Catherine A. Duran (1992), “Effecting strategic change: Biological analogues and emerging organizational structures”, Ed. Robert L. Phillips and James G. Hunt, *Strategic leadership: A multiorganizational-level perspective*, Quorum Books, Westport, p. 195-216.
12. SALIPANTE, Paul F. ve Karen Golden-Biddle (1995), “Managing traditionality and strategic change in nonprofit organizations”, *Nonprofit Management and Leadership*, 6(1), p. 3-20.
13. SCHEIN, Edgar H. (1985), *Organizational culture and leadership: A dynamic view*, Jossey-Bass, San Francisco.
14. SCOTT, W. Richard (2001), *Institutions and Organizations*, 2nd Edition, Sage Publications, London.
15. SMIRICH, Linda (1982), “Organizations as shared meanings”, Ed. LR Pondy, P Frost, G Morgan and T Dandridge, *Organizational Symbolism*, JAI Press, Greenwich.
16. TOFFLER, Alvin (1981), *Üçüncü Dalga*, Çev. Ali Seden, Altın Kitaplar, İstanbul.
17. TOKAT Bülent, (2012), *Örgütlerde Değişim ve Değişimin Yönetimi*, Seçkin Yayınları, Ankara.
18. WEICK, Karl E. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage Publications, London.
19. WOODS Alan ve Ted Grant (2004), *Aklın İsyanı: Marksist Felsefe ve Modern Bilim*, Çev. Ömer Gemici ve Ufuk Demirsoy, Tarih Bilinci Yayınevi, İstanbul.
20. VAN de Ven, Andrew H. and Marshall Scott Poole (1995), “Explaining development and change in organizations”, *Academy of Management Review*, 20(3), p. 510-540



FARKLI ÜNİVERSİTELERDE EĞİTİM GÖREN SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN ELEŞTİREL DÜŞÜNME, PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ VE KARAR VERME STRATEJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem SAYGILI*
Rukiye NUMANOĞLU TEKİN**
Fikriye YILMAZ***
Fatih BUDAK****
Ali YILMAZ*****
Korkut ERSOY*****

ÖZET

Bireylerin ve toplumların yaşam kalitesine doğrudan etki eden sağlık kurumları dinamik ve değişken bir çevre içinde faaliyet göstermektedir ve bu dinamik çevre içerisinde sağlık kurumlarının arzu edilen amaçlarını başarmalarının temel koşullarından birincisi, bilimsel işletmecilik esaslarına göre yönetilmesidir. Bu yönetim süreci içerisinde farklı yönetim düzeylerinde çalışan sağlık yöneticilerinin birbirlerinden oldukça farklı olan işleri yerine getirmeleri gerekmektedir. Sağlık kurumlarında bölümler arasında yoğun işlevsel bağımlılık söz konusu olduğundan, kurumların başarısı tüm yöneticilerin kendilerine verilen görevleri etkili biçimde yerine getirmeleriyle sağlanabilmektedir. Yöneticiler, günlük veya daha önce hiç karşılaşmadıkları görevlerini yaparken bir takım becerilerini kullanırlar. Bu beceriler ve bu becerilerin önem dereceleri, yöneticilerin hiyerarşik konumuna göre değişiklik göstermektedir. Ancak bu becerilerin yanı sıra, sektörün dinamikliği ve diğer özellikleri dikkate alındığı zaman yöneticilerin sahip olduğu eleştirel düşünme, problem çözme yetenekleri ve uyguladıkları karar verme stratejilerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada, geleceğin sağlık yöneticileri olan Sağlık Yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme, problem çözme becerileri ve karar verme stratejilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü ve Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencileri olmak üzere toplam 326 öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerileri değerlendirilmiş, uyguladıkları karar verme stratejileri belirlenerek, karşılaştırmalı olarak ortaya konulmuş ve geleceğin yöneticilerini yetiştiren eğitim programları için öneriler sunulmuştur.

* Araş.Gör., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, meltemsaygili@hotmail.com

** Öğr.Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, rukiyeumanoglu@hotmail.com

*** Öğr.Gör.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

**** Araş.Gör., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Bölümü, fatih.budak@hacettepe.edu.tr

*****Yrd.Doç.Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aly@hhu.edu.tr

***** Prof.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, korkut@baskent.edu.tr

1.Giriş

Teknolojik karmaşıklığın ve bilgi zenginliğinin arttığı günümüz dünyasında, bilgi toplumu bilgiye sahip olmanın ötesinde, bilgiyi etkili bir şekilde kullanabilecek aynı zamanda verilen bilgi ile ilgili içerik ve kaynağı da eleştirel olarak analiz edebilecek üniversite mezunlarını gerekli görmektedir. Üniversitelerin büyük çoğunluğu eleştirel olarak düşünebilen, doğru ve etkili karar alabilen, anlamlı gerekçeler ortaya koyabilen, yeterli kanıt kullanabilen ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilen mezunlar ortaya koymaya çalışmaktadır (OOA,2006).

Günümüz eğitim kurumlarının önemi, eğitimin yaşam boyunca devam etmeye başlamasıyla birlikte artmaya başlamıştır. Öte yandan çağdaş dünyanın gereksinimleri günümüz bireylerinin düşünme becerilerine sahip olmalarını bir zorunluluk haline getirmiştir. Öğretimde bilgi alıp verme yerine, düşünmeyi öğrenme önem kazanmaktadır. Bu yüzden modern okullarda düşünen, eleştiren, üreten, bilgiye ulaşma yollarını bilen bireyler yetiştirilmeye çalışılmakta, öğrencilere düşünme becerilerini kazandırmaya yönelik eğitim programları hazırlanmaktadır (Seferoğlu ve Akbıyık, 2006:193).

Sağlık kurumları oldukça dinamik ve değişken bir çevrede faaliyette bulunmaktadır. Bu nedenle yöneticiler sağlık kurumunun ayakta kalmasını sağlamak ve amaçları gerçekleştirmek için değişen koşullara uygun davranış biçimleri geliştirmek ve uygulamak zorundadırlar. Bu ise büyük ölçüde analitik düşünmeyi ve yaratıcılığı gerektiren bir faaliyettir. Yöneticileri diğerlerinden ayıran en önemli işlev karar vermedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:111). Açık görüşlü, bilimsel ve eleştirel düşünebilen bireylerin varlığı sağlık kurumlarında yaşanan sorunlara çözüm önerileri üretilmesi ve sağlıklı kararlar alınması açısından önemlidir.

Sağlık kurumları yönetimi; insan ve diğer kaynaklar aracılığı ile önceden belirlenmiş amaçların başarılması için, belirli bir formal örgütlenme içinde ortaya çıkan, birbirleriyle ilişkili sosyal ve teknik işlevleri ve faaliyetleri içeren bir süreçtir (Rakich, Longest ve Darr, 1996,:6). Yönetici adaylarının bütün bu faaliyetleri yerine getirebilmesi için, eleştirel düşünebilme, problem çözme ve doğru kararlar alabilme yeteneklerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Eleştirel Düşünme, herhangi bir konu, olgu ve fikir üzerinde açıklık-seçiklik, tutarlılık, mantıklılık, şüphecilik ve doğru akıl yürütme gibi bazı ölçüt ve yöntemleri esas alarak; doğru olmayan düşünme biçimlerini tanıyan, kanıtlara ve sonuçlara önem veren araştırma temelli daha derin bir düşünme eğilimi, tutumu ve becerisi sergileyen, böylelikle de sadece herhangi bir sonuca değil ama tutarlı, makul sonuçlara ve yargılara ulaşmayı amaçlayan, hem problem çözme hem de problem görme kapasitesi sayesinde, kendi düşünme sürecini sürekli denetim altında tutarak değişmeye ve kendi kendini düzeltmeye açık olan bir düşünme olarak tanımlanmaktadır (Gündoğdu, 2009:63). Sokrates ise “Bir şeyi iyi ya da kötü yanlarıyla değerlendirme” olarak tanımladığı eleştirel düşünmeyi, tüm dünyaya bir sorgulama yöntemi olarak tanıtmıştır (Şenseker ve Bilgin, 2008:21) ve yapılan çalışmalar bu becerinin eğitim yoluyla geliştirilebileceğini göstermektedir. Eleştirel düşünebilme ve etkili kararlar alabilme, eğitilmiş bir bireyin sahip olması gereken bilişsel becerilerdir (Seferoğlu ve Akbıyık, 2006:194).

Her şeyden önce, eleştirel düşünme doğru olmayan düşünme biçimlerini tanıyan bir düşünmedir. Fakat; o, yalnızca hata ya da kusur bulma niyetiyle gerçekleştirilen negatif bir düşünme değildir. Eleştirel düşünme başkalarının veya kendimizin iddia ya da kanaatlerini

tarafsız ve önyargısız bir şekilde değerlendirmekten ibarettir. Eleştirel düşünme, negatif bir düşünme olmadığı gibi, insanları aynı şekilde düşünmeye sevk eden standart bir düşünme de değildir. Eleştirel düşünme, algıları, temel duygusal ihtiyaçları, değerleri farklı olan ve ikisi de eleştirel düşünmeyi kullanan iki insanın –*düşüncelerinin temel varsayımlarını gözden geçirdikleri ve varsayımları ile sonuçlarının farkında oldukları sürece* farklı düşüncelere sahip olmalarını mümkün kılar. Eleştirel düşünme, duyguları ortadan kaldırıp onların yerine geçmeye çalışmaz (Haskins 2006:3).

Eleştirel düşünme beceri ve eğilimlerinin kazandırılması için bir takım hususlara önem verilmesi gerekmektedir. Bunlardan ilki öğrencilerin kendilerini güvende hissedecekleri öğrenme ortamlarının hazırlanmasıdır. Öğrencilerin düşünme süreçleri izlenmelidir. Özellikle soru sorma ve sorgulama konusu önemsenmelidir. Öğrencilere açık uçlu sorular sorulmalı ve ayrıca onların nitelikli soru sormaları sağlanarak bu konuda gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır (Seferoğlu ve Akbıyık, 2006:197).

Yönetim sürecinde sağlık yöneticileri için önemli olan bir diğer konu ise problem çözmedir ve uzun yıllardan beri üzerinde durulan bir konudur. Problem çözme ile ilgili yapılan en önemli çalışma D’Zurilla ve Goldfried (1971) tarafından yapılmıştır. Onlara göre, problem çözme, beş aşamalı bilişsel problem çözme; duyuşsal, davranışsal ve bilişsel bir süreç olarak nitelendirilmektedir. Sürecin ilk adımını problemin tanımlanması almaktadır. İkinci adımını, alternatif çözümler üretme, üçüncü adımını ise problemin değerlendirilmesi dördüncü adımda karar verme süreci yer almaktadır. Son basamak ise verilen kararın uygulamaya konulmasıdır. Bu son basamak ile problem çözme basamakları sona ermektedir. Belirtilen işlemlerden de anlaşılacağı gibi problem çözme sistematik bir işlemdir (Genç ve Kalafat, 2007).

Problem çözme kısaca; tanımlanmış bir zorluğun üstesinden gelme, zorlukla ilgili bilinenleri birleştirme, zorlukla ilgili toplanması gereken veriyi belirleme, çözümler üretme, üretilen çözümleri sınama, problemlerin daha basit ifade edilişlerini arama becerilerini içermektedir (Serefoğlu ve Akbıyık, 2006:194).

Problem çözme ayrıca öğrencilerin problemlere kendi yaklaşımlarını geliştirdikleri, kendi araçlarını seçtikleri ve planlarının ilerlemesini izledikleri sıradan olmayan bir etkinlik olarak tanımlanmaktadır. Potansiyel olarak uygulanabilir stratejilerden oluşan birikimlerin arasından seçim yapabilmek ve bu stratejileri gerektiğinde verilen bir problem durumuna adapte etme yeteneğini geliştirmek, sıradan olmayan problemlerle başa çıkmanın kritik bir ögesidir (Sezgin ve diğerleri, 2001).

Tüm yöneticilerde olduğu gibi sağlık yöneticileri de her gün birçok farklı olay için karar verme işlemi gerçekleştirerek yönetim faaliyetini icra etmektedirler. Karar verme, Cosgrave (1996) tarafından bütün yöneticilerin en önemli görevlerinden biri olarak tanımlanmıştır (Cosgrave, 1996:28). Karar verme davranışı, büyük oranda, yöneticilerin davranışlarını özetleyen ve yöneticileri toplumdaki diğer mesleklerden ayırt eden bir eylemdir (Harrison, 1996:46).

Karar verme, konuyla ilgili bilgileri birleştirme, seçenekleri kıyaslama, gereksinim duyulan bilgiyi belirleme ve nihayet seçenekler içinde en uygununu belirleme becerilerinden oluşmaktadır (Serefoğlu ve Akbıyık, 2006:194) ve günümüzün karmaşık ve dinamik sağlık sisteminde, oldukça stresli bir süreç haline gelmiştir. Nasıl karar verilmesi gerektiği ve yanlış kararlar alınmasına yol açan hatalardan nasıl kaçınacakları konusunda bilgi sahibi olan sağlık kurumları yöneticileri karar verme sürecinde daha az stres algılar. Bir kararın tüm olası

sonuçlarını belirlemek ve anlamak zordur; zira alınan bir karar, oldukça karmaşık karşılıklı ilişkiler içinde bulunan çok sayıda faktörü aynı anda etkileyebilmektedir. Gerçekçi çözüm seçeneklerinin geliştirilmesi koşullara olduğu kadar yöneticinin deneyimlerine de bağlıdır (Özcan,2013:70).

2.Yöntem

2.1. Araştırmanın amacı

Bu çalışmada, geleceğin sağlık yöneticileri olan Sağlık Yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme, problem çözme becerileri ve karar verme stratejilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni Türkiye’deki üniversitelerin sağlık yönetimi ve sağlık idaresi ile ilgili bölümlerinde eğitim alan tüm öğrenciler olarak belirlenmiştir. Çalışmanın örnekleme ise Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü ve Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü’nde eğitim gören 326 öğrenci olarak belirlenmiştir. Çalışmada 15 Nisan 2014-30 Nisan 2014 tarihleri arasında 282 öğrenciye anket uygulanmıştır.

2.3. Veri toplama aracı

Tanımlayıcı türde kesitsel ve karşılaştırmalı bir saha çalışması olarak planlanan bu çalışmada California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Karar Verme Stratejileri Ölçeği ve sosyo-demografik bilgilerden oluşan anket kullanılmıştır.

- **California Eleştirel Düşünme Ölçeği:** Orijinali Facione, Facione ve Giancarlo (1992) tarafından geliştirilen ve Kökdemir (2003) tarafından Türkçeye uyarlanan California Eleştirel Düşünme Ölçeği (CCTDI) 29’u olumlu ve 22’si olumsuz toplam 51 madde içermektedir. Ölçekteki maddeler, “Tamamen katılıyorum, katılıyorum, kısmen katılıyorum, kısmen katılmıyorum, katılmıyorum, hiç katılmıyorum.” şeklinde altılı Likert tipinde derecelendirilmiştir. Ölçekteki olumlu maddeler 6’dan 1’e doğru puanlanırken olumsuz maddeler tam tersi şekilde puanlanmıştır. Puanı 240’dan az olanların genel eleştirel düşünme eğilimleri az, 240-300 arası olumlu yönde ve 300’den fazla olanlar ise yüksek olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin Kökdemir (2003) tarafından 913 öğrenci üzerinde Türkçeye uyarlama çalışmasında iç tutarlılık katsayısı 0.88 olarak belirlenmiştir (Kasımoğlu, 2013). Sağlık Yönetimi öğrencileri üzerinde yapılan bu çalışmada da benzer olarak 0.878 olarak hesaplanmıştır. Kolmogorov-smirnov testine göre ölçek puanının normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).
- **Problem Çözme Envanteri:** Heppner ve Petersen (1982) tarafından, çeşitli araştırmalar sonucu ortaya çıkan “genel yönelim”, “problemin tanımı”, “alternatif üretme”, “karar verme” ve “değerlendirme” gibi problem çözme aşamaları göz önünde bulundurularak, kişinin problemlerini çözebilme yeterliği konusunda kendisini nasıl algıladığının yanı sıra, problem çözme yönteminin boyutlarını da belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Envanterin Türkçeye çevrilmesi ilk Akkoyun ve Öztan (1988), daha sonra Taylan (1990) ve Savaşır ve Şahin (1997), tarafından yapılmıştır. “Problem Çözme Envanteri”nin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.90 olup, olumlu ve olumsuz ifadeler yer almaktadır. 35 maddeden oluşan test, 1–6 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Bu ölçek, (1) Her zaman böyle davranırım, (2) Çoğunlukla böyle davranırım, (3) Sık sık böyle davranırım, (4) Arada

sırada böyle davranırım, (5) Ender olarak böyle davranırım, (6) Hiçbir zaman böyle davranmam şeklindedir. Verilen cevaplara 1 ile 6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlamada 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışı bırakılır. Puanlama 32 madde üzerinden yapılır. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanır. Bu maddeleri puanlarken 1=6, 5=2, 4=3, 2=5, ve 6=1 şeklinde tersine çevrilir. Bu maddelerin yeterli problem çözme becerilerini temsil ettiği varsayılır. Envanterden alınabilecek puan ranjı, 32-192'dir. Puanlamada düşük puanlar problemleri çözmede etkililiği, yüksek puanlar ise problemler karşısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir (Güçlü, 2003). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.69 olarak hesaplanmıştır. Kolmogorov-smirnov testi ile problem çözme envanteri puan dağılımının normal dağılımdan anlamlı bir farklılık sergilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

- **Karar Verme Stratejileri Ölçeği:** Araştırmada kullanılan diğer ölçme aracı olan Karar Verme Stratejileri Ölçeği, Kuzgun (1993) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek içtepsel, mantıklı, bağımlı ve kararsız olmak üzere 4 alt boyut ve 40 maddeden oluşmaktadır. Karar Stratejileri Ölçeğindeki sorulara kişi A) Hiçbir zaman, B) Ara sıra, C) Sıklıkla ve D) Her zaman yanıtlarını verebilir. Puanlama işleminde A yanıtına 1, B'ye 2, C'ye 3 ve D'ye 4 puan verilmiştir. Bağımlı karar verme alt ölçeğindeki 10, 19, 22, 25, 30 ve 31 numaralı maddeler tersinden puanlanmıştır. Karar verme stratejileri ölçeğinde en düşük puan 40, en yüksek puan ise 160 alınmaktadır. 40 ile 80 arasında puan alan bireylerin düşük karar verme stratejisine, 81 ile 120 arasında puan alan bireylerin orta düzeyde karar verme stratejisine ve 121 ile 160 arasında puan alan bireylerin yüksek karar verme stratejisine sahip oldukları kabul edilmektedir. Karar verme stratejisi ölçeğinin her bir alt boyutundan ise en düşük 10 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır (Tuncer, 2013). Karar Stratejileri Ölçeği'nin iç tutarlılığı Cronbach Alpha formülü ile hesaplanmıştır. Bulunan Cronbach Alpha katsayıları içtepsel karar stratejisi için 0,74; mantıklı karar stratejisi için 0,72; bağımsız karar stratejisi için 0,55; kararsız karar stratejisi için 0,70'dir. Ölçeğin güvenilirlik analizi test- tekrar test yöntemi sınanmış korelasyon katsayıları içtepsel karar stratejisi için 0,81, mantıklı karar stratejisi için 0,80, bağımsız karar stratejisi için 0,52 ve kararsız karar stratejisi için 0,82 bulunmuştur (Acat ve Dereli, 2012). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.64 olarak hesaplanmıştır. Kolmogorov-smirnov testi ile karar verme stratejileri ölçeği puan dağılımının normal dağılımdan anlamlı bir farklılık sergilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$).
- **Sosyo-Demografik Bilgiler:** Bu bölüm öğrencilerin cinsiyetleri, eğitimleri ile ilgili bilgiler ve ailelerinin gelir, eğitim ve meslekleri ile ilgili toplam 6 sorudan oluşmaktadır.

3.Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Üniversite		
Başkent	49	17,4
Hacettepe	59	20,9
Kırıkkale	174	61,7
Sınıf		
1.sınıf	87	30,9
2.sınıf	83	29,4
3.sınıf	60	21,3
4.sınıf	52	18,4
Cinsiyet		
Erkek	106	37,6
Kadın	176	62,4
Üniversiteye girmeden önce eğitim aldığı kurum		
Lise/Süper lise	143	50,7
Anadolu Lisesi	119	42,2
Fen lisesi	3	1,1
Özel lise	8	2,8
Diğer	9	3,2
Yerleşim yeri		
Köy-kasaba	34	12,1
İlçe-küçük şehir	76	27,0
Orta büyüklükte şehir	50	17,7
Büyükşehir	122	43,3
Aile Geliri		
1000 TL'den az	53	18,8
1001-2000 TL	101	35,8
2001-3000 TL	71	25,2
3001-5000 TL	35	12,4
5001 TL ve üzeri	22	7,8

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile yapıları incelendiğinde 8 öğrencinin (%2.8) annesi, 15 öğrencinin (%5.3) ise babası hayatını kaybetmiştir. Öğrencilerin 13’ünün (%4.6) anne babası boşanmış veya ayrı yaşamaktadır. Öğrencilerin 46’sı (%16.3) tek çocuktur, kardeşi olan 236 öğrencinin ise ortalama 2.14 ± 1.47 kardeşi vardır. Tablo 2’de öğrencilerin aile üyelerinin eğitim ve meslek özellikleri yer almaktadır.

Tablo 2. Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerinin eğitim ve meslek özelliklerine göre dağılımı

	ANNE		BABA		KARDEŞ	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Eğitim						
Okuryazar değil	20	8,5	2	,9	5	1,1
İlkokul	120	51,3	77	33,8	59	13,5
Ortaokul	18	7,7	26	11,4	44	10,1
Lise	51	21,8	64	28,1	168	38,4
Üniversite	21	9,0	54	23,7	160	36,6
Yüksek Lisans/Doktora	4	1,7	5	2,2	1	0,2
Toplam	234	100,0	228	100,0	437	100,0
Meslek						
Beyaz Yakalı*	22	9,0	107	45,1	70	28,4
Mavi Yakalı**	16	6,4	71	29,9	29	11,7
Emekli	15	6,0	59	24,9	-	-
Çalışmıyor /Ev hanımı	194	78,6	-	-	28	11,3
Öğrenci	-	-	-	-	120	48,6
Toplam	247	100,0	237	100,0	247	100,0

* Beyaz yakalılar: öğretmen, polis, hemşire, işletmeci, memur vb.

** Mavi yakalılar: fabrika işçisi, marangoz, inşaat işçisi vb.

Tablo 3’de araştırmaya katılan öğrencilerin California Eleştirel Düşünme Ölçeği, Problem Çözme Envanteri ve Karar Verme Stratejileri Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 3. Araştırmaya katılan öğrencilerin California Eleştirel Düşünme Ölçeği, Problem Çözme Envanteri ve Karar Verme Stratejileri Ölçeğinden aldıkları puanlar

	Sayı	Min	Maks	Ort.	SS
California Eleştirel Düşünme Ölçeği	282	149,00	273,00	211,89	28,00
Problem Çözme Envanteri	282	64,00	162,00	121,03	13,65
Karar Verme Stratejileri Ölçeği	281	53,00	126,00	95,66	9,41

Tablo 4’te araştırmaya katılan öğrencilerin ölçek değerlendirme sonuçları yer almaktadır. California eleştirel düşünme eğilimi ölçeğinde puanı 240’dan az olanların genel eleştirel düşünme eğilimleri az, 240-300 arası olumlu yönde ve 300’den fazla olanlar ise yüksek olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan öğrenciler arasında eleştirel düşünme eğilimi yüksek olarak değerlendirilebilen öğrenci bulunmamaktadır. Problem çözme envanterinde puanlamada düşük puanlar problemleri çözmeye etkililiği, yüksek puanlar ise problemler karşısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir. Envanterin değerlendirilmesinde düşük ve yüksek puanlar için bir kesim noktası olmadığından araştırmaya katılan öğrencilerin envanter puan ortalaması kesim noktası olarak kabul

edilmiştir. Problem çözme envanterinde puanı 121 ve altı olan öğrenciler problem çözme becerileri yüksek diğerleri ise düşük olarak değerlendirilmiştir. Karar verme stratejileri ölçeğinde 40 ile 80 arasında puan alan bireylerin düşük karar verme stratejisine, 81 ile 120 arasında puan alan bireylerin orta düzeyde karar verme stratejisine ve 121 ile 160 arasında puan alan bireylerin yüksek karar verme stratejisine sahip oldukları kabul edilmektedir.

Tablo 4. Araştırmaya katılan öğrencilerin California Eleştirel Düşünme Ölçeği, Problem Çözme Envanteri ve Karar Verme Stratejileri Ölçeği değerlendirme sonuçları

		Sayı	Yüzde
California Eleştirel Düşünme Ölçeği	Eleştirel düşünme eğilimi az	233	82,6
	Eleştirel düşünme eğilimi olumlu	49	17,4
Problem Çözme Envanteri	Problem çözme becerisi düşük	134	47,5
	Problem çözme becerisi yüksek	148	52,5
Karar Verme Stratejileri Ölçeği	Düşük karar verme stratejisi	10	3,6
	Orta düzeyde karar verme strateji	269	95,7
	Yüksek karar verme stratejisi	2	0,7

Tablo 5’de araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırmaları yer almaktadır. California eleştirel düşünme ölçeği puan dağılımı normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan analiz yöntemlerinden iki grulu değişkenlerde (cinsiyet) Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grulu değişkenlerde (üniversite, sınıf vb.) Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Problem çözme envanteri ve karar verme stratejileri ölçeği parametrik varsayımları karşıladığı için iki grulu değişkenlerde Bağımsız iki örneklem t- testi, ikiden fazla grulu değişkenlerde Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Tablo 5. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek skorları

	N	CEDÖ Ort±SS	PÇE Ort±SS	KVSÖ Ort±SS
Üniversite				
Başkent	49	204,14±23,36	120,89±17,52	95,75±12,38
Hacettepe	59	183,67±20,00	114,08±11,54	96,83±6,97
Kırıkkale	174	223,63±23,68	123,43±12,28	95,23±9,19
<i>P</i>		0,000*	0,000*	0,553
Sınıf				
1.sınıf	87	207,83±28,44	121,39±13,64	95,15±10,53
2.sınıf	83	216,53±27,35	122,43±13,55	96,30±10,14
3.sınıf	60	204,63±25,86	119,78±14,31	97,23±7,18
4.sınıf	52	219,65±28,21	119,65±13,22	93,69±8,29
<i>P</i>		0,007*	0,582	0,205
Cinsiyet				
Erkek	106	206,96±26,71	119,81±16,14	96,89±9,37
Kadın	176	214,85±28,42	121,77±11,90	94,92±9,38
<i>P</i>		0,024*	0,243	0,090
Üniversiteye girmeden önce eğitim aldığı kurum				
Lise/Süper lise	143	214,63±26,85	121,84±12,39	95,97±9,38
Anadolu Lisesi	119	211,41±29,46	120,47±14,00	95,01±9,19
Fen lisesi	3	181,00±10,81	116,66±6,35	94,00±6,08
Özel lise	8	186,37±14,54	108,00±21,57	97,00±14,03
Diğer	9	207,55±23,88	128,55±16,17	98,44±10,17
<i>P</i>		0,019*	0,025*	0,783
Yerleşim yeri				
Köy-kasaba	34	214,82±25,86	124,14±12,12	97,03±9,56
İlçe-küçük şehir	76	216,81±27,92	122,06±13,24	95,63±8,27
Orta büyüklükte şehir	50	205,50±25,97	117,96±14,38	97,74±7,82
Büyükşehir	122	210,62±29,09	120,78±13,90	94,45±10,48
<i>P</i>		0,112	0,189	0,163
Aile Geliri				
1000 TL'den az	53	214,26±27,73	120,01±14,99	95,75±8,90
1001-2000 TL	101	218,48±26,73	121,55±12,37	96,40±9,39
2001-3000 TL	71	207,63±29,87	122,53±14,07	93,50±9,70
3001-5000 TL	35	203,77±26,89	117,94±11,57	96,05±8,64
5001 TL ve üzeri	22	202,54±23,55	121,18±17,49	98,40±10,41
<i>P</i>		0,009*	0,545	0,179

CEDÖ: California Eleştirel Düşünme Ölçeği (Puanın yüksek olması eleştirel düşünme becerisinin yüksek olduğunu gösterir)

PÇE: Problem Çözme Envanteri (Puanın düşük olması problem çözme becerisinin yüksek olduğunu gösterir)

KVSÖ: Karar Verme Stratejileri Ölçeği (Puanın yüksek olması karar verme stratejisinin yüksek olduğunu gösterir)

*p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı

4. Tartışma

21. yüzyılın beraberinde getirdiği bilgi çağında, hızla değişen dünyanın gereklilerini yerine getirebilmek, doğru ve hızlı kararlar alarak var olan veya oluşabilecek problemlerin çözümünü sağlayabilmek için bireylerin eleştirel düşünme yeteneğine, yüksek düzeyde karar verme stratejilerine ve problem çözme becerilerine sahip olması oldukça önemlidir. Özellikle sürekli, hızlı ve köklü değişimlerin yaşandığı sağlık sektörü için yönetici adayları olarak yetişen üniversite öğrencileri açısından bu yetenek ve becerilerin var olması öğrencilerin hem yöneticilik kariyerleri hem de sağlık sektörünün geleceği açısından büyük önem taşımaktadır. Konunun önemi göz önüne alınarak araştırmada, geleceğin sağlık yöneticileri olan Sağlık Yönetimi öğrencilerinin eleştirel düşünme, problem çözme becerileri ve karar verme stratejilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır ve bu amaç doğrultusunda Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü ve Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde eğitim gören 282 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma bulgularından hareketle, araştırmaya katılan öğrenciler arasında eleştirel düşünme eğilimi yüksek olarak değerlendirilebilen öğrenci bulunmadığı söylenebilir. Problem çözme becerisi açısından bakıldığı zaman ise, araştırmaya katılan öğrencilerin büyük bir kısmının problem çözme becerisinin yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrenciler karar verme stratejileri açısından değerlendirildiği zaman ise, neredeyse tamamına yakın bir kısmının orta düzeyde karar verme stratejisine sahip olduğu göze çarpmaktadır. Eleştirel düşünme yeteneği ile eğitim görülen üniversite ve sınıf, cinsiyet, üniversiteye girmeden önce eğitim alınan kurum ve aile geliri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Problem çözme becerisi ile eğitim görülen üniversite ve üniversiteye girmeden önce eğitim alınan kurum arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiş, eğitim görülen sınıf, cinsiyet ve aile gelirin problem çözme becerisi üzerinde istatistiksel açıdan herhangi bir etkisi olmadığı ortaya konulmuştur. Yerleşim yeri değişkeninin eleştirel düşünme yeteneği ve problem çözme becerisinde herhangi bir etkisi olmadığı istatistiksel olarak belirlenmiştir. Karar verme stratejisi ile hiçbir değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatüre bakıldığı zaman, araştırmamızın sonuçlarıyla paralellik gösteren birçok çalışmanın bulunduğu göze çarpmaktadır. Farklı bölümlerde ve farklı düzeylerde okuyan öğrenciler ile yapılmış olan birçok çalışmada öğrencilerin eleştirel düşünme yeteneğinin eksik olduğu tespit edilmiştir (Demirtaşlı, 1996; Shin ve diğerleri; 2006; Öztürk ve Ulusoy, 2008). Tümkaya ve diğerleri (2009) tarafından yapılan bir çalışmada yine araştırmanın bulgularını destekleyici nitelikte, eleştirel düşünme yeteneği ile eğitim görülen sınıf arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiş, cinsiyet ile problem çözme becerisi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Özcan ve Çelenk (2007) tarafından yapılan bir başka çalışma ise yine problem çözme becerisine ilişkin araştırmadan elde edilen sonuçları destekler niteliktedir.

Araştırma sonuçları göstermektedir ki, Sağlık Yönetimi alanında eğitim gören öğrencilerin eleştirel düşünme yeteneği, problem çözme becerisi ve karar verme stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu noktada geleceğin sağlık yöneticilerini yetiştiren üniversitelere önemli görevler düşmektedir. Üniversitelerdeki psikolojik danışma ve rehberlik merkezlerinin, öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimlerinin, problem çözme becerilerinin ve karar verme stratejilerinin geliştirmelerine yönelik grup rehberliği etkinlikleri düzenlemelerinin veya bu etkinlikleri artırmalarının ve her öğrencinin bu etkinliklere katılımının sağlanmasının, öğrencilerin bu becerilerini geliştirmeleri açısından oldukça faydalı uygulamalar olacağını söylemek mümkündür. Bunun yanında, öğretim elemanlarının

sorumluluğu altında bulunan derslerde, derslerin ilgili oldukları disipline yönelik problem çözme, eleştirel düşünme ve karar verme uygulamalarından yararlanmalarının etkili olabileceği söylenebilir. Çünkü ancak bu tür bir eğitim sonucunda soyutlama ve akıl yürütme becerisine sahip, sistemli düşünebilen, ölçüm ve karşılaştırma yapabilen, iletişim ve işbirliği becerisi yüksek yöneticiler yetiştirilebilir.

Kaynaklar

- 1.ACAT, B.M., DERELİ, E. (2012), Okul Öncesi Öğretmenliği Bölümü Öğrencilerinin Karar Verme Stratejileri ve Akademik Başarılarının Öğrenme Motivasyonlarını Yordama Gücü, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 12(4), s. 2661-2678
- 2.BARTLETT, D. , COX, P. (2000). Critical thinking dispositions of undergraduate physical therapy students: implications for instruction and counseling. *Physiotherapy, Canada*, pp. 16 24.
- 3.COSGRAVE, J. (1996). Decision Making in Emergencies. *Disaster Prevention and Management*, 5(4): 28 – 35.
- 4.DEMİRTAŞLI, N.Ç. (1996). Eleştirel Düşünme: Bir Ölçme Aracı ve Bir Araştırma. 3. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildiri Kitabı, 208-216.
- 5.GENÇ, S., KALAFAT T. (2007). Öğretmen Adaylarının Demokratik Tutumları ile Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 22 (2).
- 6.GÜÇLÜ, N. (2003), Lise Müdürlerinin Problem Çözme Becerileri, *Milli Eğitim Dergisi*, 160.
- 7.GÜNDOĞDU, H. (2009). Eleştirel Düşünme ve Eleştirel Düşünme Öğretimine Dair Bazı Yanılgılar. *Celal Bayar Üniversitesi S.B.E..Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1):.57-74.
- 8.HARRISON, E.F. (1996). A Process Perspective on Strategic Decision Making. *Management Decision*, 34(1): 46 – 53.
- 9.HASKİNS, G. R. (2006). *A Practical Guide to Critical Thinking* August 2006
- 10.(<http://skepdic.com/essays/haskins.pdf>. Erişim Tarihi: 15.08.2014).
- 11.KASIMOĞLU, T. (2013), Öğretmen Adaylarında Eleştirel Düşünme, Mantıksal Düşünme ve Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ortaöğretim Fen Ve Matematik Alanları Eğitimi Ana Bilim Dalı, Biyoloji Öğretmenliği Bilim Dalı, Ankara.
- 12.KAVUNCUBAŞI, Ş., YILDIRIM, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- 13.KÖKDEMİR, D. (2003). Belirsizlik Durumlarında Karar Verme ve Problem Çözme. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- 14.OFFICE OF OUTCOMES ASSESMENT (OOA). (2006). *Critical thinking as a core academic skill: A review of Literature*, Universty of Maryland, Universty College.
- 15.ÖZCAN, G., ÇELENK, S. (2007). Problem Çözme Yönteminin Eleştirel Düşünmeye Etkisi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(14): 173-190.

- 16.ÖZTÜRK, N., ULUSOY, H. (2008). Lisans ve Yüksek Lisans Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1): 15-25.
- 17.RAKICH,J.S., LONGEST B.S., DARR, K. (1996), Managing Health Services Organizations. Baltimore: Health Professions Press.
- 18.SEFEROĞLU, S.S., AKBIYIK, C. (2006). Eleştirel Düşünme ve Öğretimi Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 30: 193-200.
- 19.SEZGİN, G., ÇALIŞKAN, S., ÇALLICA, H., ELLEZ, M., KAVCAR, N. (1998). Fen Öğretiminde Problem Çözme Stratejilerinin Kullanımına Yönelik Bir Çalışma, IV. Fen Bilimleri Eğitim Kongresi, M.E. Basımevi, Ankara.
- 20.SHIN, S., HA, J., SHIN, K., DAVIS, M.K. (2006). Critical Thinking Ability of Associate, Baccalaureate and RN-BSN Senior Students in Korea. Nursing Outlook, 328-333.
- 21.ŞENŞEKERCİ, E., BİLGİN, A. (2008). Eleştirel Düşünme ve Öğretimi. U.Ü. Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(4).
- 22.TUNCER, M.A. (2013), Okul Yöneticilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri İle Karar Verme Stratejileri Arasındaki İlişki (İstanbul İli Maltepe İlçesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi Ve Denetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- 23.TÜMKAYA, S., AYBEK, B., ALDAĞ, H. (2009). An Investigation of University Students' Critical Thinking Disposition and Perceived Problem Solving Skills. Eurasian Journal of Educational Research, 36: 57-74.
- 24.YAŞAR, A.Ö. (2013). Sağlık Kurumları Yönetiminde Sayısal Yöntemler. (Çevirenler Şahin Kavuncubaşı, Selami Yıldırım) Ankara: Siyasal Kitapevi.

SAĞLIK HİZMETLERİ LİDER PERSONELDE OLMASI BEKLENEN ÖZELLİKLERİN ANALİZİ

Abdurrahman Çetin KIZILKAN*

Veli DURMUŞ **

ÖZET

Bu çalışma ile bir kamu sağlık kuruluşlarında görev yapan lider personelde beklenen özellikler sistem, eğitim ve tecrübe açısından ele alınmış, lider personel temini, yetiştirilmesi ve seçiminde bir yol haritası oluşturulmaya çalışılmıştır.

Araştırmaya katılanların %61,2'si 41-50 yaş arası olup, %20,4'ünün ise akademik ünvanı profesördür. Ankette yer alan ifadelerden en yüksek katılım %80 “Maiyetine, düşüncelerini etki altında kalmadan açıkça dile getirebileceği huzurlu bir çalışma ortamı sağlamalıdır.” ve “İşini başarı ile yapan personeli ödüllendirmelidir.” şeklinde olmuştur.

Araştırmada hekim sınıfındaki bir lider personelde olması beklenen önde gelen özellikler, “İlgili kariyer basamaklarından geçerek gelmelidir.” ve “Kamu ve özel sektörü bilmelidir.” şeklinde bulgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: : Lider personel, Sağlık Çalışanları, Sağlık Hizmetleri, Liderlik.

*Tıp Doktoru, Dr. (Ph.D.), ckizilkan@gata.edu.tr

**Uzm, Marmara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Doktora Öğrencisi; Marmara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Lisans Öğrencisi. velidurmus@hotmail.com

ABSTRACT

In this study, leading personnel who works at health care have been evaluated in terms of structure, education and experience. It has been tried to create a road map about selection and training of leading personnel in the future.

Participants of 61,2 % is 41 – 50 age interval and 20,4 % is professor. According to questionnaire, the highest participation rate is 80% “A leader should provide a peaceful working environment in which employees can openly put forward their thoughts without any stress.” and “A leader should reward to employee who successfully works.”

In this study, the primary leading features of the leader was found as “A leader should get the his/her status step by step.” and “A leader should properly know public and private health care sector.”

Key Words: *Leader personnel, Health employees, Health care, Leadership.*

1.Giriş

Lider kavramı insanlık tarihi süresince çok eskilere dayanan bir kavramdır. O nedenle ki, toplumsal yaşamın herhangi bir zaman ve mekân kesitinde liderliğin olmadığı bir durum yoktur. Liderlik, din, kültür, coğrafya ayırt etmeksizin bütün toplumlarda görülmektedir. İnsanların grup, topluluk ya da organizasyon olarak birlikte yaşadıkları, etkinlikte buldukları tüm zaman ve yerlerde liderlik söz konusudur. Oldukça çok konuşulan, yazılan, araştırılan bir alan olmasına karşın hala üzerinde görüş birliğine varılamamıştır (Gündüz ve diğerleri, 2011: 525). Liderliğin, bir grup insanı, belirlenen amaçlar çerçevesinde toplayabilme ve bu amaçları başarabilmeleri için onları etkileyerek harekete geçirme bilgi ve becerilerinin bütünüdür” biçiminde bir tanımlanabilir (Zel, 2001: 90–91).

Koçel (2010 :569) liderliği belirli şartlar altında birey veya grupların amaçlarını gerçekleştirmek için bir kimsenin başkalarının faaliyetlerini etkilemesi ve onları yönlendirmesi olarak tanımlamaktadır. Lider, bir grup insanı belirli bir amaç doğrultusunda davranmaya sevk eden ve bu insanların kişisel ve grup amaçlarını gerçekleştirmek üzere takip ettikleri, onun isteği, emirleri ve talimatları doğrultusunda davrandıkları kişidir. Bu durumda lider başkalarını belli amaçlar doğrultusunda sevk eden, yönlendiren kişidir. Etkili liderlik bir iş organizasyonunu başarılı kılar. (Mills, 2005). Değişimin hızla yaşandığı son yıllarda dinamik olarak değişen ve gelişen ekonomik, sosyal, toplumsal ve siyasal koşullar karşısında örgütlerin rekabet gücünü etkileyen faktörlerden birisi de yöneticilerinin sahip oldukları liderlik özellikleridir. Liderler, örgüt içinde yer alan birey ve grupları etrafında toplayarak sinerji oluşturabilir, onları isteklendirerek (motive ederek), adil bir biçimde çatışmaları önleyerek, değişime uyumu sağlayabilirler (Özer, 2007: 10).

Swayne ve diğerleri (2006) ise stratejik bir liderin sahip olması gereken özellikleri aşağıdaki gibi özetlemektedirler:

- Gelecek için heyecan verici bir vizyon oluşturur ve açıklar.
- Stratejik yönetim süreçlerine örgütün tüm düzeylerinden ve farklı deneyimlere sahip insanların katılımını sağlar.

- Bugünden çok yarını yönetir.
- Çalışanlarına zaman ayırır ve problemlerini anlamaya çalışır ve düzenli aralıklarla onlarla konuşur (manage by wandering around).
- İnsanların hata yapmasına izin verir. Ürünler, hizmetler ve yönetim süreçlerinde yenilik yapılabilmesi çalışanların risk almasına bağlıdır. Bazen insanlar hata yapabilirler, fakat başarıya ulaşmak için çabalamak gerekmektedir.
- İşlerin yürümesi için zaman tanır.
- Davranışları ile örnek olur.
- Problemleri çözmek için çalışanları güçlendirir.

2. Sağlık Hizmetleri ve Liderlik

Hastaneler günümüzde gelişmiş pahalı araç ve gereçleri kullanmalarına rağmen, emek yoğun işletmeler arasında yer almaktadır. Başka bir ifadeyle, hastanelerde faaliyetler, büyük ölçüde profesyonelleşmiş iş gören gruplarının ortak ve uyumlu çalışmalarıyla gerçekleştirilmektedir. Bir hastanenin başarılı olabilmesi, mevcut insan kaynaklarını amaçlar yönünde, istekli biçimde harekete geçirmesiyle mümkün olabilir. Zira amaç, yapı, üretim biçimi ve mülkiyeti ne olursa olsun; tüm örgütler, ne kadar gelişmiş teknolojiye sahip olursa olsunlar, bu teknolojiyi kullanan insan kaynaklarını etkileyerek istekli biçimde harekete geçirmedikçe amaçlarını gerçekleştiremezler. İnsan kaynakları, tüm örgütlerin temel ve belirleyici girdisidir. Bu nedenle hastanede çalışanların örgüte bağlılığı ve motivasyonunu etkileyen temel unsurun yöneticilerin sergiledikleri liderlik davranışları olduğu ifade edilebilir (Karahana, 2008 :146).

Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef, toplumun sağlık düzeyini artırarak insanların hastalanmasının önlenmesi için etkili sağlık politikalarının uygulanması ve kaynakları etkin yollarla kullanarak maliyetlerin düşürülmesidir. Minimum girdi ile maksimum çıktının elde edilmesi ile insanların sağlık hizmetine ulaşmasının kolaylaştırılması ve bütçelerinin elverdiği ölçüde destek vermeleri sağlanarak toplum içindeki sağlık göstergeleri arasındaki farklılığın azaltılmasının sağlanmasıdır (Uysal, 2010: 24). Hastane organizasyonlarında kesin olarak tanımlanmamış bir hiyerarşi bulunmakta ve hangi çalışanın hangi yönetici veya yöneticilere bağlı olduğu da açık bir şekilde bilinmemektedir. Bu durumda liderliğe, yani astların tepe yöneticiyi kendi istekleri ile takip etmelerine ihtiyaç kalmadığı öne sürülememektedir. Bu şekilde belirlenmiş bir yapı, liderliğe duyulan ihtiyacı daha fazla ön plana çıkarmaktadır (Geyef, 2006: 22). İyi bir liderlik her organizasyon için önemli olduğu gibi sağlık organizasyonları için de önemlilik arz eder. Organizasyonun başarısı liderle gerçekleşir. (Ballou, 2009 :2). Sağlık kurumlarında entelektüel, takım başarısına hedeflenmiş kendisine güvenilen, katılımcı bir şekilde otoriteyi kullanan etkili liderlere ihtiyaç vardır (Jasper and Jumaa, 2005). Etkili sağlık hizmetleri liderliği stratejik, vizyon belirleme, hedeflere ulaşma, astlarla iletişim kurma, onları motive etme, yeniliklerden fırsatlar oluşturma, problemlere yeni ve etkili çözümler bulabilmeyi içerir (Dennis, 2008).

2009 yılında The Joint Commission hastanelerde liderlik standartlarını araştırmıştır. Buna göre "hastaneler bir holding olarak algılanmamalı, bir sistem olarak düşünülmelidir"

tespitinde bulunmuştur. Bu sistem insanlardan, süreçlerden ve diğer kaynaklardan oluşan, birlikte çalışmayı ve birlikte başarmayı temel alan bir sistemdir. The Joint Commission'a göre sağlık organizasyonlar bir saate benzetilebilir. Bu saat alanında en iyi olan elemanlardan oluşan planlayıcı, düzenleyici, kontrol edici ve denetleyici bir sistemdir. Sağlık organizasyonlarının başarmasını sağlamak için organizasyonunu oluşturan bileşenlerin birlikte ve zamanlı bir şekilde çalışması gerekir. Sağlık organizasyonlarının birincil hedefi yüksek kaliteli hasta bakımını sağlamaktır. Diğer hedefleri ise finansal sürdürülebilirlik, sosyal hizmet ve etik iş davranışdır. Bu hedeflere ulaşabilmek için sağlık organizasyonlarının tüm bileşenlerinin birlikte çalışması gerekir. Bunu sağlayacak olan da organizasyonun lideridir (Ballow, 2009: 1).

Sağlık profesyonellerine göre sağlık alanında tepede bulunan lider iyi rekabet edebilmeli, hastanedeki hizmet süreçlerini iyi analiz edebilmeli ve sağlık hizmetlerinin değerini yükseltebilmelidir (Dalziel, 2000 :703). Yüksek performans sağlayabilecek bir hastane kültürünü oluşturmada liderlerin önemi büyüktür (Uysal ve diğerleri, 2012 :27). Bunun için liderler güvenli ve etkin araçları kullanarak kaliteli bir hasta bakımını temel alan bir kültür oluştururlar. Organizasyondaki bireylerin hizmet kalitesi ve güvenliği sürecinde katılımını artırmak için fırsatlar oluşturulmalı ve eğitim sağlanmalıdır. Liderler kabul edilebilir, uygun ve yararlı davranışları tanımlayan bir kodlar listesi oluşturmalı, uygun olmayan ve yıkıcı davranışları tanımlamalı ve bunların zararından kaçınmak için süreci iyi bir şekilde yönetmelidir (Wosoogh, 2009 :19).

Hastanelerdeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma yapısal karmaşıklığa yol açmaktadır. Özellikle son yüzyılda tıp ve teknolojiye görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması, hastanede hem personel hem de hizmet birimleri sayısının fazlalaşmasına neden olmuştur (Kavuncubaşı ve Malhan, 1999: 579). Bu sebeple liderlik davranışları, hastane yöneticilerinin amaçlara ulaşma yönündeki çabalarını güçleştirmektedir. Bundan dolayı, hastane çalışanlarının örgütsel bağlılıklarının artırılması zorlaşmaktadır (Karahana, 2008 :151).

Her işletmede, insan kaynaklarını işletme amaçları doğrultusunda etkili bir şekilde yönlendirebilecek güçlü bir lidere ihtiyaç vardır (Keklik, 2012 :81). Sağlık kurumlarında da bu ihtiyaçtan söz etmek mümkündür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam beklentisi artıkça sağlık organizasyonları daha önemli hale gelmiştir. Bununla birlikte bu organizasyonların yüksek profilli liderler tarafından yönetilmesi de bu organizasyonlar için hayati önem taşımaya başlamıştır. (Vadnjaj ve diğerleri, 2009: 95).

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ile bir kamu sağlık kuruluşunun sağlık hizmetlerinde lider personelde olması beklenen özellikler sistem, eğitim ve tecrübe açısından ele alınmış, lider personel temini, yetiştirilmesi ve seçiminde bir yol haritası oluşturulmaya çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın evrenini, Ankara, İstanbul, İzmir ve Malatya illerinde bulunan ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinde görevli baştabip, baştabip yardımcısı, başhemşire ve hastane idare amirleri oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri Nisan-Haziran 2011 tarihleri arasında Ankara, İstanbul, Elazığ, Malatya ve Diyarbakır illerinde bulunan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinde görevli baştabip, baştabip yardımcısı, başhemşire ve idare amirlerinin soru formuna verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Uygulanması

Araştırmada kullanılmak üzere öncelikle konuyla ilgili literatür taranarak bir taslak anket oluşturulmuştur. Hazırlanan taslak anketteki veriler “n vivo nitel veri analiz programı” ile analiz edilmiş ve bilimsel komisyon tarafından değerlendirilerek, araştırmanın genel ve özel amaçlarına uygun, ifadeleri anlaşılır, uygulama geçerliliği olan 33 soruluk “Sağlık Hizmetlerinde Lider Personelde Olması Gereken Özelliklerin Analizi” anketi oluşturulmuştur.

Araştırma verileri iki bölümden oluşan anket yöntemi ile Nisan-Haziran 2011 aylarında toplanmıştır. Anketler katılımcılara elden ulaştırılmış olup, elden ulaştırılması mümkün olmayanlar için ise posta yoluyla katılımcılara ulaştırılmıştır. Toplam 301 anket katılımcılara iletilmiş, 245’ine yanıt alınmış, 56’sına yanıt alınamamıştır.

3.5. Verilerin Analizi

“Sağlık Hizmetlerinde Lider Personelde Olması Gereken Özelliklerin Analizi” anketinde likert tipi ölçek kullanılmıştır, 1 “Tamamen katılıyorum”, 2 “Katılıyorum”, 3 “Kısmen katılıyorum”, 4 “Katılmıyorum”, 5 “Hiç katılmıyorum” olarak puanlanmıştır. Puanlar 1’e doğru yaklaştıkça olumlu, 5’e doğru yaklaştıkça olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı ile bilgisayar ortamına aktarılmış ve analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak, kesikli veriler için sayı (%), sürekli veriler için ortalama, standart sapma ve ortanca kullanılmıştır. Likert tipi ölçek cevapları ordinal değişken olarak değerlendirilmiş, farklı grupların sorulara verdikleri cevapların karşılaştırmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U

testleri kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda $p < 0.05$ bulunan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Cronbach alfa 0,970 olarak hesaplanmıştır.

4. Bulgular

Bu başlık altında araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının demografik bulgular ve lider personelde olması beklenen özellikler ele alınmıştır.

4.1. Demografik Bulgular

Tablo.1’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özellikleri olarak meslek, görev süresi, yaş, akademik ünvan gibi özelliklere değinilmiştir. Tablo 1’e göre, ankete cevap veren katılımcıların %66’sı tabip, %29’u tabip dışı sağlık personeli, %5’i ise diğer olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %22’sinin 10-15 yıl arası, %70’inin 16-30 yıl arası, %8’inin ise 31 yıl ve üstü görev sürelerinin olduğu, %25’inin 25-40, %60’ının 41-50 yaşlar arası, %15’inin ise 51 yaş ve üstü olduğu, %12 sinin Yrd. Doç., %10’u Doç., %20 sinin ise Prof. olduğu tespit edilmiştir.

Tablo.1 Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Değişkenler	n	%
Meslek		
Tabip	161	65.7
Tabip Dışı Sağlık Çalışanı	67	27.3
Diğer	17	6.9
Görev Süresi		
10-15 yıl arası	50	20.4
16-30 yıl arası	170	69.3
31 yıl ve üstü	25	10.2
Yaş		
25-40 arası	54	22.0
41-50 arası	150	61.2
51 ve üstü	41	16.7
Akademik Ünvan		
Yrd.Doç.Dr.	30	12.2
Doç.Dr.	24	9.7
Prof.Dr.	50	20.4

4.2. Katılımcıların Lider Personelde Olması Beklenen Özelliklere Yönelik Değerlendirmeleri

Araştırmada katılımcıların lider personelde olması beklenen özelliklere yönelik değerlendirmelere ilişkin bulgular Tablo.2’de gösterilmiştir.

Tablo.2 Katılımcıların Lider Personelde Olması Beklenen Özelliklere Yönelik Değerlendirmeleri (n=245)

DEĞİŞKENLER		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	Ort.
		%	%	%	%	%	
1	İyi bir dinleyici olmalıdır	73	26	1	0	0	1,60
2	Uzlaşmaya dayalı sinerjik ilişki kurmalıdır	64	30	5	1	0	1,27
3	Kurum içi çatışmaları etkili yönetebilmelidir	76	22	2	0	0	1,44
4	Grup hedeflerine ulaşmak için çaba sarfetmelidir	69	28	2	1	0	1,26
5	Takım çalışmasını güçlendirmelidir	74	24	2	0	0	1,35
6	İdaresindeki topluluğun değerlerini bilmelidir	78	20	2	0	0	1,28
7	Maiyetine, düşüncelerini etki altında kalmadan açıkça dile getirebileceği huzurlu bir çalışma ortamı sağlamalıdır	80	18	2	0	0	1,24
8	Fırsatlarla ilgili düşünmeyi desteklemelidir	61	34	5	0	0	1,22
9	Hesap verebilmelidir	71	26	2	0	0	1,45
10	Şartları zorlamalıdır	50	35	13	1	1	1,32
11	Kurum kültürünü güçlendirmelidir	71	25	3	0	0	1,67
12	Personelde kurumsal bağlılığı güçlendirmelidir	73	23	3	0	0	1,32
13	Beklenmedik durum ve değişikliklere uyum sağlayabilmelidir	74	23	3	0	0	1,31
14	Yeni değerler yaratabilmelidir	61	34	5	1	0	1,30
15	Personeline özgüven aşılmalıdır	74	23	3	0	0	1,45
16	Ulaşılabilir olmalıdır	78	20	2	0	0	1,29



17	Yetki devri yapabilmelidir	71	26	3	0	0	1,24
18	Personelin içsel motivasyonunu artırıcı tedbirler almalıdır	66	30	4	0	0	1,32
19	İşini başarı ile yapan personeli ödüllendirmelidir	80	19	1	0	0	1,38
20	Astlarına yeteneklerini göstereceği çalışma ortamı sunmalıdır	75	24	0	0	0	1,21
21	Astlarına kendilerinin değerli olduğunu hissettirmelidir	74	26	0	0	0	1,25
22	Hedeflerini astlarını ikna ederek gerçekleştirmelidir	62	27	9	2	1	1,27
23	Karar mekanizmalarına personeli katmalıdır	61	33	7	0	0	1,52
24	Geri bildirim kanalları oluşturmalıdır	68	30	2	0	0	1,46
25	Personeline yapacağı iş konusunda yol göstermelidir	64	31	4	0	0	1,34
26	İşlerin verimliliğini sağlamak için personeli yakından takip etmelidir	60	29	10	1	0	1,42
27	İlgili kariyer basamaklarından geçerek gelmelidir	61	30	9	0	0	1,53
28	Mesleki çalışmalarını azaltarak idareciliğe odaklanmalıdır	30	25	22	18	6	1,49
29	Kamu ve özel sağlık sektörünü bilmelidir	57	32	11	0	0	2,44
30	Sağlık sistemi ile ilgili politika üretebilmelidir	57	33	9	2	0	1,55
31	Gördüğü aksaklıkları üst yönetici olduğunda gidermeye	70	24	3	3	0	1,55

	çalışmalıdır						
32	Personeli sistem içerisinde tutacak değişimleri gerçekleştirebilecek niteliklere sahip olmalıdır	64	31	4	1	0	1,40
33	Kendisinden sonra gelecek liderlerin yetişmesine destek olmalıdır	75	22	2	0	0	1,43

Tablo 2’de katılımcıların lider personelde olması gereken özelliklere yönelik değerlendirmeleri kapsamındaki 245 kişinin araştırma anketine verdikleri yanıtların yüzdeleri ve ortalamaları bulunmaktadır. Tablo 2’ye göre, en yüksek katılım olan ifadeler; sırasıyla 1,21 ortalama ile “Astlarına yeteneklerini göstereceği çalışma ortamı sunmalıdır”; 1,22 ortalama ile “Fırsatlarla ilgili düşünmeyi desteklemelidir”; 1,25 ortalama ile “Astlarına kendilerinin değerli olduğunu hissettirmelidir” biçiminde tamamen katıldıkları belirtilmiştir.

Tablo 3. Farklı Sınıflardaki Yöneticilerin Lider Personelde Olması Beklenen Özelliklere İlişkin Değerlendirmeleri

MADDELER	TABİP		TABİP DIŞI SAĞLIK PERSONELİ		DİĞER SINIFLAR		P*
	Ort.	S.s.	Ort.	S.s.	Ort.	S.s.	
4. Grup hedeflerine ulaşmak için çaba sarfetmelidir	1,34	0,56	1,30	0,58	1,65	0,49	0,01
5. Takım çalışmasını güçlendirmelidir	1,28	0,51	1,21	0,41	1,59	0,51	0,01
25. Personeline yapacağı iş konusunda yol göstermelidir	1,42	0,65	1,34	0,54	1,71	0,59	0,04
27. İlgili kariyer basamaklarından geçerek gelmelidir	1,43	0,63	1,57	0,80	1,82	0,73	0,04
29. Kamu ve özel sağlık sektörünü bilmelidir	1,46	0,67	1,70	0,78	1,76	0,75	0,03

* Kruskal Vallis ile test edilmiştir

Tablo 3’de Farklı Sınıflardaki yöneticilerin lider personelde olması beklenen özelliklere ilişkin değerlendirmeleri bulunmaktadır. Buna göre, en yüksek katılım tabip dışı sağlık personeli olan yöneticilere ait “Takım çalışmasını güçlendirmelidir” ($1,21 \pm 0,41$; $p < 0,05$) ifadesi olurken, en az katılım ise diğer sınıflara ait yöneticilere ait “İlgili kariyer basamaklarından geçerek gelmelidir” ($1,82 \pm 0,73$; $p < 0,05$) ifadesine olmuştur. Tabip sınıfı yöneticilerde ise en yüksek katılım “Takım çalışmasını güçlendirmelidir” ($1,28 \pm 0,51$; $p < 0,05$) ifadesine olurken, en düşük katılım “Kamu ve özel sağlık sektörünü bilmelidir” ($1,46 \pm 0,67$; $p < 0,05$) ifadesine olmuştur.

Tablo 4. Farklı Yaş Grubundaki Yöneticilerin Lider Personelde Olması Beklenen Özelliklere İlişkin Değerlendirmeleri

MADDELER	29-40 Yaş		41-50 Yaş		51 ve Üstü Yaş		P*
	Ort.	S.s.	Ort.	S.s.	Ort.	S.s.	
5. Takım çalışmasını güçlendirmelidir.	1,42	0,59	1,26	0,47	1,17	0,38	0,04
9. Hesap vermekten kaçınmamalıdır.	1,52	0,70	1,26	0,50	1,24	0,43	0,01
10. Şartları zorlamalıdır.	1,82	0,82	1,69	0,84	1,39	0,59	0,02
14. Yeni değerler yaratabilmelidir.	1,55	0,59	1,47	0,66	1,24	0,49	0,02
15. Personeline özgüven aşılmalıdır.	1,44	0,59	1,28	0,52	1,12	0,33	0,01
27. İlgili kariyer basamaklarından geçerek gelmelidir.	1,58	0,74	1,52	0,71	1,23	0,48	0,02
33. Kendisinden sonra gelecek liderlerin yetişmesine destek olmalıdır.	1,45	0,67	1,24	0,46	1,20	0,46	0,03

* Kruskal Vallis ile test edilmiştir

Tablo 4’de farklı yaş grubundaki yöneticilerin liderlik personelde olması beklenen özelliklere ilişkin değerlendirmeleri bulunmaktadır. Buna göre, en yüksek katılım 51 veya üstü yaşa sahip yöneticilere ait “Personeline özgüven aşılmalıdır” ($1,12 \pm 0,33$; $p < 0,05$) ifadesine olurken, en düşük katılım 29-40 yaş aralığına sahip yöneticilere ait “Şartları zorlamalıdır” ($1,82 \pm 0,82$; $p < 0,05$) ifadesine olmuştur. 41-50 yaş aralığında bulunan yöneticilerden ise en yüksek katılım “Kendisinden sonra gelecek liderlerin yetişmesine destek olmalıdır” ($1,24 \pm 0,46$; $p < 0,05$) ifadesine olmasına rağmen, en düşük katılım “Şartları zorlamalıdır” ($1,69 \pm 0,84$; $p < 0,05$) ifadesine olmuştur.

Tablo 5. Akademik Ünvanı Olan Yöneticilerin Lider Personelde Olması Beklenen Özelliklere İlişkin En Yüksek ve En Az Değerlendirmeleri.

MADDELER	Ort.	S.s.	P
13. Beklenmedik durum ve değişikliklere uyum sağlayabilmelidir.	1,12	0,60	0,65
33. Kendisinden sonra gelecek liderlerin yetişmesine destek olmalıdır.	2,22	0,44	0,70

Tablo 5’de akademik ünvanı olan yöneticilerin lider personelde olması beklenen özelliklere ilişkin en yüksek ve en az değerlendirmeleri yer almaktadır. Buna göre, en yüksek

katılım “Beklenmedik durum ve değişikliklere uyum sağlayabilmelidir.” (1,12±0,60) ifadesine olmasına rağmen, en düşük katılım “Kendisinden sonra gelecek liderlerin yetişmesine destek olmalıdır” (2,22±0,44) ifadesine olmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 6. Akademik Ünvanı Olmayan Yöneticilerin Lider Personelde Olması Beklenen Özelliklere İlişkin En Yüksek ve En Az Değerlendirmeleri.

MADDELER	Ort.	S.s.	P
7. Maiyetine, düşüncelerini etki altında kalmadan açıkça dile getirebileceği huzurlu bir çalışma ortamı sağlamalıdır.	1,17	0,38	0,55
27. İlgili kariyer basamaklarından geçerek gelmelidir.	2,11	0,58	0,66

Tablo 6’da akademik ünvanı olmayan yöneticilerin lider personelde olması beklenen özelliklere ilişkin en yüksek ve en az değerlendirmeleri yer almaktadır. Buna göre, en yüksek katılım “Maiyetine, düşüncelerini etki altında kalmadan açıkça dile getirebileceği huzurlu bir çalışma ortamı sağlamalıdır” (1,17±0,38) ifadesine olmasına rağmen, en düşük katılım “İlgili kariyer basamaklarından geçerek gelmelidir” (2,11±0,58) ifadesine olmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. Tartışma

Araştırmanın “Sağlık hizmetlerinde lider personelde olması beklenen özellikler nelerdir” amacına yönelik elde edilen bulgular, 245 katılımcının vermiş olduğu yanıtlar çerçevesinde değerlendirildiğinde en yüksek katılım olan ifadeler; sırasıyla 1,21 ortalama ile “Astlarına yeteneklerini göstereceği çalışma ortamı sunmalıdır”; 1,22 ortalama ile “Fırsatlarla ilgili düşünmeyi desteklemelidir”; 1,25 ortalama ile “Astlarına kendilerinin değerli olduğunu hissettirmelidir” biçiminde tamamen katıldıkları belirtilmiştir. Buna rağmen en düşük katılımın ise sırasıyla “Kamu ve özel sağlık sektörünü bilmelidir” (ort. 2,44) ve “Kurum kültürünü güçlendirmelidir” (ort. 1,67) ifadelerine olmuştur.

Lider personelin astlarına yeteneklerini göstereceği çalışma ortamı sunması beklenmektedir. Çünkü, liderlik, liderin örgütsel amaçlara varabilmek için astlarının gönüllü bir şekilde gayret etmelerini sağlayan sosyal etkileşim sürecidir (Doğan, 2007:33). Çiçek (2005) yaptığı çalışmada yöneticilerin nitelikleri ile çalışanların verimliliği arasındaki ilişkiyi incelemiş, yöneticilerin nitelikleri ile çalışanların verimliliğinin arasında doğru orantı olduğunu bulgulamıştır. Chopara (2009) çalışma ortamında stres kaynakların çalışanlarda yaygın anksiyete, akıl hastalıkları ve verim düşüklüğüne sebep olduğunu, Hillier (2005) ise çalışma alanında oluşturulan kültürün stresi azaltıcı veya arttırıcı bir sebep olduğunu moral, otonomi ve takım çalışmasının, çalışma ortamındaki stresi ve akabinde verimliliği etkilediğini belirlemişlerdir.

Lider personelin, fırsatlarla ilgili düşünmeyi desteklemesi beklenmektedir. Çünkü, davranışlar yaklaşımına göre lider, grup üyelerinin çabalarını desteklemeli, onların kişisel

değerlerini gözetici davranışlar ortaya koymalı ve örgütsel süreçleri açık bir şekilde ortaya koymalıdır (Zel, 2006:124). Aydın (2008)’a göre, bir yöneticinin sadece örgütü ve personeli yöneten değil, yönetilenleri karar sürecine katan, işbirliği yapan, etkili iletişim kurabilen, yönetilenlerin isteklerini gerçekleştirmelerine imkân sağlayan düzenlemelere fırsat tanıyan kişi olması gereklidir. Lider personelin, astlarına kendilerinin değerli olduğunu hissettirmesi beklenmektedir. Çünkü, insanlar, kendilerinin duygu ve düşüncelerine değer verildiği, temel ihtiyaçlar ile gelişim ihtiyaçlarının karşılandığı, yetki kullanarak işletmelerin başarısında etkili oldukları, kendi motivasyon profillerine göre ödüllendirildikleri ortamlarda çalışmak isterler (Eroğlu, 2013 : 119). Çotuksöken (2005); eylemlerin güdüleyicisi olarak değerler, içinde üretildikleri insan ve kültür dünyasıyla doğrudan bağlantı içinde, genellikle varolana, özellikle de insana ilişkin kavrayışlar çerçevesinde, şu ya da bu şekilde ortaya çıkmaktadır demiştir. Yine Çotuksöken, “Değer/değerler” araştırmasının, bir toplumu, bir topluluğu, bir insanı ele veren en önemli tutamaklar, daha açık bir anlatımla insanlar arasındaki ilişkilerde somutlaşan, var olan her türlü yapı, her türlü değer, varlık, insan ve değerlilik anlayışında şu ya da bu niteliği kazanabileceğini vurgulamıştır. Jager ve Master (2011), değerler için “Kişisel davranışların nasıl açıklanması gerektiğine yardım eder makro planda ürün oluşumu ve etkileşime sebep olur” derken, Bardi ve Schwartz (2003), bize dünyayı nasıl algılamamız gerektiği konusunda, başkalarına da bizi ve davranışlarımızı açıklama konusunda yardım eden ifadeler olarak tanımlamıştır.

6. Sonuç ve Öneriler

Araştırma kapsamında sağlık kurumlarında yönetici pozisyonunda görev yapan sağlık çalışanları “Tabip sınıfı olan yöneticiler”, “Tabip sınıfı olmayan sağlık mensubu yöneticiler” ve “Diğer” (hem tabip sınıfı hem de sağlık sınıfı olmayan) yöneticiler şeklinde 3’e ayrılmıştır. Sağlık hizmetlerinde lider personelde olması beklenen özelliklerin analizi yapılırken 245 yönetici araştırmaya katılmış ve soru formunu eksiksiz doldurmuştur. Buna göre; sağlık hizmetlerinde lider personelin sahip olması beklenen özellikleri,

- Maiyetine düşüncelerini etki altında kalmadan açıkça dile getirebileceği huzurlu bir çalışma ortamı sağlamak,
- Başarılı personeli ödüllendirmek,
- Yönettiği toplumun değerlerini bilmek,
- İyi bir dinleyici olmak,
- Kurum içi çatışmaları etkili yönetebilmek,
- Takım çalışmasını güçlendirmek,
- Hesap verebilir olmak,
- Kurum kültürünü güçlendirmek,
- Personelde kurumsal bağlılığı güçlendirmek,



- Beklenmedik durum ve değişikliklere uyum sağlamak,
- Personeline özgüven aşılacak,
- Ulaşılabilir olmak,
- Yetki devri yapabilmek,
- Astlarına yeteneklerini göstereceği çalışma ortamı sunmak,
- Astlarına kendilerinin değerli olduğunu hissettirmek,
- Kendisinden sonra liderler yetiştirmektir.

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket dışında farklı tekniklerle, örneğin yüz yüze görüşme yöntemi ile stratejik liderlik uygulamalarının değerlendirilmesi önerilebilir. Özel hastane yöneticilerinin de konu hakkında düşüncelerinin değerlendirilerek liderlik özelliklerinin araştırılması ve elde edilen sonuçların kamu sektörü ile kıyaslanması, iki sektör arasındaki farklılıkları ortaya koyabileceği gibi, bir bütün olarak sağlık sektöründe ihtiyaç duyulan stratejik yaklaşımlar konusunda da önemli bilgiler verebilir. Güçlü bir liderlik, hastane başarısı için önemli bir kriterdir. Bu nedenle, araştırma kapsamında çalışanlar arasında, sağlık kurumları yönetiminde lider personelde olması beklenen özellikler yukarıda sayılan niteliklere uygun olması beklenmektedir.

Kaynakça

1. AYDIN, A.H., (2008). *Yönetim Bilimi*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2008.
 2. BALLOW, C. (2009). *Leaders and Systems*, The Governance Institute White Paper, p.1-2, Winter 2009.
 3. BARDI, A., S.H Schwartz, (2003). *Values and Behavior: Strength ve structure of relations*, Personality Social Psychol Bull, 29 (10), s: 1207–1220, 2003.
 4. CHOPRA, P., (2009) *Mental health and the workplace: issues for developing countries* Int J Ment Health Syst, 3(1), s: 1-9, 2009.
 5. ÇİÇEK, D., (2005). *Motivation and Quality of Working Life in Organizations: A Research Study of Managers of a Public Institution By Determing Levels of Motivation*, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2005.
 6. ÇOTUKSÖKEN. B., (2005). *Gençlik ve Rehberlik Sempozyumu*, Maltepe Üniversitesi, 28 Haziran 2005. www.akademik.maltepe.edu.tr (Erişim tarihi: 14.6.2011)
 7. DALZIEL M. (2000). *Leadership For Health. How Can We Ensure That The Values and Principles of Public Health Become Central to Health and Social Policy?*, Journal of Epidemiology and Community Health, 54: 703-704.
 8. DENNIS P.D. (2008). *Transforming: Leadership Focusing On Outcomes of the New Girl Scout Leadership Experience*, Girl Scout Research Institute, New York.
 9. DOĞAN, S. (2007), *Vizyona Dayalı Liderlik*, Kare Yayınları, İkinci Baskı, İstanbul.
 10. EROĞLU, E. (2013). *İş ve Yaşamda Motivasyon –Ödül, Teşvik ve Hedef Yönetimi*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayın No:3022, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1974.
 11. GEYEF, A. (2006). *Özel Hastanelerde Uygulanan Liderlik Yaklaşımlarının Üst Düzey Yöneticilerin Takım Çalışması ve Organizasyon İklimi Algulamaları Üzerindeki Etkisi*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2006.
 12. GÜNDÜZ, H.B., Ş. Beşoluk ve İ. Önder, (2011). *Karmaşık Sistemlerde Liderlik Bakışıyla: DNA Liderlik*, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt No 8, Sayı 1, s. 520-545.
 13. HILLIER, D., F. Fewell, W. Cann, V. Shephard, (2005). *Wellness at work: enhancing the quality of our working lives*, Int Rev Psychiatry, 17(5), s: 419- 431, 2005.
 14. JAGER and MASTER, (2011). <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=14&sid=846bacfb-fba3-4237-8ffc-478ffb3fa911%40sessionmgr11>.
- (Erişim Tarihi: 14.06.2011)
15. JASPER M. and M. Jumaa. (2005). *Effective Healthcare Leadership*, John Wiley & Sons., Blacwell Publishing, September 2005.

- 16.KARAHAN, A. (2008). *Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*”, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:X, Sayı:1, Haziran 2008.
- 17.KAVUNCUBAŞI, Ş. ve Ş. Malhan, (1999). *Sağlık Yöneticilerinin Blaker- Mounton Yönetim Ölçeğine Göre Yöentim Tarzlarının Belirlenmesinde SSK Hastanelerine Yönelik Bir Araştırma*, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yöneticileri, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- 18.KEKLİK, B. (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği*, Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:XIV Sayı:1.
- 19.KOÇEL T. (2010). *İşletme Yöneticiliği*, Beta Yayın, İstanbul, 2010.
- 20.MILLS, D.Q. (2005). *Leadership: How to Lead, How to Live*. Waltham, MA: MindEdge Press, 2005.
- 21.ÖZER, E. (2007). *Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Hastanelerdeki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Hemşirelerin İşten Ayrılma Nedenleri Üzerine Etkileri*, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, 2007.
- 22.SWAYNE, L.E., W.J. Duncan and P.M Ginter, (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations* (5. basım). Cornwall: Blackwell Publishing.
- 23.UYSAL, B. (2010). *Hastane Yöneticilerinin Algıladıkları, Liderlik Davranışlarının Belirlenmesi: İstanbuldan Bir Alan Araştırması*, Fatih Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2010.
- 24.UYSAL Ş.A., B. Keklik, R. Erdem, R. Çelik. (2012). *Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri ile Çalışanların İş Üretkenlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:15, Sayı:1.
- 25.VADNJAL J, J. Bernik, A.Baricic. (2009). *Some Aspects Of The Health-Care Institutions Management In Slavenic*, Organizaaja, 2009, 42(May-June): 95.
- 26.WOSOOGH, H. (2009). *Hospital Culture and System Performance*, The Governance Institute White Paper, Winter: 19-21.
- 27.ZEL, U. (2001). *Kişilik ve Liderlik*”, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2001.
- 28.ZEL, U. (2006), *Kişilik ve Liderlik*, Nobel Yayın Dağıtım, İkinci Baskı, Ankara.

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİNDE LİDERLİĞİN ÇALIŞANLARIN KURUMSAL İTİBAR ALGISI ÜZERİNE ETKİSİ VE BİR ARAŞTIRMA

Keziban KAYMAKÇI*

ÖZET

Sağlık kurumlarının yönetiminde, kurumsal itibar ve örgütsel performans üzerinde vizyoner, dönüşümcü bir liderlik anlayışının olumlu etkisi vardır. Günümüzün küresel ölçekteki rekabetçi pazar şartlarında kurumsal itibar örgütün tüm paydaşlarının beklentilerinin ve inançlarını belirleyen bir kavramdır. Bu çalışmada sağlık kurumları yönetiminde liderliğin çalışanların kurumsal itibar algısına etkisi incelenmektedir. İki sağlık kurumunun 128 çalışanına uygulanan anketlerin analizinde t testi, ANOVA, korrelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Liderliğin ideal etki ve bireysel saygı alt boyutlarının kurumsal itibara etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: liderlik, kurumsal itibar, çalışanlar, sağlık örgütü

*Denizli Sağlık Müdürlüğü, k_kaymakuci@hotmail.com

THE EFFECT OF TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP ON THE EMPLOYEES' PERCEPTION REGARDING CORPORATE REPUTATION IN HEALTH ORGANIZATIONS AND A STUDY

ABSTRACT

The health organization is to requires visioner, and trasformational leadership as it believes that leadership has positive effects on corporate reputation and their organizational performance. In today's highly competititve global market enviroment, Corporate reputation is a concept that leads all expectations and beliefs of the organizations' stakeholders. The study is measure the effect of transformational leadership on the internal stakeholders' perception regarding corporate reputation in health organizations. The research data were collected from 128 internal stakeholders in two health management organizations by survey method. The research data were analyzed with t test, ANOVA, correlation, and regression analysis, one of the key findings of which was that dimensions of idealized influence and and indivudalized consideration are a key determiner of corporate reputation perceptions.

Keywords: Leadership, corporate reputation, employees, health institution

1. Giriş

Günümüzde sağlık sektörü, yoğun rekabetin yaşandığı ve rakiplerin neredeyse küresel bütün aktörleri içine alacak kadar genişlediği bir sektör durumuna gelmiştir. Odağında insan olan sağlık sektörü için itibar önemli bir kavramdır. Hizmet üretmede ve üretilen hizmeti kullanmada yegane kaynağı insan olan sağlık sektörünün ikamesi mümkün olmayan en değerli girdisi ve çıktısı, şüphesiz insan sağlığıdır. İnsanların sağlığını emanet etmelerinde kazanılması zor ancak kaybı bir o kadar kolay olabilen itibar faktörü kurumsal tercihte önemli bir faktördür. Hizmet sektörünün en önemli alanlarından birisini oluşturan sağlık sektörü emek yoğun bir özellik taşımaktadır. Sağlık sektörü, teknik bilginin en üst seviyede kullanıldığı ve takip edildiği, aynı zamanda yoğun ve bağlı teknolojinin kullanıldığı ekip çalışmasına ihtiyaç gösteren bir sektördür. Sağlık sektöründe yaşanan hızlı değişim ve dönüşüm vizyoner, entelektüel kabiliyeti yüksek, öğrenmeye ve değişime açık bir liderlik gerektirmektedir.

Kamu kurumlarında geleneksel yönetim yapılarının yerini yeni kamu yönetimi anlayışı, yönetişim gibi uygulama yöntemleri almaktadır. Yeni yönetim yaklaşımı ve yapılarının temel özellikleri; iyi yönetişim, açıklık-saydamlık, hesap verebilirlik, katılımcılık, vatandaş odaklılık, etkinlik, hukuka bağlılık, performansa dayalı iç denetim vb. kavramların ön planda olduğu özel yönetime yaklaşan, sosyal yönü ağırlıklı bir kamu yönetimi biçimidir (Özüpek ve Aksoy, 2010: 50).

Beklenen yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesindeki artış ile beraber, sağlığın hem bir araç, hem de bir amaç olarak anlam bulduğu günümüzde, beklentilerin çitası her geçen gün yükselmektedir. Hizmet alanların beklentilerinin ve bilinç düzeylerinin artması ve değişmesinin yanı sıra, pek çok kaynağa ulaşma imkanı, kurumların rekabet enstrümanlarını yeniden değerlendirmelerine neden olmaktadır. Küresel rekabet, kurumların somut kaynaklardan başka, soyut kaynaklarını da yönetmelerini gerektirmektedir. Rekabet üstünlüğü

sağlamada yönetilmesi gereken, taklit edilemeyecek düzeydeki en önemli kaynaklarından birisi de itibardır.

Daha önce kamu sektörü ve hizmetlerinin pazarlaması diye bir yaklaşımın telaffuz edilmesi söz konusu değildi. Sağlık hizmetlerinin pazarlanması, hastaların ve tüm hizmet alanların memnun ayrılmaları ve sadakat geliştirmeleri hedefi üzerine kuruludur. Günümüzde tüketim kültürü ve toplumunun gereklerine uygun olarak, kamu sektörünün problem çözme odaklı yaklaşımdan, fırsatları değerlendiren, modern pazarlama teknikleri kullanmaya yönelen bir bakış açısına evrildiği görülmektedir. (Çınaroğlu ve Şahin, 2013: 284).

1.1.Liderlik Kavramı ve Dönüşümcü Liderlik

Liderlik olgusu bilgi çağı olarak nitelendirdiğimiz günümüzde işletme, sosyoloji, siyaset bilimi ve sosyal psikoloji gibi(Edizler, 2010: 137-138), sosyal-beşeri bilimler başta olmak üzere pek çok farklı disiplinin odağında yer almaya devam etmektedir (Yatkın, 2007: 126). Liderlik tanımının farklı bilim dallarında farklı açılardan değişik tanımları yapılmış olup üzerinde uzlaşılan bir tanım mevcut değildir (Bakan, 2008: 3). İyi bir liderlik her organizasyon için önemli olduğu gibi sağlık kurumları için de çok önemlidir (Uysal vd., 2012: 27).

Liderlik mensup olduğu grubun amaçlarını belirleyen(Kutanis, 2007: 25), çalışanlarına vizyon (Robbins ve Judge, 2012: 376), güven, ilham aşılama, insanları etkileme (Eren, 2010: 435) ve doğru işleri yapmak için kurumun dış çevresine ve dinamiklerine bakabilme işidir(Koçel, 2010: 574). Günümüzde liderlik tek başına bir olgu olmaktan ziyade takım oyunculuğu içindeki rolü itibariyle değerlendirilmektedir (Aslan, 2013a: 24). Lider, izleyenlerin kendine yaptığı olumlu etkiden daha fazla olumlu bireysel etkiyi, onlara yapan takım üyesidir (Başaran, 2004: 74). Liderlik etkin yönetimi de içine alan, kurum için elle tutulamayan değerleri, elle tutulur kurumsal çıktılara dönüştürmeyi başarma işidir. (Drucker ve Maciariello, 2012: 11-180). Lider değişimi yöneten ve başa çıkan kişidir. İnsanların çoğunlukla temel ihtiyaç, değer ve duygularına seslenerek yüreklendirip, risk alabilen geniş tabanlı stratejik düşünürlerdir (Kotter, 2001; 4). Bütün bu yaklaşımlarda ortak olan noktalar etkileşim, iletişim ve başkaları vasıtasıyla gerçekleştirilmek istenen amaç vardır.

$$L = f(l, i, \varphi) \text{ (lider, izleyici, şartlar)}$$

Liderliği açıklayan yaklaşımları dört ana başlıkta değerlendirmek mümkündür. Bunlar, liderin kişisel özellikleri üzerinden liderliği açıklayan özellikler yaklaşımı, liderin davranışlarına odaklanan davranış yaklaşımı, liderliğin şartlara ve duruma göre değişebileceğini savunan durumsallık yaklaşımı ve literatürde yakın dönemde en çok ele alınan çağdaş liderlik yaklaşımlarından etkileşimsel- işlemsel (transaksiyonel) ve dönüşümcü (transformasyonel), karizmatik liderlik, demokratik ve kendi kendine (self-leadership) liderlik yaklaşımlarıdır (Bakan, 2008: 5-6; Bass, 2008).

J.V. Downton'ın (1973) "İsyan Liderliği" (Rebel Leadership) adlı çalışmasında bir bölüm başlığı olarak dönüşümcü liderlik konusu yer almıştır (Bass, 1995: 466). Daha sonra 1978 yılında James McGregor Burns tarafından sistematize edilerek (Eraslan, 2004: 4-11), 1980'li yılların ortalarından itibaren Burns ve Bass'ın çalışmalarıyla (Serinkan, 2008: 145) yönetim organizasyon disiplini içinde modern liderlik yaklaşımlarından birisi olarak dönüşümcü liderlik tartışılmaya başlanılmıştır (Conger, 1999: 146). Dönüşümcü liderlik iş dünyasından askeri örgütlere, sağlık kurumlarından eğitim kurumlarına kadar çeşitli alanlarda uygulanmıştır (Gabel, 2013: 28).

Sağlık örgütleri çok çeşitli uzmanlıkları, bürokratik ve yönetsel farklı düzeyde unsuru bünyesinde barındıran multidisipliner ve interdisipliner bir sektördür. Bu kurumlardaki bütün profesyonel birikimin odağı olan sağlık hizmeti bir o kadar girişimci ve proaktif bir özelliği de barındırmaktadır (Scott, 2010: 83-84). Dönüşümcü liderler kuruma vizyon kazandırarak örgütsel değişim ve dönüşümü yönetirler (Kırılmaz ve Kırılmaz, 2010: 120). Hızlı değişimler, çevresel belirsizlikler, organizasyonda yeniden yapılanma, organizasyonlarda dönüşümcü tarzda liderlik anlayışını gerektirmektedir (Aslan, 2013b: 130). Dönüşümcü liderlik kurumda her düzeydeki performansta büyük farklılıklar yaratılması için cesaretlendirici olmayı ve kurumsal politikaların yaygınlaşmasına destek olmayı gerektirir (Bass, 1990: 25). Örgütlerde başarılı değişimleri dönüşümcü liderler gerçekleştirirler (Yukl, 1999: 299); ortam ve şartlar ne olursa olsun kendilerine ve izleyicilerine yüksek standartlar ve amaçlar getirir (Antonakis vd., 2003: 265).

Dönüşümcü liderliğin dört boyutu tanımlanmaktadır. Bunlar ideal etki (karizma), ilham verici motivasyon, entelektüel teşvik ve bireysel saygı-ilgi boyutlarıdır (Bass, 1999: 11). Dönüşümcü liderliğin başlangıçta sadece takipçilerin ihtiyaçlarından yola çıkan, sosyal değişimi temel aldığı görülmektedir. Sosyal değişim sürecinin bu açmazı daha yüksek amaçlar doğrultusunda teşvik, yönlendirme, proaktif ve vizyoner liderlik açılımı ile aşılmıştır (Akça, 2012: 114). Sağlık hizmetlerinin çıkış noktasındaki temel belirleyici yaklaşımlardan birisi olan “hastalık yoktur hasta vardır” özgünlüğü, yüksek nitelikli hizmet sunumu için dönüşümcü liderlik uygulamaları gerektirmektedir.

Dönüşümcü liderlik davranışlarından ilki *ideal etki* boyutudur. Bu boyuttaki davranışları ile dönüşümcü liderler takipçilerinde hayranlık, saygı ve güven etkisi oluştururlar. Karizmatik ve ideal etki izleyicilerinin gözünde lideri lider olarak kabul etmelerini sağlayan beğenilen davranış düzeyidir. Takipçilerinin ihtiyaçlarına karşı son derece hassas olması liderin onların nazarında etkisi artırmasına neden olur. Lider riskleri paylaşır. Her şart altında etik, ilkeler ve değerlerinden taviz vermez. Bu özellikleri karizmatik bireysel liderlik etkisini perçinler (Bass vd., 2003: 2008).

Dönüşümcü liderliğin *ilham verici motivasyon boyutu*, liderin takipçilerinde çekici ve ilham verici bir vizyon oluşturma düzeyidir. Lider, çalışanların işlerini anlamlı bulmaları, güçlüklerle mücadele etmeleri, iyimser yapıcı bir iletişim kurmaları ve başarı standartlarını yükseltmeleri için onları teşvik eder (Judge ve Piccolo, 2004: 755). Üçüncü boyutu *entelektüel teşvik* davranışı ile lider, çalışanları farklı düşünmeye cesaretlendirir. Örgüt kurallarının zorlukları ile mücadele etme, risk alma, yenilikçi yaratıcı stratejik düşünceye yönelme, hayal ettiklerini uygulama konusunda çalışanların lider tarafından entelektüel olarak yönlendirilmesini ifade eder (Bono ve Judge, 2004: 901). *Bireysel ilgi-saygı boyutu* ise liderin her bir takipçisinin, çalışanın ihtiyaçları ile meşgul olmasını, ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmasını ve onların gerçekleştirilmesi için mentorluk ve koçluk yapma düzeyini ifade eder (Judge ve Piccolo, 2004: 755).

Dönüşümcü liderler davranışları ve uygulamaları ile çalışanları var olan formal yapıya rağmen informal değişimler ve işleri sıra dışı yapmaya ilham verirler. Entelektüel açıdan farklı düşünmeyi teşvik etmeleri ayırt edici vasıflarındandır. Ayrıca kendi standartlarını sürekli yukarı çekerken, takipçilerinin de standartlarını yükseltme ve kendilerini gerçekleştirme kapasitelerinin doruğunu yakalama kadar, örgüte, topluma ve diğerlerinin refahını artırmaya teşvik eder. İzleyicilerinin özgüveninin ve özerkliğini artırarak bu amaçların gerçekleşmesini sağlar. Bu dönüşümü ise örgüt kültürünü değiştirerek, risk alarak gerçekleştirir (Bass, 1990: 23; Bass, 1999: 11).

Dönüşümcü liderlik özellikleri çarpıcı, arzu edilen nitelikler olsa bile bunların geleneksel transaksiyonel liderlik nitelikleriyle birlikte kullanılması gerektiği (Keklik, 2012: 79) pek çok yönetim teorisyeni tarafından belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin multidisipliner ve interdisipliner özellikler ile birlikte yürütülmesi gerekliliği, kaliteden ödün verilmeyecek karmaşık ve stabil işlerin aksamadan ve standardını düşürmeden yürütmesini gerektirmektedir.

Dönüşümcü liderlerin, değişimin hızlı yaşandığı günümüz organizasyonlarında değişimi yönetme konusunda önemli rol oynadıkları görülmektedir (Sığı vd., 2010: 54). Türkiye’de son on yılda gerçekleştirilen sağlık hizmet ve organizasyonunun yapılanmasında meydana gelen dönüşüm programı dönüşümcü liderlik perspektifinden değerlendirilebilir.

1.2. Kurumsal İtibar Kavramı

İtibar ticari kurumlar, resmi kurumlar veya kar getirici olmayan bir kurum olsa bile, tüm kurumlar için muazzam önemde bir kavram ve değerdir (Watson, 2007, 371). “İtibarınızı yönetmekten daha önemli bir işiniz var mı?” sorusunu, kurumların lider kadrosu ve kurullarının dikkatine sunan Kadıbeşegil (2012), “itibar” kavramının önemine dikkat çekmektedir. İtibar, kurumların halkla ilişkiler hizmetlerine, pazarlama sorumlularına devredilip, bir sosyal sorumluluk ya da kurumsal etik konulara dair bir mesele olarak sınırlandırılacak bir konu değildir. Günümüzün rekabet ortamında bizzat üst yönetim kademesinin, itibarın yönetiminden sorumlu olması gereken bir stratejik değerdir.

Kurumsal itibar bir şirketin, kurumun yarattığı güvenin toplam pazar değeri içindeki katkı payıdır. Kurumsal itibar bir müessesenin elle tutulamayan, gözle görülemeyen, paha biçilip para ile ölçülemeyen değerlerinin karşılığıdır. İtibar toplum tarafından, tüm sosyal paydaşlar tarafından takdir edilip, beğenilen bir kurum olmanın getirisi (Kadıbeşegil, 2012: 59-61). Fombrun’ a göre kurumsal itibar soyut, bir zenginlik olup, muhasebe değeri iyi bir şey, pazarlamacı gözüyle ise marka değerini artıran bir kıymet olarak adlandırılmaktadır (Fombrun, 1996: 100). Kurum itibarının oluşması pek çok olumlu faktörün etkisinin sonucunda gerçekleşir. Kurumların itibarı yatırımcıların kararlarının şekillenmesinden, kurumu tercih edecek muhtemel adayların kariyer planlamalarındaki kararlarına, ürün ve hizmet tercihine kadar önemli pek çok konunun belirleyicisidir (Fombrun ve Shanley, 1990: 233). Fombrun kurumsal itibarın, kurumun geçmişinde yaptıklarına dayanarak şekillenen geleceğine ait bir temsiliyeti algılama değeri olduğunu belirtmektedir (Brammer ve Pavelin, 2004: 704; Ural, 2012: 85).

Chun ise kurumsal itibarı, başkalarının bireysel olarak kurumu nasıl algıladıkları ile ilgili algılardan oluşan kurumsal imaj ile kurumun başkalarının kendi kimliğini görmesini, algılamasını arzuladığı değerlerin birlikte oluşturduğu bir üst şemsiye, yapı olarak iç ve dış paydaşların algıların toplamı şeklinde tanımlamaktadır (Chun, 2005: 96-105). Kurumsal itibar örgütün paydaşları nezdinde sosyal meşruiyet, pragmatik meşruiyet kazanmasında ve kendisiyle ilgili kararların alınması sürecinde göz önünde bulundurulur (Puncheva, 2008: 272). Pek çok kimsenin kurumsal itibarı, kurumsal sosyal sorumluluk ve etik davranmakla eş değer olduğunu düşünmektedir. İtibarın gelişmesi ve artması için bu iki faktör gerekli ve önemli olsa bile yeterli değildir.

Kurumlar küresel rekabette bilginin ve dedikodunun hızla yayıldığı günümüzde kurumsal itibarlarını yönetmek adına yirmidört saat teyakkuz halinde olmak durumundadırlar. Kurumsal itibarın diğer bileşenleri mal ve hizmetlerin kalitesi, çalışma ortamı, liderlik ve vizyon, işletmenin duygusal çekiciliği ve finansal performans gibi alanlardaki özellikleri ve

çalışmaları da içermektedir (Alsop, 2004: 21). Bununla birlikte farklı sektörlerde faaliyet gösteren işletmelerin kurumsal itibar ile ilgili özellikleri farklı olacağından paydaşların bu işletmelere ilişkin kurumsal itibar algılayışları da farklı olacaktır (Çekmecelioğlu ve Dinçel, 2014: 80-81). Sonuçta itibar kavramının üzerinde ittifak edilmiş açık bir tanımı henüz yoktur. Ancak gerçek olan, kurumsal bir marka hükmündeki kurumsal itibarın yönetilmesi, bir ürün markasının yönetilmesi ile karşılaştırılamayacak kadar farklıdır. Bir ürün markasının yönetilmesi doğrudan tüketici nezdinde değer yaratacak alanları ilgilendirir. Bütün bir kurumsal itibar markasının yönetilmesi ise çalışanlar, yatırımcılar, müşteriler, tedarikçiler, kamu kurum ve kuruluşları, yerel toplum, yerel yönetim, sivil toplum kuruluşları ve medya gibi tüm iç ve dış sosyal paydaşların zihninde bir değer, bir takdir yaratılma çalışmasını kapsamaktadır (Kadıbeşegil, 2012: 62).

İtibarın ölçülmesinde amaç, faaliyet gösterilen sektörde, ülkede ya da bölgede hatta küresel ölçekte kurumun itibar durumunu görmektir (Oktar ve Çarıkçı, 2012: 131). Ürün ya da kurum tanıtımından öte bir kavram olan “itibar yönetimi” ancak planlı ve disiplinli bir yaklaşımla başarıya ulaşabilmektedir (Karatepe, 2008: 85). Sağlık kurumları ve hizmetleri zaten kaliteden tavizsiz olmak zorundadır. Günümüzde neredeyse bütün marka değerlerinin taklit edilebildiği rekabet şartlarında, sağlık hizmetlerinin taklidi mümkün olmayan en mühim sermayesi itibarlarıdır. Çünkü yönetilemeyen itibar, rakipler tarafından itibarsızlaştırma yolunda yönetilebilecektir.. İtibar yönetimi, kurum ve kuruluşların öz değerlerini nasıl değerlendireceklerinden başlayıp nasıl koruyacaklarına kadar uzanan geniş bir süreci kapsamaktadır (Karatepe, 2008: 78). Bilgiye erişimin kolay, ancak nitelikli bilgiye ve hizmete erişimin ve bunu sunmanın her zamankinden daha fazla özen gerektirdiği günümüzde, “para ile alınamayacak bir değer olan ‘itibar’, kaybedilmemesi gereken” kırlıgan bir sermayedir.

Kurumsal itibar kavramında kurumun başarısı ve güvenilirliğine yön veren iki tür yaklaşım vardır. Paydaşlarının kuruma yükledikleri niteliklerle ilgilenen, kurum imajını koruma ve geliştirmeye çalışan yönetsel, pragmatik ve ekonomik rasyonaliteyi temel alan ve kurumun iç ve dış paydaşlarının taleplerine bağlı olarak kurum liderlerinin davranışları üzerinde büyük etkisi olan geleneksel bir kurumsal itibar anlayışı vardır. Diğer yandan, pragmatik yaklaşım kadar işletme liderlerinin dikkatini çekmeyen, örgütün nasıl görünmesinden ziyade içsel özelliklerine yönelen, örgütü rakiplerinden ayıran anahtar karakteristik özellikleri, örgüt kimliği, değeri ne olmalıdır sorusuna cevap arayan sofistike bir kurumsal itibar anlayışı vardır. Her iki yaklaşımın kurumsal kimliğin ve bilincin artmasına, örgütün başarısı ve devamlılığı noktasında katma değer oluşturan öncülüğü vardır (Sayılı ve Uğurlu, 2007: 84; Cohen, 2007: 280).

Kurumsal itibar, paydaşların tüm beklentilerini ve inançlarını ifade eden bir kavramdır. Her işletmenin bulunduğu sektöre, faaliyet alanına ve daha birçok faktöre özgü olarak çok sayıda paydaşı vardır. Kurumlar, itibarlarını güçlendirmek ve bunu daha da kalıcı hale getirebilmek amacıyla; paydaşlarının kimler olduğunu ve paydaşlarıyla etkileşimde kullanacağı yöntemleri çok iyi tespit etmek zorundadırlar (Özer, 2013: 32).

İtibar algısının temelinde tutarlılık, bütünsellik, süreklilik ve kalıcılık bulunmaktadır. Bu yönüyle itibar kurumlarda ne yapıldığı ve nasıl yapıldığına odaklanan iç ve dış paydaşların algılamalarının bir ürünü olarak oluşur (Şatır ve Sümer, 2006: 52). Dar anlamda paydaşlar örgüte direkt olarak ekonomik fayda sağlayan grupları ifade ederken, geniş manada ise örgütün faaliyetlerinden etkilenen ya da faaliyetleri etkileyen herkes paydaş olarak kabul edilmektedir. (Ertuğrul, 2008: 201-208). Liderler iç paydaşları olan çalışanlarının kurumsal

itibarlarının koruyucusu, geliştiricisi ve temsilcisi olduğunun farkında hareket etmelidirler (Hall, 1992; 143).

Soyut bir değer olan itibarın, kurumlar açısından önemi iş sonuçları bakımından uzun vadede kuruma somut değerler kazandırmasıdır. Güçlü bir kurumsal itibarın kurumlara finansal ve yatırım yapma açısından sağlayacağı güven oluşturma değeri; pazar payı açısından müşteri değeri ve ‘en çok çalışılmak istenen kurum’ katma değeri katkısıyla insan kaynakları bakımından olmak üzere, kuruma büyük somut değer kattığı görülmektedir (Kadıbeşegil, 2012: 62). Güçlü bir kurumsal itibarı oluşturmak ve devamlılığını sağlamak güç olmakla birlikte, iyi itibar kendisini ödemektedir. (Oktar ve Çarıkçı, 2012: 131). İtibar katsayısı ölçümünde Fombrun itibar ölçümünde altı boyutta bileşenleri toplamaktadır (Bilbil vd., 2013: 164) :

- Duygusal çekicilik (güvenilir, dürüst, iyi hisler duyulur),
- Ürün ve hizmet (yüksek kaliteli ürün ve hizmet sunar, paranın karşılığını verir, yenilikçi ve ürünlerinin arkasında durur),
- Vizyon ve liderlik (pazar fırsatlarını yakalar, gelecek için açık bir vizyona sahip, mükemmel liderlik vardır),
- Çalışma ortamı (çalışılacak güzel bir yer, iyi çalışanlara sahiptir),
- Kurumsal sosyal sorumluluk (çevreye karşı duyarlı, çevreye zarar vermez, iyi şeyleri destekler) ve
- Finansal performans (güçlü bir karlılık, düşük risk, güçlü büyüme potansiyeli, rakiplerinden daha iyi performans sergiler)

Hizmet sektörünün aktörlerinden birisi olan sağlık sektöründe kurumsal itibarı yönetmenin, hizmet kalitesi ve sunumundaki önemi büyüktür. Bu araştırmada dönüşümcü liderlik yaklaşımı bağlamında, çalışanların liderlik algısının kurumsal itibar algısı ile ilişkisi ve etkileri incelenecektir.

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

Çalışmanın konusunu ve amacını, il düzeyinde sağlık hizmetlerinin planlama, uygulama, koordinasyon, denetim ve yönetiminden sorumlu İl Sağlık Müdürlüğü ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğünde çalışanların dönüşümcü liderlik algısının kurumsal itibar algısı ile ilişkisi ve etkileri incelenecektir. Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

H₁: Demografik değişkenler ile liderlik ve kurumsal itibar algıları arasında fark vardır.

H₂: Liderliğin çalışanların kurumsal itibar algısı üzerine etkisi vardır.

2.2.Evren ve Örneklem

Araştırma il düzeyinde sağlık hizmetlerinin planlama, uygulama, koordinasyon, denetim ve yönetiminden sorumlu iki kurumunun çalışanlarına yönelik gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar yönetim kademesi çalışanları ile hekim, ebe-hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter, veri hazırlama memurlarından oluşmaktadır. Çalışan unvanlarının çeşitliliği nedeniyle sağlık, genel idare ve yönetim hizmetleri olarak sınıflandırılmıştır. Araştırmada her

iki kurumdan toplam 128 geçerli ankete ulaşılmıştır. Araştırmanın anket çalışması 2013 yılı Nisan ayı içerisinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sadece tek bir ilde ve çalışanlar üzerinde gerçekleştirilmiş olması çalışmanın sınırlılığıdır. Araştırmanın “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın yönetsel kurumların bölünmesi ile tamamlanan süreçte gerçekleştirilmesi, sağlıkta büyük değişimin, çalışanların liderlik ve kurumsal itibar algısına yansımalarını erken dönemde değerlendirmek açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmanın sonraki yıllarda tekrarlanması faydalı olacaktır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma çalışanların dönüşümcü liderlik ve kurumsal itibar algısının ölçülmesi için geliştirilen bir anket formu aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Anket formunun hazırlanmasında, literatürdeki ölçek sorularına dayanılarak Çiğdem Şatır ve Fulya Erendağ Sümer tarafından hazırlanan, “Kurum İtibarının Bileşenleri Üzerine Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Üreten Bir Kamu Kurumunda İç Paydaşlar İtibarı Nasıl Algılıyor?” konulu makalede kullanılan kurumsal itibar ölçeğinden faydalanılmıştır. Araştırmanın, ‘Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderlik’ anketi ise, Saniye Ulutaş’ın (2010) “Kriz Yönetimi ve Dönüşümcü Liderlik” konulu tez çalışmasındaki ‘Dönüşümcü Liderlik’ ölçeği anketi temel alınarak hazırlanmıştır. Anket sorularında beşli Likert ölçeği esas alınmıştır. Liderlik ölçeğinde değerlendirme seçenekleri 1 = Hiçbir zaman, 5=Her zaman; Kurumsal itibar ölçeğinde 1= Kesinlikle katılmıyorum 5= Kesinlikle katılıyorum şeklinde düzenlenmiştir. Verilerin analizinde, SPSS istatistik paket programıyla tanımlayıcı istatistiksel analizler, t testi, ANOVA, korrelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır.

3. Bulgular

Dönüşümcü liderlik algılamaları ile ilgili ölçek soruları 18 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Dönüşümcü liderlik ölçeğinin Cronbach Alpha değeri: 0, 929’ dur. İlham verici motivasyon alt boyutu Cronbach alpha değeri: 0,810’ dür. İdeal etki alt boyutu Cronbach alpha değeri: 0,789 ‘ dur. Bireysel ilgi boyutu Cronbach alpha değeri: 0,851’dir. Entelektüel teşvik boyutu Cronbach alpha değeri: 0,898 ‘dur.

Kurumsal itibar ölçeği anketi 27 sorudan oluşmaktadır. Bu ifadeler kurumsal işleyiş, iletişim, güven ve hizmet kalitesi, sosyal sorumluluk alt boyutundadır. Kurumsal itibar anketinin güvenilirliğini olumsuz etkileyen 4., 9. ve 19. sorular değerlendirmeden çıkarılarak analiz 24 soru üzerinden gerçekleştirilmiştir. Kurumsal İtibarın Genel Cronbach Alpha değeri: 0,902’dir. Kurumsal itibarın kurumsal işleyiş boyutu Cronbach Alpha değeri: 0,730 ‘dur. Kurumsal itibarın iletişim boyutu Cronbach Alpha değeri: 0, 791 ‘dir. Kurumsal itibarın güven ve hizmet kalitesi boyutu Cronbach Alpha değeri: 0, 762 ‘dir. Kurumsal itibarın sosyal sorumluluk boyutu Cronbach Alpha değeri: 0,706 ‘dir.

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların %54,7’si kadındır. % 41,4’ü 41 yaş ve üzeri çalışanlardan oluşmaktadır. Çalışanların %78,1’i evlidir. Katılımcıların %35,9’u lisans eğitimi, %12,5 çalışan ise lisansüstü eğitim düzeyindedir. Çalışanların %65,6’sı sağlık hizmetleri sınıfı çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışanların %40,6’sının toplam çalışma yılları 21 yıl üzeridir. Çalışanların kurumda çalışma yılları %14,8’i 11-15 yıl arasındadır. Araştırmada çalışanların % 46,9’unun kurumda çalışma yılı 1-5 yıl arası olması, çalışmanın Sağlıkta Dönüşüm projesi

kapsamında Sağlık Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Müdürlüğü olarak ayrılmasından sonrasında yapılmasından dolayıdır.

Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Ölçek Bulguları Sonuçları

Demografik özellikler ile liderlik ve kurumsal itibar algıları arasında farklılığa dair yapılan analizde yaş, toplam çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, unvan ve çocuk sayısı değişkeninde farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet değişkeni açısından erkeklerin aritmetik ortalamalarının (3,9138) kadınlardan daha yüksek(3,7200) olduğu dönüşümcü liderliğin bireysel ilgi alt boyutunda ($p<0,05$) anlamlı fark bulunmuştur. Medeni durum değişkeni ile kurumsal itibar algılarında anlamlı fark bulunmuştur. İletişim boyutunda evlilerin aritmetik ortalaması (3,6725) bekarlardan (3,6518) yüksek ve anlamlıdır($p<0,05$). Genel itibar ortalamasında ($p<0,05$) anlamlı fark vardır. Evlilerin ortalaması (3,7717) ile bekarların \bar{X} değerinden (3,6949) yüksek ve anlamlıdır. Eğitim değişkeni ile dönüşümcü liderliğin bireysel ilgi ve entelektüel teşvik boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur($p<0,05$). Farklılığın, yapılan tukey testi ile lisans düzeyi eğitime sahip çalışanlarda olduğu görülmüştür. H1: ‘Demografik değişkenler ile liderlik ve kurumsal itibar algıları arasında fark vardır’ hipotezi **kısmen kabul edilmiştir**.

Tablo 1. Çalışanların Dönüşümcü Liderlik Algısı İle İlgili Bulgular

Çalışanların Dönüşümcü Liderlik Algısı En Yüksek Aritmetik Ortalamaları	\bar{X}
Yöneticimiz değerlerine ve ideallerine sıkı sıkıya bağlıdır	4,1094
Yöneticimiz kararlarının ahlaki ve etik sonuçlarına dikkat eder	4,1094
Yöneticimiz belirlenen hedeflere ulaşacağımıza güvenir	4,0078
Yöneticimiz birbirimize güven duymamızın karşılaştığımız problemlerin üstesinden gelmede ne denli önemli olduğunu vurgular	3,9531
Yöneticim sorunlarımı dikkatli bir şekilde dinler ve ilgilendiğini hissettirir	3,8984
Çalışanların Dönüşümcü Liderlik Algısı En Düşük Aritmetik Ortalamaları	\bar{X}
Yöneticimiz kurum içerisinde lider gibi hareket etmemizi ve hissetmemizi sağlar	3,2422
Yöneticimiz genel kabul görmüş, hiç tartışılmamış olan fikirlerin bile, yeniden sorgulanmasını teşvik eder	3,4531
Yöneticimiz kurumumuzun hedeflerini hep birlikte ayrıntılı bir şekilde tartışır ve üzerinde düşünürüz	3,4844
Yöneticimiz kurumda şevkimizi sürekli canlı tutar ifade edebilirler	3,6172
Yöneticim mesleki olarak güçlü yönlerimi geliştirme konusunda bana yardımcı olur	3,6562

Araştırmada en yüksek aritmetik ortalamaların ideal etki, ilham verici motivasyon ve bireysel ilgi boyutlarına ilişkin sorularda olduğu görülmektedir. En düşük ortalamalar ise entelektüel teşvik, ilham verici motivasyon ve bireysel ilgi boyutlarındadır.

Tablo 2. Çalışanların Kurumsal İtibar Algısı İle İlgili Bulgular

Çalışanların Kurumsal İtibar Algısı En Yüksek Aritmetik Ortalamaları	\bar{X}
Kurumun uygulamalarında etik değerlerin ön planda tutulması kurumsal itibarı yükseltir	4,3125
Kurum çalışanlarının alanında yeterli ve nitelikli olması kurumun itibarını olumlu yönde etkiler	4,1797
Kurumun çevrede iyi bir itibara sahip olması çalışanların motivasyonunu ve iş doyumunu olumlu yönde etkiler	4,0625
Bu kurum tüm paydaşlarına karşı sorumluluk sahibidir	3,9922
Kurumumuzun sunmuş olduğu hizmet kalitesi yeterlidir	3,9297
Çalışanların Kurumsal İtibar Algısı En Düşük Aritmetik Ortalamaları	\bar{X}
Kurumda ödüllendirme ve cezalandırmada herkese adil davranıldığını düşünüyorum	3,2812
Bu kurumun fiziksel görünümünü beğeniyorum	3,3047
Yeni işe başlayacak nitelikli elemanlar için bu kurum iyi bir kariyer fırsatıdır	3,4297
Çalışanlar eleştiri ve cezalandırma korkusu duymaksızın öneri ve düşüncelerini özgürce ifade edebilirler	3,5547
Bu kurumda uygulamalar açısından bölümler arasında güçlü bir işbirliği ve uyum vardır	3,5703

Araştırmada en yüksek ortalamaların kurumsal işleyiş ile güven ve hizmet kalitesi boyutlarında olduğu görülmektedir. En düşük ortalamalar ise kurumsal işleyiş, iletişim güven ve hizmet kalitesi boyutlarındadır.

Yapılan Pearson Korelasyon analizinde çalışanların dönüşümcü liderlik algılarının tüm alt boyutlarının, çalışanların kurumsal itibar algılarının tüm boyutları üzerinde p 0.01 anlamlılık düzeyinde olumlu yönde ve orta kuvvette ilişkisinin olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Dönüşümcü Liderliğin Kurumsal İtibara Etkisine İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları

BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	BAĞIMLI DEĞİŞKEN				
	Kurumsal İtibar				
	B	sd	β	R ²	p
Model 1					
İdeal Etki	,37	,057	,50**	,25**	,000
Sabit	2,291	,227			
Model 2					
İdeal Etki	,23	,075	,32**	,29**	,000
Bireysel İlgi-saygı	,16	,060	,27**		
Sabit	2,214	,224			
F	42,396**				

Analizin birinci aşamasında çalışanların kurumsal itibar algısını %25 ile en fazla varyansı açıklayan liderliğin ideal etki boyutu değişkeni olmuştur. Liderliğin ideal etki boyutu ile çalışanların kurumsal itibar algısı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Çalışanların dönüşümcü liderliğin ideal etki boyutu puanı arttıkça, lider çalışanlarının ihtiyaçlarına karşı hassasiyetle eğilip, riskleri paylaşarak etik, ilkeler ve değerlere uygun davranma, güven ve saygı uyandırma eğilimi arttıkça, çalışanların kurumsal itibar algısı da artmaktadır. İkinci aşamada varyansa % 4'lük katkı sağlayan bireysel ilgi-saygı değişkeni

dâhil olmuş ve açıklanan varyans % 29'a yükselmiştir. Bireysel ilgi-saygı boyutu algısı çalışanlarda arttıkça kurumsal itibar algılarının da arttığı görülmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırma çalışanların liderlik algılamalarının kurumsal itibar algılarına nasıl yansıdığını ortaya koymaktadır. Çalışanların demografik özellikleri ile liderlik ve kurumsal itibar algıları arasında toplam çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, unvan ve çocuk sayısı ve yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet değişkeni açısından erkek çalışanlarda kadın çalışanlara göre dönüşümcü liderliğin bireysel ilgi alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. Kurumsal itibarın iletişim alt boyutunda medeni durum değişkeninde anlamlı fark olup, evlilerin aritmetik ortalaması (3,6725) bekarlardan (3,6518) yüksektir. Genel kurumsal itibar ortalaması medeni durum değişkeninde anlamlı fark vardır; evlilerin ortalaması (3,7717) bekarların aritmetik ortalamasından (3,6949) yüksektir. Eğitim değişkeni ile dönüşümcü liderliğin bireysel ilgi ve entelektüel teşvik boyutlarında lisans düzeyi eğitime sahip çalışanlarda anlamlı fark bulunmuştur. Çalışanların yaratıcı ve girişimci düşüncelerinin farklı yaklaşımlarının entelektüel teşvikinin çalışanlar üzerinde anlamlı etkisinin olduğu görülmektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre dönüşümcü liderlik algılarının özellikle ideal etki ve bireysel ilgi-saygı alt boyutlarının çalışanların kurumsal itibar algılarını değiştirmede %29 düzeyinde etkilerinin olduğu görülmektedir.

Literatürde özel kurum sağlık çalışanlarının liderlik algılarına yönelik Keklik (2012) tarafından yapılan çalışmada dönüşümcü liderlik açısından cinsiyet, yaş, eğitim ve unvanlar açısından fark bulunmazken; bizim çalışmamızda erkek çalışanların bireysel olarak liderlik düzeyinde ilgi, teşvik ve saygı görmelerinin anlamlı fark oluşturduğu bulunmuştur. Bass'ın (1999) çalışmasında da kadınların dönüşümcü liderliği erkeklerden daha çok desteklediği bulunmuştur. Kırılmaz ve Kırılmaz(2010) tarafından Sağlık Bakanlığı Merkez teşkilatında yapılan çalışmada, bizim çalışmamıza paralel olarak kadın çalışanların dönüşümcü liderlik algıları daha düşük bulunmuş olup; sağlık sektöründe kadın çalışanların çalışma hayatına dair ihtiyaçlarının karşılanması, entelektüel teşvik, yaratıcı ve girişimci yönlerinin destek görmesi yönünde çalışma yapılması bizim bu çalışmamızda da tespit edilmiştir. Entelektüel teşvik ve bireysel ilgi ve saygının artırılması çalışan performansına pozitif katkılar oluşturarak kurumsal itibarın artmasına ve hizmet kalitesine yansıtacaktır.

Dönüşümcü liderlik algısına yönelik soruların en düşük ortalamaya sahip entelektüel teşvik, ilham verici motivasyon ve bireysel ilgi boyutlarında görülmüştür. Kurum çalışanlarının ihtiyaçlarına daha fazla eğilinmesi, güven ve destek verilmesi, farklılıkların teşvik edilmesi, farklı düşünce ve yaklaşımların, sağlık hizmet sunumunda kreatif düşüncenin teşvik edilmesi ve bu yönde yüreklendirilmeleri konusunda daha fazla liderlik desteği sağlanmalıdır. Çalışanların kurumsal itibar algılarına dair en düşük ortalamalar kurumsal işleyiş, iletişim güven ve hizmet kalitesi boyutlarındadır. Şatır ve Sümer (2008) tarafından bir araştırma hastanesinin çalışanları ile yapılan çalışmada da bizim çalışmamızla örtüşmektedir. En yüksek ortalamaya sahip değerler çalışan, yönetim ve hizmet kalitesi; etik değerler, kurumsal işleyiş ile ilgilidir. Bizim çalışma verilerimize paralel olarak iletişim ile ilgili ortalamalar düşük düzeyde çıkmıştır. Ayrıca bizim çalışmamız da çalışanlar kariyer fırsatları arasında kurumlarını önerme; eleştiri ve cezalandırma korkusu olmaksızın düşüncelerini özgürce ifade etme ve kurum içi uygulamalar açısından işbirliğini uygulamalarına yönelik soruları düşük düzeyde etkin buldukları yönünde cevaplar vermişlerdir. Bu bulguların çalışanların liderlik algılamalarına ilişkin entelektüel teşvik, ilham verici motivasyon ve bireysel ilgi boyutlarına ilişkin düşük düzeyli cevapları ile



örtüşmektedir. Kurumsal işleyişin güven ve iletişim kanalları etkin işletilerek, liderlik düzeyinde çalışanların desteklenmesi çalışan ve hizmet kalitesine olumlu yansımaları olacağından önemlidir..

Hizmet alanlar ve insan odaklı yürütülen bir hizmet olan sağlık hizmetlerinde çalışan kalitesi, güven ve iletişim, hizmet kalitesine, olumlu yansıyacaktır. Kurumun çevrede iyi bir itibara sahip olmasının çalışanların iş doyumunu ve motivasyonuna olumlu yansıyacağına ilişkin olarak çalışanların yüksek düzeyde bir cevap vermiş olması; iç paydaşların beklenti ve ihtiyaçlarının dikkate alınmasının kurumsal itibar açısından önemine işaret etmektedir. Bu veri liderliğin ideal etki ve bireysel ilgi-saygı boyutunun itibar üzerinde en çok etkisi olan bileşenler olması ile örtüşmektedir. Kitchen ve Laurance tarafından 2003 yılında kurum yöneticilerine yönelik olarak, kurumsal itibarı etkileyen grupları tespit etmeye yönelik yayınlanan çalışmada ilk üç sırayı müşteriler, çalışanlar ve CEO' ların almış olduğu görülmüştür (Şatır ve Sümer, 2008: 18). Bu çalışmada da görüldüğü üzere çalışan, hizmet ve yönetim kalitesine ilişkin soruların en yüksek ortalamayla cevaplanan sorular olması; kurumsal itibarı etkileyen en önemli bileşenlerin çalışan ve yönetim kalitesi olduğu literatür verisi ile birebir örtüşmektedir.

İnsan sağlığı gibi ikamesiz bir değere hizmet sunan sağlık sektöründe kurumsal itibara gösterilecek ehemmiyet karşılığını stratejik üstünlük olarak ödeyecektir. Yüksek düzeyde yönetim kalitesi, iyi eğitilmiş çalışanlar, profesyonel bir kurumsal işleyiş, etik değerlerin tavizsiz gözetilmesi, çevreye ve topluma duyarlı yeşil sağlık yönetiminin uygulanması, hizmet sunduğu insanlara sosyal sorumluluk duyan bir sağlık hizmetleri yapılanması kurumsal itibarı getirecektir.

Kaynaklar

- 1.AKÇA, Bilge (2012), Dönüşümcü Liderlik İle Örgütsel Bağlılık, İş Tatmini Ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkilerde Örgütsel Adaletin Rolü: İSO İşletmelerinde Bir Araştırma, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi
- 2.ALSOP, Ronald, J. (2004), Corporate Reputation: Anything But Superficial – the Deep but Fragile Nature of Corporate Reputation, Journal of Business Strategy, 25 (6), s.21 – 29
- 3.ASLAN, Şebnem (2013a), *Geçmişten Günümüze Liderlik Kuramları (Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla)*, Eğitim Yayınevi, Konya
- 4.ASLAN, Şebnem (2013b), *Duygusal Zeka Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderlik*, Eğitim Yayınevi, Konya
- 5.BASS, Bernard M. (1990), From Transactional to Transformational Leadership Learning to Share the Vision, Organizational Dynamics, s. 19-31.
- 6.BASS, Bernard M. (1995), Theory of Transformational Leadership Redux, Leadership Quarterly, 6(4), s. 463-478
- 7.BASS, Bernard M.(1999), Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership, European Journal of Work and Organizational Psychology, 8 (1), s. 9–32
- 8.BASS, Bernard M., Bruce J. Avolio, Dong I. Jung, Yair Berson (2003), Predicting Unit Performance By Assessing Transformational And Transactional Leadership, Journal of Applied Psychology, 88(2), s. 2007-218
- 9.BAŞARAN, İbrahim Ethem (2004), *Yönetimde İnsan İlişkileri*, Nobel Yayın, Ankara
- 10.BİLBİL, Emel Karayel , Cem Sefa Sütcü, Banu Dayanç Kıyat (2013), Türkiye’de Telekomünikasyon Sektöründe Kurumsal İtibar Katsayısı Ve Marka Sadakati Üzerine Bir Araştırma, Öneri, 10 (39), s. 163-175
- 11.BONO, Joyce E., Timothy A.Judge (2004), Personality and Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analysis, Journal of Applied Psychology, 89(5), 901-910
- 12.BRAMMER, Stephen, Stephen Pavelin (2004), Building a Good Reputation, European Management Journal, 22 (6), s. 704–713
- 13.BROOMLY, Dennis (2002), Comparing Corporate Reputations: League Tables, Quotients, Benchmarks, or Case Studies?, Corporate Reputation Review, 5 (1), s. 35-50.
- 14.CHUN, Rosa (2005), Corporate Reputation: Meaning and Measurement, International Journal of Management Reviews, 7(2), s. 91-109
- 15.COHEN, Deborah Vidaven (2007), Reputation Beyond the Rankings: A Conceptual Framework for Business School Research, Corporate Reputation Review, 10 (4), s. 278–304
- 16.CONGER, Jay A.(1999), Charismatic and Transformational Leadership in Organization: An Insider’s Perspective on These Developing Streams of Research, Leadership Quarterly, 10(2), s. 145-179
- 17.ÇEKMECELİOĞLU, Hülya Gündüz, Güler Dinçel (2014), Çalışanların Kurumsal İtibara İlişkin Algıları ve Bu Algıların Örgütsel Kıvanç, Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini Üzerindeki

Etkileri: Doğu Marmara Bölgesi Plastik Ambalaj Sanayi Üzerinde Bir Araştırma, Business and Economics Research Journal, 5 (2), s. 79-94

18.ÇINAROĞLU, Songül ve Bayram Şahin (2013), Özel ve Kamu Hastanelerinin Algılanan Kurumsal İtibar ve İmaj Açısından Karşılaştırılması, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 9 (18), s.283-298

19.DRUCKER, Peter, Joseph A. Maciariello (2012), *Yönetim*, Çev.: İlker Gülfidan, Optimist Yayınları, İstanbul

20.EDİZLER, Gaye (2010), Karizmatik Liderlikte Duygusal Zeka Boyutuyla Cinsiyet Faktörüne İlişkin Literatürel Bir Çalışma, Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 6(2), s. 137-150.

21.ERASLAN, Levent (2004), Liderlikte Post-Modern Bir Paradigma: Dönüşümcü Liderlik, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 1(1), s. 1-32. <http://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/168/168> (Erişim: 20. 08.2014)

22.EREN Erol (2010), *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım, 12. Baskı, İstanbul

23.ERTUĞRUL, Fatmanur (2008), Paydaş Teorisi ve İşletmelerin Paydaşları ile İlişkilerinin Yönetimi, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31, s. 199-223.

24.FOMBRUN, Charles J.(1996), Reputation: Realizing value from the Corporate Image, Harvard Business School Press, Review by: Nancy E. Grund,

25.FOMBRUN, Charles, Mark Shanley (1990), What's in a Name? Reputation Building and Corporate Strategy, Academy of Management Journal, 33 (2), s. 233-258

26.GABEL, Stewart (2013), Psikoterapi ve İlişkiye Dayalı Değişim: Liderlik Meselesi, Psikoterapide Bütünleşme Dergisi, 23(4), s. 25-42.

27.HALL, Richard (1992), The Strategic of Intangible Resources, Strategic Management Journal, 13, s. 135-144

28.JUDGE, Timothy A., Ronald F. Piccolo (2004), Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analytic Test of Their Relative Validity, Journal of Applied Psychology, 89(5), s. 755-768

29.KARATEPE, Selma (2008), İtibar Yönetimi: Halkla İlişkilerde Güven Yaratma, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 7(23), s.77-97

30.KEKLİK, Belma (2012), Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği, Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi, 14(1), s. 73-93.

31.KIRILMAZ, Selma, Harun Kırılmaz (2010), Transformasyonel Liderliğin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkileri: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Bir Araştırma, Türk İdare Dergisi, 469, s. 119-138

32.KOÇEL Tamer (2010), *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım, 12. Baskı, İstanbul

33.KOTTER, John, P.(2001), What Leaders Really Do, Harvard Business Review, Aralık, s. 1-12.

<http://mindsetmatters.com.au/Portals/0/dox/what%20leaders%20really%20do%20j%20kotter.pdf> (Erişim: 18.08.2014)

- 34.KUTANİS, Rana Özen ve Sümeyra Alpaslan (2007), Bir Doğu Liderliğinin Metaforik Analizi: Konosuke Matsushita, XV. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi 25- 27 Mayıs 2007, Sakarya Üniversitesi, s. 25-33.
- 35.OKTAR, Ömer Faruk ve İlker Hüseyin Çarıkçı (2012), Farklı Paydaşlar Açısından İtibar Algılamaları: Süleyman Demirel Üniversitesi'nde Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15(1), s. 127-149
- 36.ÖZER, Mehmet Akif(2012/2013), İmajını Yöneten Örgütler Daha mı Başarılı Oluyor?, TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, 24(3-4-5), s. 26-45.
- 37.ÖZÜPEK, M. Nejat, Necdet Aksoy (2010), Bir Halkla İlişkiler Fonksiyonu Olarak Bilgi Edinme Hakkı Ve Belediyelerdeki Uygulamaları, Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 6(2), s. 49-61
- 38.PUNCHEVA, Petya (2008), The Role of Corporate Reputation in The Stakeholder Decision-Making Process, Business & Society, 4(3), s. 272-290
- 39.ROBBİNS, Stephen P., Timothy A. Judge (2012), *Örgütsel Davranış Organizational Behavior*, Çev. Ed.: İnci Erdem, 14. Basımdan Çeviri, Nobel Yayın, Ankara
- 40.SAYLI, HALİL, Özlem Yaşar Uğurlu (2007), Kurumsal İtibar ve Yönetimsel Etik İlişkisinin Analizine Yönelik Bir Değerlendirme, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 12(3), s. 75-96
- 41.SCOTT, Elaine S. (2010), Perspectives on Healthcare Leader and Leadership Development, Journal of Healthcare Leadership, 2, s. 83-90
- 42.SERİNKAN, Celalettin (2008), Liderlik ve Toplam Kalite Yönetiminin Algılanma Boyutu: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma, “İş Gücü Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 10(1), s. 144-158
- 43.SİĞRİ, Ünsal, akif Tabak ve Hasan Güngör (2010), Öz Yeterliğin Dönüştürücü Liderlik Üzerine Etkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9 (17), s.51-66
- 44.ŞATIR, Çiğdem ve Fulya Erendağ Sümer, (2006), Kurum İtibarının Bileşenleri Üzerine Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Üreten Bir Kamu Kurumunda İç Paydaşlar İtibarı Nasıl Algılıyor?, II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu 27-28 Nisan 2006, Kocaeli Üniversitesi İletişim Fakültesi, s. 50-62.
- 45.ULUTAŞ, Saniye (2010), Kriz Yönetimi ve Dönüşümcü Liderlik, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, İzmir.
- 46.URAL, Ebru Güzelcik (2012), Kurumsal İtibarı Ölçme Yöntemi Olarak Türkiye İtibar Endeksi Ve Endeks Sonuçlarından Hareketle Türkiye’de Elektronik Sektörünün İtibarı Üzerine Bir Değerlendirme, Online Academic Journal of Information Technology, 3(7), s. 7-21.
- 47.UYSAL, Şerife Alev, Belma Keklik, Ramazan Erdem ve Rukiye Çelik (2012), Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri İle Çalışanların İş Üretkenlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15 (1), s. 25-57

“Daha İyİ Sağlık Sistemleri için Daha iyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAğLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2014

48. WATSON, Tom (2007), Reputation and Ethical Behaviour in a Crisis: Predicting Survival, Journal of Communication Management, 11 (4), s.371 – 384.
<http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/13632540710843959#> (20.08.2014)

49. YATKIN, Ahmet (2007), Toplam Kalite Yönetiminde Liderlik: Liderlikte Kalite, “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 9 (3), s. 126- 147

TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİ ve EKONOMİK BOYUTLARININ UYGULAMALI ÖRNEĞİ

Murat KORKMAZ*

Ayhan AYTAÇ**

Ali Serdar YÜCEL***

Bülent KILIÇ****

Fikriye TOKER*****

Sefer GÜMÜŞ*****

ÖZET

Sağlık turizmi alanında Türkiye geçmiş 20 yıllık süreç içerisinde önemli gelişmeler kaydetmiş ve dünyanın sağlık turizmi alanındaki en başarılı ülkeleri ile rekabet etmeye başlamıştır. Ayrıca sağlık turizminden elde edilen gelir Türkiye’de sağlık sektörü gelirlerinde önemli etkiye sahip olmakla beraber ülke ekonomisine de büyük katkı sağlamaktadır.

Çalışmada sağlık turizminin sağlık sektörü içerisinde yeri ve etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda 2004-2013 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve sağlık turizmi ile ilişkili çeşitli istatistiksel verilerden faydalanılmıştır. TÜİK’den (Türkiye İstatistik Kurumu) elde edilen veriler PASW Statistic 18 (SPSS-Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Analiz kapsamında, frekans tabloları ile regresyon testleri kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre, sağlık turizminde özel hastanelerin daha çok tercih edildiği, Almanya, Bulgaristan ve Irak’ın en çok sağlık turisti gönderen ülkeler arasında yer aldığı, hizmet alımında diğer branşlar ile göz ve onkoloji alanında daha çok hizmet alındığı ve sağlık turizmi gelirlerinin turizmci sayısından etkilediği belirlenmiştir.

Araştırma sonunda, 2013 yılı toplam sağlık turistlerinin %70’ini yabancıların oluşturduğu, sağlık turizminde sağlık harcamaları oranının %2.3 olduğu ve sağlık turizmi gelirlerinin toplam sağlık gelirlerinde önemli bir artış sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

*Güven Grup A.Ş. Finans Yönetmeni

**Trakya Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat A.D.

***Fırat Üniversitesi Besyo

****Ortopedi Uzmanı, Tekirdağ

*****Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi A.D.

*****Beypazarı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

GİRİŞ

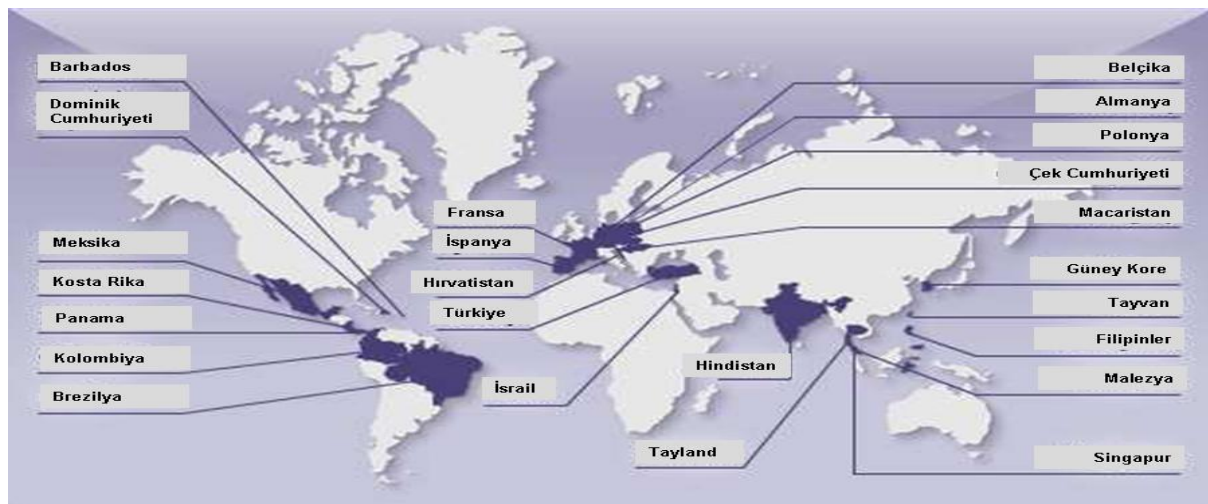
İnsanlık tarihi kadar eski sayılan turizm faaliyetleri, günümüzde çok büyük boyutlara ulaşmıştır. Turist çekme ve turiste hizmet etme bilimi, sanatı ve ticareti olarak tanımlanan turizm; ulusal ve uluslar arası düzeyde kazandığı dev boyutlarla, yatırımları ve iş hacmini geliştiren, gelir yaratan, döviz sağlayan, istihdam alanları açan, sosyal ve kültürel hayatı etkileyen önemli toplumsal ve insancıl fonksiyonları başaran bir nitelik kazanmıştır (Küçükaslan, 2006:2).

Turizmin çeşitlendirilmesi gerekliliği ülkemiz için bir realite haline gelmiştir. Turizmin çeşitlendirilmesi için, ülkemiz açısından birçok olanak mevcuttur (Hacıoğlu ve Şahin, 2008: 35). Bu anlamda sağlık turizmi önemli alternatiflerden biridir ve son yıllarda çok hızlı bir büyüme ile dünya çapında bir endüstri haline gelmiştir (Emir v.d., 2008:397).

Dünya genelinde her geçen yıl yatırım ve turist sayısı anlamında ciddi büyüme kaydeden turizm sektörü içerisinde öne çıkan sektörlerden biride sağlık turizmidir. Sağlık problemi olan insanlar daha az maliyetle daha iyi sağlık hizmet almak için uygun ülkelere gitmeyi tercih etmektedir. Bununla birlikte az gelişmiş ülkelerdeki zengin insanlarda ülkelerindeki sağlık imkanlarının yetersizliğinden dolayı gelişmiş ülkelere yönelmektedir.

Sağlık turizmi tedavi amaçlı kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla veya estetik cerrahi operasyonlar, organ nakli, diş tedavisi fizik tedavi, rehabilitasyon vb. gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür. Bir başka ifadeyle sağlık turizmi, ikamet edilen yerden başka bir yere (yurtiçi veya yurtdışı) her hangi bir sağlık sebebiyle hizmet almak için yapılan seyahatler olarak özetlenebilir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2014).

Şekil 1: Dünya’ da Sağlık Turizmi ile Uğraşan Ülkeler Haritası (Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Raporu, 2010)



Sağlık turizmi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimin olanlarla birlikte uluslar arası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür. (Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Raporu, 2010).

Genel olarak Sağlık Turizmi; Medikal (Tıp) Turizmi, Termal Turizmi (Kaplıca + Spa & Wellness), Yaşlı Bakımı amaçlı ziyaretlerden oluşan organize bir turizm hareketi olarak değerlendirilmektedir (www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr).

Son yıllarda hızlı nüfus artışı, sanayileşme ve kentleşme sonucu ortaya çıkan çevre sorunları insan sağlığını tehdit etmekte, bozmakta ve verimliliği azaltıcı bir ortam yaratmaktadır. Bu olumsuz ortamlarda bulunmak zorunda kalan insanlar sağlığını korumak, daha verimli olmak ve hastalıklarına şifa bulmak amacıyla sağlık turizmine yönelmektedir (Çonkar ve Gülmez, 2004: 289).

Sağlık turizmi hastaların ve hasta ailelerinin rahatlığını sağlamak için tıbbi seçenekleri sunmayı hedeflemektedir. Gelişmiş ülkelerdeki eğitim ve refah seviyesinin yüksek olmasına paralel olarak sağlık hizmetleri sunumu da yüksek maliyetli olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlanan nüfusun sağlık ihtiyaçları ve sağlık giderlerinin payı her geçen gün artmaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2010).

Dünyada ve Türkiye’de en hızlı gelişen endüstri olarak dikkatleri çeken sağlık turizmi, ülkelere sağladığı ekonomik-sosyal-siyasal getiri bakımından da önemli sektörlerin başında gelmektedir. 2012 'de 100 milyar dolara ulaşması beklenen sağlık turizmi harcamalarının yanısıra dünyadaki 600 milyon sağlık turistinin ortalama 2 bin 500 dolar ödeme yaptığı göz önünde bulundurulduğunda, sektörün büyüklüğü ortaya çıkmaktadır. Bugün ülkemiz, sunduğu sağlık hizmeti ile Avrupa' daki hastaları kendine çeken bir cazibe merkezi olmuştur. Öyle ki kaynak zenginliği ve potansiyeli bakımından dünyada ilk 7 arasına girmeyi başarmıştır (Gülen ve Demirci, 2012).

Dünya’da 2008 yılında toplam 5,1 trilyon, 2009 yılında ise 5,4 trilyon USD tutarında sağlık harcaması yapılmıştır. Ülkeler, GSMH'nin % 2 ile% 16 arasında değişen oranlarda sağlık harcamalarına pay ayırmaktadırlar. Türkiye’de bu oran % 5,7’dir (TÜSİAD, 2009).

Turizm gelirlerinin dünyadaki bölgesel dağılımında Avrupa ilk sırada yer almakta, bu kıtayı sırasıyla Amerika, Asya ve Afrika izlemektedir. Turizm başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere, turizm potansiyeline sahip birçok ülkede; istihdama, gelir düzeyine, dış-iç borç yükünün hafiflemesine, ödemeler dengesine ve sonuçta ülke insanının refah düzeyinin yükselmesine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (TSV, 2010: 9).

Ayrıca sağlık turizminin ülkelere sağladığı faydalar arasında, yabancı turistlerden kaynaklanan gelirlerin ülkelerin ekonomik refahına katkısı, ülkeler arasındaki bilgi paylaşımını artırması ve stratejik ortaklıkların gelişmesi, ülkeler arasında teknoloji ve bilgi transferine katkı sağlaması, yabancı hastalara uluslararası rekabet nedeniyle sunulan fırsatların kendi ülkelerindeki hastalara da daha iyi hizmet sunulmasına yol açması sayılabilir (Annette and De Arellano, 2007).

Tablo 1. Dünya Turizmi ve Uluslararası Turizm İçinde Türkiye'nin Payı (Gülen ve Demirci, 2012)

Yıllar	Uluslararası turist sayısı (milyon)	Türkiye'ye gelen yabancı sayısı	Uluslararası turizm gelir (milyar USD)	Türkiye'nin turizm gelirleri (milyon USD)
1980	277	1.288.060	102	326
1985	330	2.614.924	116	1.482
1990	455	5.389.308	255	3.225
1995	581	7.726.886	380	4.957
2000	687	10.412.000	481	7.636
2005	806	21.124.886	593	18.154
2010	1006	19.648.882*	682	10.043**
2020	1561***			

Kaynak: Dünya Turizm Örgütü (WTO), Türsab, Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği

*Ocak-Ağustos 2010(TYD)

** Ocak-Temmuz 2010 (TYD)

*** WTO Tahmini

Türkiye turizminde, 2009 yılında 27 milyon turist gelmiş ve 22 milyar dolar da gelir elde edilmiştir. Türkiye, 1990 yılında Dünya genelinde 24. Sırada bulunmakta iken 2009 yılında 7. sıraya yükselmiştir (Gülen ve Demirci, 2012). 2009 yılında ülkemize sağlık turizmi amacıyla gelen ziyaretçilerin sayısı 91.504'tür. Bu ziyaretçilerin öncelikli geliş amaçları göz ameliyatları ve kısırlık tedavisidir. Ortalama kalış süreleri 4-5 gündür ve ortalama harcamaları 2500 dolar civarındadır. Tüm bu rakamlar ve kalış süreleri sağlık turizminin tatil turizmine oranla ekonomiye katkısını ortaya koymaktadır (Yılmaz, 2010: 27).

Türkiye, 21. sıradan girdiği sağlık turizminde dünya sıralamasında beşinci, gelir bakımından da üçüncü sıraya yerleşmiştir. Türkiye Sağlık Turizmini Geliştirme Konseyi'nin verilerine göre Türkiye 2011 yılında 587 bin hasta ağırlamış ve 3,5 milyar dolar gelir elde etmiştir. 2015 yılı hedefi ise 1 milyon hasta ve 10 milyar dolar gelir olarak belirlenmiştir. Devlet bünyesinde yer alan araştırma hastanelerinin yanı sıra özel hastane yatırımlarının artması nedeniyle ciddi bir altyapıya kavuşan Türkiye, dünyada 400 milyar dolarlık büyüklüğe ulaşan sağlık turizminden aldığı payını her geçen gün artırmaktadır (www.turizmyatirimdergisi.com.tr).

Türkiye'nin sağlık turizmindeki güçlü yönleri arasında sayabileceğimiz; Coğrafi konum ve ılıman bir iklim özelliğine sahip olması, JCL onaylı 39 hastane ile Dünyada 2. sırada olması, nitelikli insan kaynaklarının varlığı (özellikle tıp ve turizm alanlarında), hastanelerin (özellikle özel ve üniversite hastanelerinin) uygun yatak kapasiteleri, fiziki ve teknolojik alt yapıların ve hekim kalitelerinin yeterli oluşu, özel hastane sektörünün gelişmekte oluşu ve özel hastanelerde dil bilen personel sayısının giderek artmakta oluşu, sunulan sağlık hizmet fiyatlarının Avrupa Birliği ülkelerine nazaran daha düşük olması, sağlık turizmini desteklemek için kaliteli otel sayısının fazlalığı, uygun iklim koşulları, tarihi ve

turistik merkezlerin varlığı ile zengin termal kaynaklarının varlığı (Avrupa'da 1., dünyada 7. sırada) gibi etkenler çok önemli avantajlar arasındadır (Gülen ve Demirci, 2012).

Ayrıca Ülkemizde medikal turizm birçok bölgede termal turizmi ile birlikte yürütülebilmektedir ve bu da ülkemizin çok önemli bir avantajı olarak ortaya çıkmaktadır. Termal turizm açısından önemli bir jeo-termal kuşak üzerinde yer alan Türkiye, bu alandaki kaynak zenginliği ve potansiyeli bakımından da dünyada ilk yedi ülke arasına girmektedir (BAKA, 2011).

BAKA (Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı) verilerine göre, sağlık turizmi sektörü her yıl % 6 ile % 12 arasında büyümektedir. Türkiye'de tedavi alan hastaların çoğunluğunu Almanya'dan gelen hastalar oluşturmaktadır. Son yıllarda yurt dışından gelen çok sayıda hastanın tedavi için Türkiye'deki sağlık kuruluşlarını tercih etmelerinin en önemli nedeni ise, tıbbi operasyonların ülkemizde uygun fiyatlarla yapılmasıdır (BAKA, 2011).

Tablo 2. Ülkeler Bazında Sağlık Hizmetleri Ücret Karşılaştırması (Bin Dolar)

	ABD	TÜRKİYE	HİNDİSTAN	TAYLAND	SİNGAPUR
Anjiyo	47	5	11	10	13
Kalp Bypass	113	12	10	13	20
Kalp kapakçık Değişimi	150	17	9.5	11	13
Kalça Eklem Değişimi	47	11	9	12	11
Diz Eklem Değişimi	48	11	8.5	10	13
Spinal Füzyon	43	7	5.5	7	9

Kaynak: OECD (Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications), 2011; Türkiye Sağlık Turizmi Rehberi, 2012).

Tablo 2 incelendiğinde, Asya ülkelerindeki ve Türkiye'deki sağlık hizmet ücretleri Amerika ile karşılaştırıldığında bu ülkelerdeki fiyat avantajı daha iyi anlaşılabilir.

Türkiye'ye en çok hasta Almanya, Türk Cumhuriyetleri, Bulgaristan, Romanya ve Irak gibi komşu ülkelerden gelmektedir. Sağlık turisti sayısının yıllara göre artış göstermesi, ülkemizin sağlık turizminde bilinirliğinin artışıyla doğru orantılıdır. Ülkemize gelen sağlık turistleri tedavi başına ortalama %50 ile %65 oranında bir fiyat avantajı sağlamaktadırlar. Sağlık turizminin geleceği açısından, sahip olduğumuz kaynakları en iyi şekilde değerlendirmek, hedef pazarlara yönelik tanıtım ve reklam çalışmalarını etkin bir şekilde yürütmek ve sağlık turizmini ulusal bir politika haline getirerek devlet destekli ilerlemek önem arz etmektedir. Sağlık turizminde Türkiye'nin hedef ülkeleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (BAKA, Sağlık Turizmi Sektör Raporu, 2013).

Tablo 3. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Hedef Ülkeleri

Angola	Madagaskar	Almanya	Karadağ	ABD	Azerbaycan	Katar
Sudan	Mali	İngiltere	Rusya	Kanada	Özbekistan	Irak
G. Sudan	Moritanya	Hollanda	Ukrayna		Türkmenistan	Kuveyt
D.Kongo	Uganda	Danimarka	Romanya		Kazakistan	Suudi Arabistan
Libya	Tunus	Norveç	İsviçre		Tacikistan	Yemen
Çad	Zambiya	İsveç	Lüksemburg		Moğolistan	Bahreyn
Gana	Senegal	Finlandiya	Belçika		Afganistan	BAE
Nijerya	Etiyopya	Fransa	Bosna Hersek		Pakistan	
Kenya	Cezayir	Arnavutluk	Kosova		Kırgızistan	
Tanzanya	Kamerun	Makedonya				

Kaynak: Ekonomi Bakanlığı, 2012/4 Sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ, Ek A-4, 2012

Türkiye'ye son yıllarda gelen yabancı hasta sayısı 100 binin üzerinde olup sağlık için gelen turist normal turiste göre yaklaşık 5 kat daha fazla harcama yaptığı tespit edilmiştir. Türkiye'ye gelen bir hastanın, seyahat ve hastane dışı masrafları hariç, sadece tıbbi müdahale için 3.500 ile 35.000 dolar arasında harcama yaptığı bilinmektedir. Kimi zaman bu rakam çok daha yukarılara çıkabilmektedir. Tedavi dışındaki konaklama, ulaşım, refakatçi gibi diğer masraflar da düşünülürse, ülkemize ciddi rakamlarda turizm girdisi olduğu açıkça görülmektedir. Ayrıca, ödenen dolaylı ve dolaysız vergiler de göz önüne alınınca, sağlık turizminin ekonomik anlamda ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Hizmete olan talep artışı ve bu bağlamda sektörde yapılan iyileştirme ve geliştirme çalışmaları da, bir yan fayda olarak, Türk halkının daha iyi bir sağlık hizmetine kavuşmasına da vesile olmuştur (Akt: Mert, 2013).

Türkiye'yi sağlık turizminde öne çıkaran bazı özellikler bulunmaktadır. Türkiye, sağlık turizminde uygun fiyatlar sunan ülkelerden bir tanesidir. Tedavilerde Türkiye'nin sağladığı fiyat avantajı zaman zaman yüzde 70'lere varmaktadır. 60'dan fazla ülkeye vizesiz ulaşım imkanı bulunmaktadır (Çukurova Kalkınma Ajansı, Sağlık Turizmi Kümelenme Çalışması, 2012).

Amaç, Kapsam ve Yöntem

Bu araştırmada Türkiye İstatistik kurumundan ve Sağlık turizmi.org web sitesinden elde edilen 2004-2013 yılları arasındaki sağlık harcamaları ile sağlık turizmi istatistikleri verileri kullanılmıştır. Araştırmanın amacı sağlık turizminin Türk sağlık sektörüne olan etkilerini belirlemek ve geleceğe yönelik öngörülerde bulunmaktır.

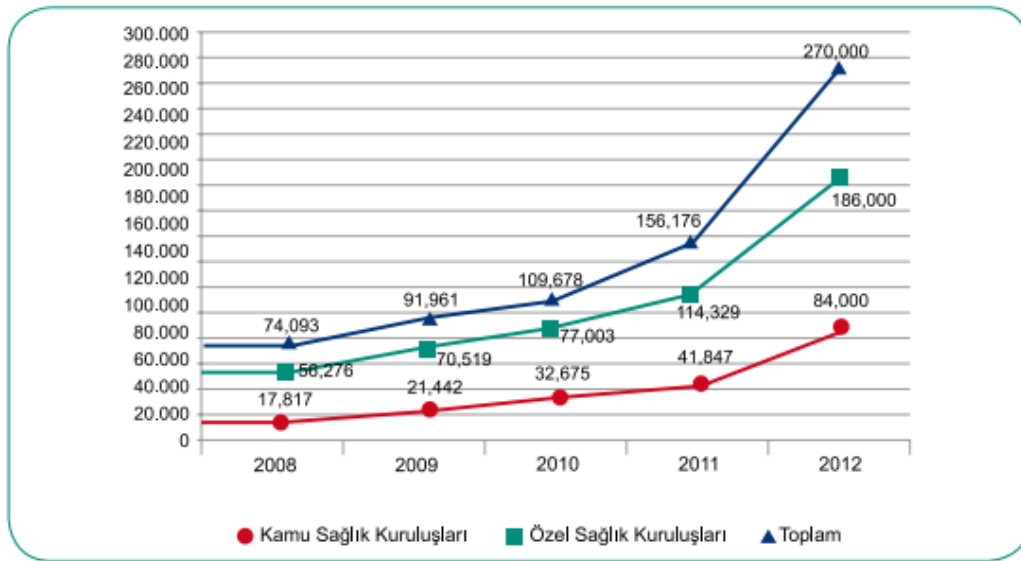
Bu amaçla; toplam sağlık turizmi verileri, yabancı ve Türk vatandaşların dağılımları, toplam sağlık turizmi harcaması verilerine bakılmıştır. İlişkilerin belirlenmesi ve ne derecede etki ettiğinin anlaşılması için regresyon metodu kullanılmıştır.

Verilerin Analizi

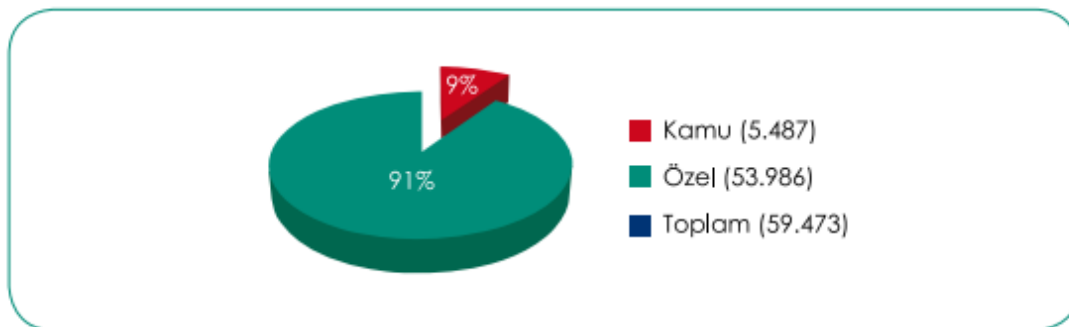
TUİK web sitesinden elde edilen veri seti PASW Statistic 18 (SPSS-Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edilmiştir. Analiz kapsamında, frekans tabloları, regresyon testlerinden faydalanılmıştır.

Yıllar itibariyle Türkiye’de sağlık hizmeti alan hastaların hastane türüne göre dağılımı:

Yıllar itibariyle Türkiye’ye sağlık hizmeti almak için gelen turistlerin hastane tipine göre dağılımına bakıldığında; kamu hastanelerinin en az tercih edilen hastane türü olduğu belirlenmiştir. Özel hastanelerin tercih oranı kamu hastanelerinin üzerinde kalmaktadır. Aradaki fark yıllar itibariyle açılmaktadır ve 2012 yılına gelindiğinde ise bu fark %102 olmaktadır.



Şekil 2. Yıllar itibariyle Türkiye’ye sağlık hizmeti almak için gelen turistlerin hastane tipine göre dağılımları

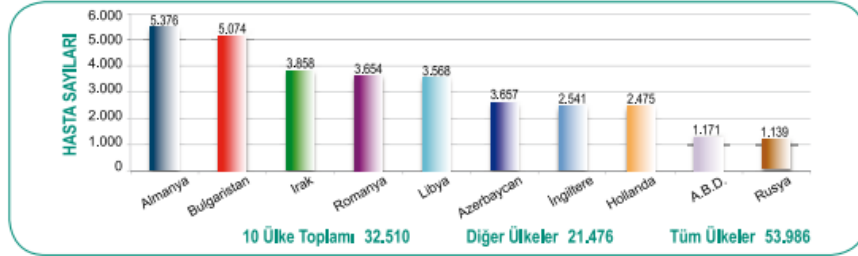


Şekil 3. Turistlerin hastane tipine göre dağılım grafiği

Ülkelere ve illere göre sağlık turisti sayısının dağılımı:

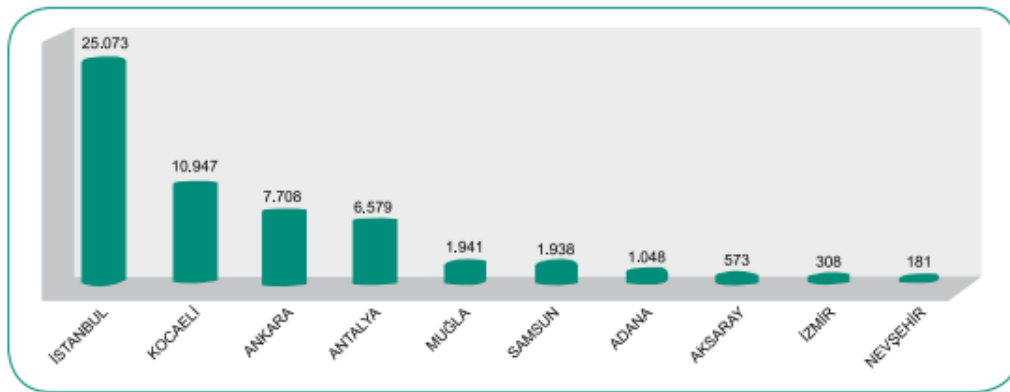
Türkiye’ye gelen sağlık turisti sayısının ülkelere göre dağılımına bakıldığında; Almanya’nın birinci sırada olduğu görülmektedir. Almanya’dan sonra Bulgaristan ve Irak ilk üç sırada yer alan ülkelerdir.

Gelen turistlerin geldikleri şehirlerin dağılımına bakıldığında; İstanbul açık ara lider olarak gözükmektedir. Kocaeli ve Ankara ise ilk üçte yer alan diğer ülkelerdir.



Şekil 4.

Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısının ülkelere göre dağılımı

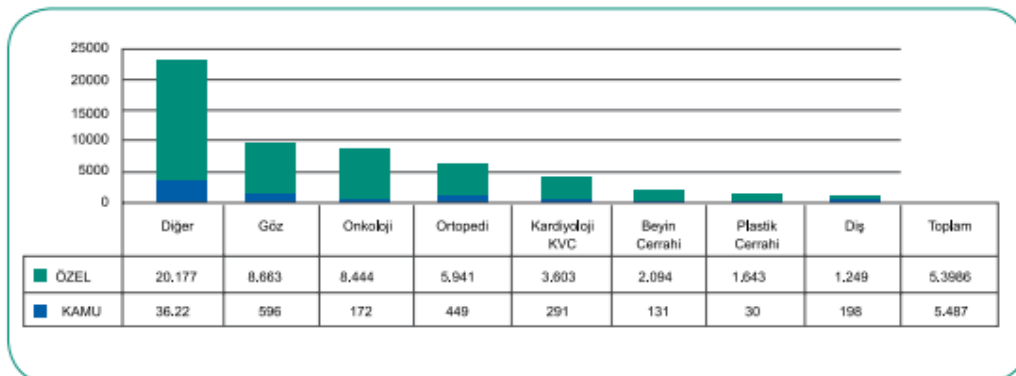


Şekil 5. Türkiye'ye gelen turistlerin şehir dağılımları

Branşlara göre sağlık turisti sayısının dağılımı:

Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısının branşlara göre dağılımına bakıldığında; Diğer sağlık hizmetlerinin birinci sırada geldiği görülmektedir. Göz ve onkoloji branşları ise ilk üçte yer alan diğer sağlık dallarıdır.

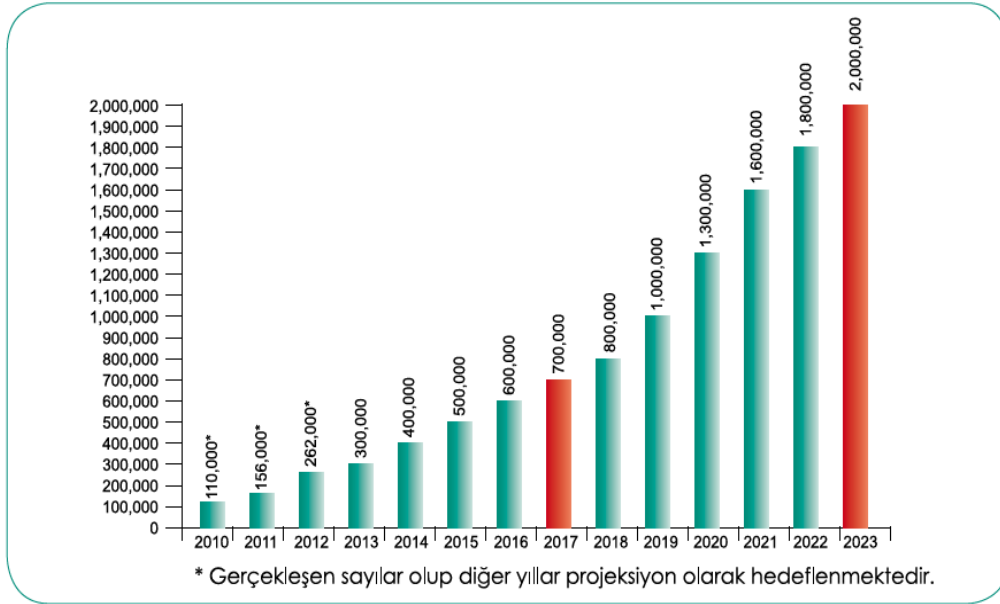
Bütün sağlık branşlarında ise özel hastaneler ilk sırada yer almaktadır. Ancak kamu hastaneleri diğer sağlık branşında diğerlerine göre daha yüksektir.



Şekil 6. Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısının branşlara göre dağılımı

Sağlık Turizminde 2023 Vizyonu:

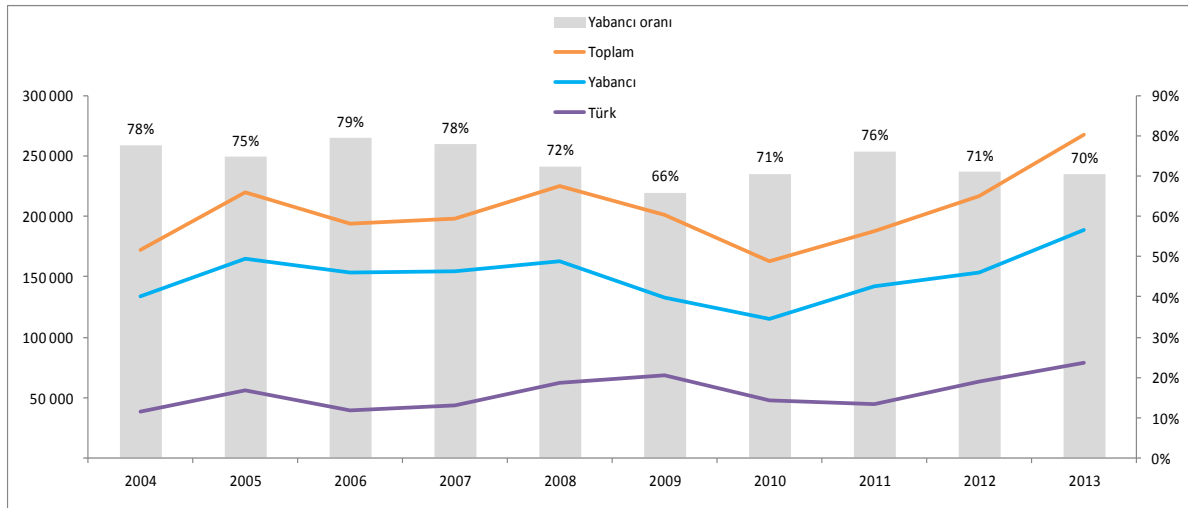
Sağlık turizminin gelecek vizyonuna bakıldığında; 2023 yılına doğru sağlık turisti sayısının kademeli olarak arttırılacağı öngörülmektedir. 2023 yılında ise bu sayının 5 kat artarak 2 milyon kişiye ulaşması hedeflenmektedir.



Şekil 7. 2010- 2023 yılları arası turist sayısı

Yıllara göre sağlık turisti sayısı:

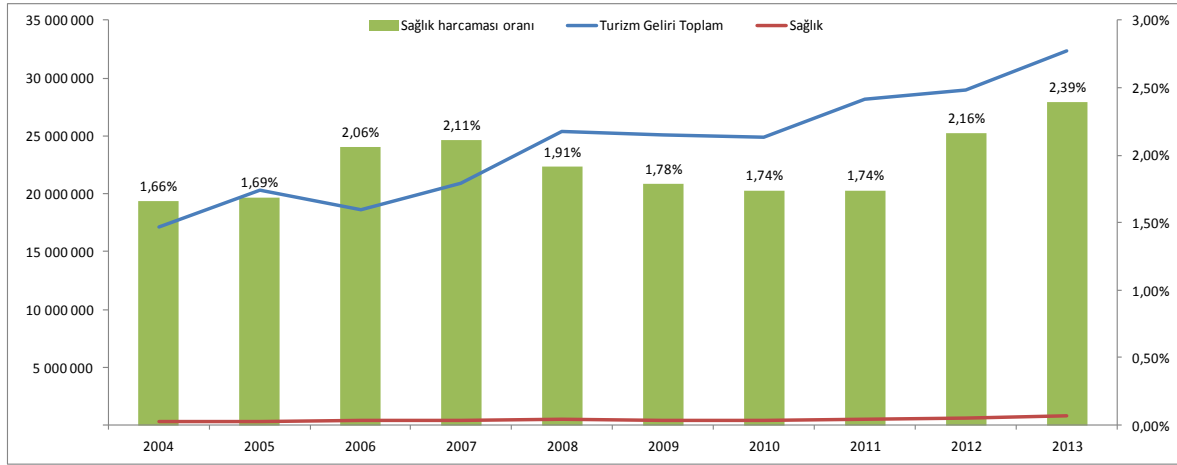
Yıllara göre turist sayısına bakıldığında, toplam sağlık turisti sayısının 2013 yılında zirveye ulaştığı görülebilmektedir. Turist sayısı 2010 yılından itibaren tekrar yükselişe geçmiştir. Türk vatandaşlarının sayısı yıllar içerisinde çok büyük değişim göstermezken toplam turist sayısı içerisinde yabancı ağırlığı giderek artmaktadır.



Şekil 8. Yıllara göre turist sayıları (2004-2013)

Yıllara göre sağlık turizmi harcaması:

Yıllara göre sağlık turizmi harcamalarına bakıldığında, sağlık turizmi harcamalarının toplam turizm gelirlerinden çok ufak bir pay aldığı görülmektedir. Ancak sağlık turizmi harcamaları oransal açıdan giderek yükselmektedir.



Şekil 9. Yıllara göre sağlık turizmi harcamaları

H1: Turizm gelirleri toplam sağlık turisti sayısından etkilenmektedir.

Toplam turizm gelirleri ile sağlık için gelen toplam turist sayısı arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla iki veri seti analize dahil edilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Sağlık turizmi için gelen toplam ziyaretçi sayısı ile toplam sağlık turizmi gelirleri arasında yüksek dereceli pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Yabancı ziyaretçiler ile toplam sağlık gelirleri arasında orta dereceli pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Türk ziyaretçiler ile toplam sağlık gelirleri arasında yüksek dereceli pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Turizm gelirleri toplamı ile toplam sağlık turizmi gelirleri arasında yüksek dereceli pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 4. Toplam turizm gelirleri ile turist sayısına ilişkin korelasyon tablosu

		Correlations				
		Toplam ziyaretçi	Yabancı ziyaretçi	Türk ziyaretçi	Sağlık geliri toplam	Turizm geliri toplam
Toplam ziyaretçi	Pearson Correlation	1	,922**	,814**	,734*	,566
	Sig. (2-tailed)		,000	,004	,016	,088
	N	10	10	10	10	10
Yabancı ziyaretçi	Pearson Correlation	,922**	1	,524	,567	,331
	Sig. (2-tailed)	,000		,120	,087	,351
	N	10	10	10	10	10
Türk ziyaretçi	Pearson Correlation	,814**	,524	1	,761*	,748*
	Sig. (2-tailed)	,004	,120		,011	,013
	N	10	10	10	10	10
Sağlık geliri toplam	Pearson Correlation	,734*	,567	,761*	1	,915**
	Sig. (2-tailed)	,016	,087	,011		,000
	N	10	10	10	10	10
Turizm geliri toplam	Pearson Correlation	,566	,331	,748*	,915**	1
	Sig. (2-tailed)	,088	,351	,013	,000	
	N	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

H2: Toplam sağlık geliri toplam ziyaretçi sayısından etkilenmektedir.

Toplam ziyaretçi sayısının toplam sağlık gelirlerini ne ölçüde etkilediğini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre; Toplam ziyaretçi sayısındaki bir birimlik değişiklik sağlık gelirleri toplamında 2.324 birimlik artış sağlamaktadır.

Tablo 5. Toplam ziyaretçi sayısı ile toplam sağlık gelirleri arasındaki korelasyon

Coefficients^{a, b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Toplam ziyaretçi	2,324	,156	,980	14,925	,000

a. Dependent Variable: Sağlık geliri toplam

b. Linear Regression through the Origin

H3: Toplam sağlık geliri toplam yabancı ziyaretçi sayısından etkilenmektedir.

Toplam yabancı ziyaretçi sayısının toplam sağlık gelirlerini ne ölçüde etkilediğini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre; Toplam yabancı ziyaretçi sayısındaki bir birimlik değişiklik sağlık gelirleri toplamında 3.148 birimlik artış sağlamaktadır.

Tablo 6. Toplam yabancı ziyaretçi sayısı ile toplam sağlık gelirleri arasındaki korelasyon

Coefficients^{a, b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Yabancı ziyaretçi	3,148	,245	,974	12,873	,000

a. Dependent Variable: Sağlık geliri toplam

b. Linear Regression through the Origin

H4: Toplam sağlık geliri toplam Türk ziyaretçi sayısından etkilenmektedir.

Toplam Türk ziyaretçi sayısının toplam sağlık gelirlerini ne ölçüde etkilediğini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre; Toplam türk ziyaretçi sayısındaki bir birimlik değişiklik sağlık gelirleri toplamında 8,623 birimlik artış sağlamaktadır.

Tablo 7. Toplam Türk ziyaretçi sayısı ile toplam sağlık gelirleri arasındaki korelasyon

Coefficients^{a, b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Türk ziyaretçi	8,623	,520	,984	16,570	,000

a. Dependent Variable: Sağlık geliri toplam

b. Linear Regression through the Origin

H4: Toplam turizm geliri toplam sağlık turizmi gelirlerinden etkilenmektedir.

Toplam sağlık turizmi gelirlerinin toplam turizm gelirlerini ne ölçüde etkilediğini incelemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre; Toplam sağlık turizmi gelirlerindeki bir birimlik değişiklik toplam turizm gelirlerinde 49.901 birimlik artış sağlamaktadır.

Tablo 8. Toplam sağlık turizmi gelirleri ile toplam turizm gelirleri arasındaki korelasyon ilişkisi

Coefficients^{a, b}

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 Sağlık geliri toplam	49,901	2,138	,992	23,339	,000

a. Dependent Variable: Turizm geliri toplam

b. Linear Regression through the Origin

Tartışma ve Sonuç

Son yıllarda dünyanın farklı ülkelerinden çok sayıda hasta tedavi için Türkiye'deki özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği görülmektedir. Bunun en önemli nedeni, orjin ülkelerde çağdaş yöntemlerle gerçekleştirilen tıbbi operasyonların ülkemizde de uygun fiyatlarla yapılmasıdır (İçöz, 2009). Altyapı ve donanımların yüksek kalitesi ile dünyaca ünlü Türk doktorları tarafından modern yöntemlerle gerçekleştirilen tıbbi operasyonlar Avrupa ve ABD'ye oranla ülkemizde çok ucuza mal olmaktadır (Gençay, 2007:179). Çalışmamızda elde edilen veriler doğrultusunda turistlerin sağlık turizminde en çok özel hastaneleri tercih ettikleri saptanmıştır.

Türkiye'ye en çok hasta Almanya, Türk Cumhuriyetleri, Bulgaristan, Romanya ve Irak gibi komşu ülkelerden gelmektedir. Sağlık turisti sayısının yıllara göre artış göstermesi, ülkemizin sağlık turizminde bilinirliğinin artışıyla doğru orantılıdır. Ülkemize gelen sağlık turistleri tedavi başına ortalama %50 ile %65 oranında bir fiyat avantajı sağlamaktadırlar (BAKA, Sağlık Turizmi Sektör Raporu, 2013). Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç ise Almanya, Bulgaristan ve Irak'ın Türkiye'ye en çok sağlık turisti gönderen ülkeler arasında olduğudur.

Türkiye'de medikal turizmde öne çıkan şehir İstanbul'dur. 200'ü aşkın özel hastane, 10'u aşkın üniversite hastanesi, bunların en azından 50 tanesi, çok lüks, modern, tıbbi ve teknolojik açıdan donanımlı hastaneler, JCI ile akredite edilmiş 30 civarında hastanenin 20'si İstanbul'da bulunmaktadır. Bütün bunlara bakıldığında sağlık turizmi açısından İstanbul hem dünyada hem Türkiye'de lider bir ildir (Aydın, 2009:1).

Özellikle 1990'lı yıllarla beraber ülkemizde kamu sağlık hizmetlerine ilaveten özel sektörün de sağlık hizmetlerine ciddi yatırımlar yaptığı görülmüştür. Bu gelişmeler sonucunda İstanbul, Ankara, Antalya gibi büyük illerde Avrupa standartlarıyla yarışabilecek düzeyde özel sağlık kuruluşları artmaya başlamıştır (Çiçek ve Avderen, 2013). Ayrıca başta İstanbul ve Ankara olmak üzere özel, kamu ve üniversite hastaneleri dünyadaki en yüksek teknoloji ile donatılmış olup birçok hastanede onkolojik tedaviler, kardiyovasküler cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, estetik cerrahisi, göz ve dişte ileri teknoloji sağlık hizmetleri verilebilmektedir. Yine bu hastanelerde Cyberknife, robotik cerrahi, MR, kemik iliği, organ transplantasyon da yapılabilmektedir (Türkiye Sağlık Kentleri Birliği, 2014). Çalışmamızda

bu doğrultuda bir sonuç elde edilmiştir. Sağlık turistleri en çok İstanbul, Kocaeli ve Ankara’da hizmet almaktadırlar. Ankara’da bulunan termal işletmelerin de sağlık turizminde etken olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda elde edilen diğer önemli sonuçlarda şöyledir;

- Sağlık turistleri en çok diğer branşlar ile göz ve onkoloji alanında hizmet almaktadırlar.
- 2023 yılına kadar 2 milyon civarında sağlık turisti beklenmektedir.
- 2013 yılında yabancı sağlık turisti sayısı toplam sağlık turisti sayısının %70’dir.
- 2013 yılında turizm gelirlerinde sağlık harcamasının oranı %2.3tür.
- Toplam sağlık turizmi gelirleri, sağlık turizmi ziyaretçi sayısından etkilenmektedir.
- Toplam sağlık turizmi gelirleri, toplam ziyaretçiden 2,3 birim, yabancı ziyaretçilerden 3,1 birim, Türk ziyaretçilerden ise 8,6 birim etkilenmektedir.
- Ayrıca toplam turizm gelirleri de toplam sağlık turizmi gelirlerinden etkilenmektedir. Toplam turizm gelirleri, toplam sağlık gelirlerinden 49,9 birim etkilenmektedir.

Kaynaklar

1. Annette, B., ve De Arellano R. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1):193-8.
2. Aydın, D.. (2009). Medikal Turizmin Başkenti İstanbul. *Sağlık Turizmi Bülteni*, 8: 1.
3. BAKA, (2013). Sağlık Turizmi Sektör Raporu.
4. BAKA, (2011). Sağlık Turizmi Sektör Raporu.
5. Çiçek, R., Avderen, S. (2013). Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 15 (25): 25-35.
6. Çonkar, K. ve Gülmez, M., (2004). “Termal Turizm Açısından Sivas’ın Yeri ve Önemi”, *Cumhuriyetin 80. yılında Sivas Sempozyumu*, s. 289-310.
7. Çukurova Kalkınma Ajansı, (2012). Sağlık Turizmi Kümelenme Çalışması, Erişim adresi: <http://astd.org.tr/uploads/files/cka%20sunumu.pdf>, erişim tarihi: 02.07.2014.
8. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Raporu, (2010). Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri, s. 52.
9. Ekonomi Bakanlığı, (2012). 2012/4 Sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ, Ek A-4.
10. Emir, O. Soybalı, H.H. ve Baytok, A.. (2008). Afyonkarahisar’da Termal Turizm Potansiyeli ve Geleceğine İlişkin Beklentiler. *Termal ve Maden Suları Konferansı (24-25 Nisan, Afyon, ss. 396-407)*, Ankara: Sözkese Matbaacılık.)
11. Gençay, C., (2007). Sağlık Turizmi, (Ed.) M. Bulu ve İ.H.Eraslan, *Sürdürülebilir Rekabet Avantajı Elde Etmede Turizm Sektörü*, (ss.172-180). İstanbul: Kazancı Hukuk Yayımevi.
12. Gülen, G. K., ve Demirci, S., (2012). Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü, İstanbul ticaret odası yayınları, yayın no: 2011-39, İstanbul.
13. Hacıoğlu, N. ve Şahin, B.. (2008). Üçüncü Yaş Turizmi. (Ed.) N. Hacıoğlu ve C. Avcıkurt *Turistik Ürün Çeşitlendirmesi*.(ss.17-39) İçinde. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

14. İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve Türkiye'nin Olanakları, Journal of Yasar University, 4 (14), 2257-2279.
15. <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html>, Erişim tarihi: 01.07.2014).
16. <http://www.turizmyatirimdergisi.com.tr>, Erişim tarihi: 02.07.2014
17. Küçükaslan, N., (2006). Özel İlgi Turizminde Niş Pazarlamanın Yeri, Paradoks Ekonomi Sosyoloji ve Politika Dergisi, 2: 1-32.
18. Kültür ve Turizm Bakanlığı, (2010). Turizm Çeşitleri Ekim 2010, www.kultur.gov.tr
19. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, (2014). Sağlık ve Termal Turizmi Tanımı, Erişim adresi: <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html>, erişim tarihi: 01.07.2014.
20. Mert, G., (2013). Sağlık turizmi ve uygulanabilirliği, IAAOJ, Social Science, 1(1), 103-126.
21. OECD, 2011. “Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review”, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs)
22. TÜRSAB, Turizm Gelirleri ve Turist Sayıları, <http://www.tursab.org.tr/tr/istatistikler/turist-sayisi-ve-turizm-geliri/1963-sayi-gelir-ve-degisim-68.html> erişim tarihi: 19.01.2011
23. Türkiye Sağlık Turizmi Rehberi, (2012). <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/178962/h/medikalturizmweb.pdf>
24. TÜRKİYE SAĞLIK VAKFI, (2010). "Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi, 2010 Durum Analiz Raporu ve Çözüm Önerileri", Kasım, Ankara.
25. Türkiye Sağlık Kentleri Birliği, Kentli Dergisi, Erişim adresi: <http://www.skb.org.tr/wp-content/uploads/2014/04/Kentli-15-Web.pdf>, Eriim tarihi: 02.07.2014.
26. TÜSİAD, (2009). " Sosyal işler Komisyonu Sağlık Çalışma Grubu Raporu! "
27. WTO, "Tourism 2020 Vision". Erişim adresi: <http://www.unwto.org/facts/eng/vision.htm>, erişim tarihi: 01.07.2014.
28. Yılmaz, C., (2010). Medikal Turizm Araştırması, <http://tuyev.org/yayinlarimiz/SB.pdf>, Erişim Tarihi: 03.07.2014).

SAĞLIK TURİZMİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK KRİTERLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Bilal YALÇIN*

İsmail ÇALIK**

ÖZET

Sağlık amaçlı seyahatlerin geçmişinin Eski Yunan, Mısır ve ötesine kadar uzandığı bilinmektedir. Sağlık amaçlı seyahatlerin tarihi süreç içerisinde dönüşmesi sağlık turizmi kavramının literatüre girmesine neden olmuştur. Günümüzde ise sağlık turizmi kavramsal ve uygulama anlamında gelişimini sürdürmektedir. Sürdürülebilirlik ise kaynakların gelecek nesillerin de ihtiyacını karşılayacak şekilde kullanılması, ekonomik, sosyo kültürel ve çevresel unsurların dengeli bir şekilde gelişimini öngören yaklaşımı ifade etmektedir. Özellikle son elli yılda endüstrileşmenin neden olduğu tahribatın boyutları farklı alanlarda sürdürülebilirlik unsurlarının dikkate alınmasını gerekli kılmıştır. Bu çalışmada Türkiye’de sağlık turizminin sürdürülebilirlik ilkeleri doğrultusunda tartışılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla sağlık turizmini etkileyen değişkenler sürdürülebilirlik ilkelerine göre değerlendirilmiştir. Sonuç olarak ülkemizde sağlık turizmi alanında sürdürülebilirlik unsurlarına zarar verebilecek uygulamaların olduğu ve bu uygulamaların uzun vadede sağlık turizminin gelişimini olumsuz yönde etkileyeceği ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: sağlık turizmi, sürdürülebilirlik, sağlık hizmetleri

* Yrd. Doç. Dr., Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi, Turizm İşletmeciliği Bölümü, byalcin@gumushane.edu.tr

** Yrd. Doç. Dr., Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi, Turizm İşletmeciliği Bölümü, ismailcalik29@gmail.com

INVESTIGATION OF HEALTH TOURISM IN TERMS OF SUSTAINABILITY CRITERIA

ABSTRACT

The history of travel for healthcare dates back to ancient Greece, Egypt and beyond all. Health-oriented trips that has transformed in the historical process has lead to the concept of health tourism got into the literature. Today, medical tourism is developing in terms of the conceptual and practical. Using resources to meet the needs of future generations as well as the use of economic, socio-cultural and environmental factors in a balanced development represents sustainability. Especially in the last fifty years, the size of industrialization caused havoc in different areas which has necessitated the consideration of sustainability aspects. In this study, health tourism in Turkey in accordance with the principles of sustainability has been discussed. For this purpose, the variables affecting the health tourism are evaluated according to sustainability principles. As a result our country in the field of health tourism aspects of sustainability practices that may damage and in the long-term these practices that adversely will affect the development of tourism.

Key Words: *health tourism, sustainability, health services*

1- Sağlık Turizmi Kavramı ve Gelişimi

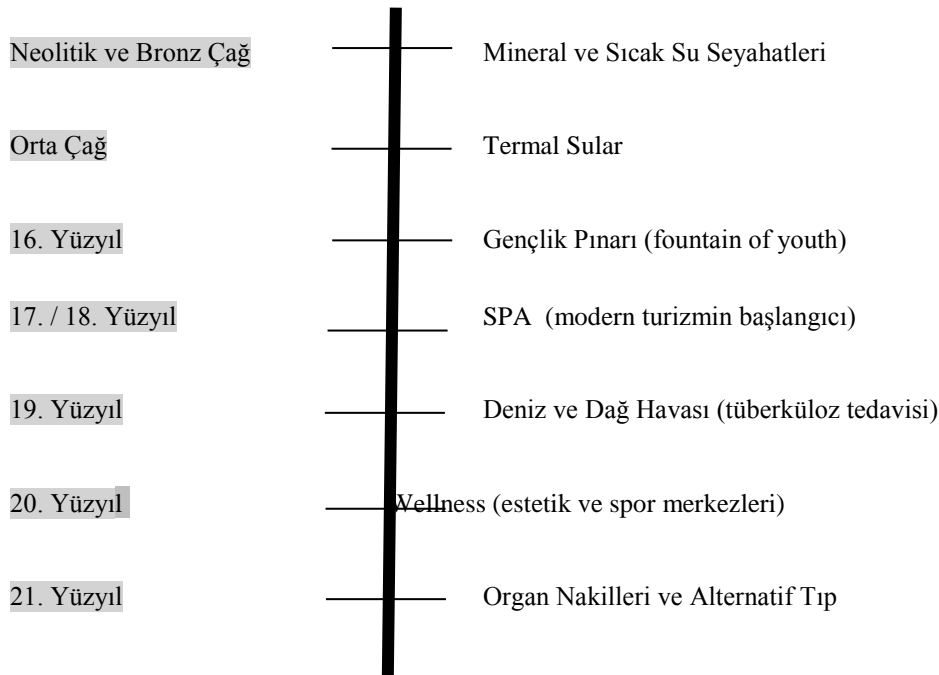
Sağlık hizmetleri, bir ülkeyi yaşanılır kılan en önemli belirleyicilerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 25-26). Milletlerin toplumca kabul gören hizmetlere ulaşmalarının bir yolu olarak sağlık turizmi ortaya çıkmıştır. Sağlık Turizmi; ikamet edilen yerden başka bir yere herhangi bir sebeple sağlık hizmeti satın almak için yapılan *planlı* seyahatlere denilmektedir.

Sağlık ve turizmi birleştiren unsurlar tüketicilerin sağlık hizmeti satın almak amacıyla buldukları yerlerden başka bir yere ulaşmak için harcadıkları emek ve sermayedir. Huzurlu bir şekilde yaşlanmak isteyen insanların arayışları sonucu ortaya çıkmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerindeki özelleştirme çalışmaları ve teknolojik ilerlemeler dolayısıyla insanların sağlıklı uzun yaşam beklentisi sağlık turizminin gelişimine etki eden başlıca faktörlerdir. İnsanlar, yaşam sürelerini sağlıklı kılmak ve sağlık sorunlarına çare bulabilmek için çeşitli çözümler aramaktadırlar. Bunun dışında insanlar ruhen rahatlamak için de çeşitli arayışlar içine girmektedirler. Bu çerçevede sağlık turizmi, hizmet sektöründe en hızlı gelişen hizmet kollarından biri olmuştur denilebilir.

Sağlık turizmi ülkeler açısından potansiyel bir gelir kaynağı olarak görülmektedir (Vijaya, 2010). 2010 yılında sağlık turizmi pazar büyüklüğü 85 milyar dolara ulaşırken, 2012 itibariyle pazar büyüklüğünün 100 milyar dolara ulaşması hedeflenmiştir. Türkiye'nin sağlık turizmindeki payı yüzde 1 olarak belirlenmiştir. Bu beklentiler kurumsal bir sağlık turizmi

pazarının oluşması açısından çok boyutlu bir zemin hazırlamaktadır. Sağlık turizmini resmi politika olarak belirleyen ülkelerin fiziksel ve yasal düzenleme çalışmaları ortak bir pazar oluşturulması açısından önemlidir. Bununla beraber sağlık turizminin, ülkelerin kendi vatandaşlarına sağlık hizmeti sunumu kalitesinin sürdürülmesinde olumsuz yönler doğurabileceği vurgulanmıştır. Şekil 1’de sağlık turizminin tarihsel açıdan gelişimi gösterilmiştir. M.Ö. 8000-5500 yıllarında ilkel seyahatler ile başlayan sağlık arama davranışları günümüzde estetik, organ nakilleri, termal ve spa-wellness merkezleri, alternatif tıp vb. şekilde sürmektedir.

Talep açısından bakıldığında Kuzey Amerika, Avrupa ve Ortadoğu’nun zengin ülkelerinden Asya ülkelerine doğru bir hareket söz konusudur. Hindistan, Tayland gibi ülkeler medikal tercihlerde başı çekmektedir. Örneğin Hindistan’da nüfusun %80’ninin sağlık ihtiyaçlarını özel sektör karşılamaktadır (Hazarika, 2010). Yeni Delhi, kalp ve damar cerrahisinde ön plana çıkarken; Cennai, göz hastalıkları; Kerela ve Karnataka, ayurveda tıbbında ön plana çıkmaktadır.



Şekil 1. Sağlık Turizmi Tarihsel Perspektif

Kaynak: Malik, 2007: 4

2. Sağlık Turizminin Gelişimini Etkileyen Nedenler

Sağlık turizmi pazarı, dünya turizm endüstrisi içerisinde en yüksek büyüme oranına sahiptir (Taleghani, Chirani ve Shaabani, 2011). Küresel ölçekte değerlendirildiğinde petrol ve altın endüstrisinden sonra üçüncü sektör olarak değerlendirilmektedir. Asya, Afrika ve Doğu Avrupa’da 30’dan fazla ülke sağlık turizmi alanında aktif olarak çalışmaktadır. Asya ülkeleri bu alanda akla ilk gelen ve dünyaya adını duyurmuş ülkelerdir. Tayland, Singapur, Malezya, Hindistan ve Filipinler sağlık turistleri için başta gelen hedef ülkeler olarak tanımlanmaktadır. Daha çok Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Batı Avrupa

ülkelerinden yüksek sağlık maliyetleri, uzun bekleme süreleri, yeni ortaya çıkan tedavilerin kısıtlanması, gizlilik gerektiren tedaviler, turizm olanakları, ulaşım olanakları gibi nedenlerden dolayı Türkiye, Asya ve Latin Amerika ülkelerine doğru bir sağlık turisti akışı olmaktadır (Hopkins, Labonté, Runnels ve Packer, 2010). Sağlık turistlerini çeken bir diğer önemli faktör de çeşitli sertifikasyon ve akreditasyon ile kanıtlanmış *kalitedir*.

3. Sürdürülebilirlik, Sürdürülebilir Gelişme ve Sürdürülebilir Turizm Kavramları

1970’li yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılmaya başlanan “sürdürülebilirlik” kavramının kökü Latince “Sustinere” kelimesinden gelmektedir. Bu kavram günümüzde, sürdürmek, sağlamak, devam ettirmek, desteklemek, var olmak anlamlarında kullanılmaktadır (Tıraş, 2012:59). Sürdürülebilirlik kavramı, doğal, sosyal, ekonomik vb. kaynakların dengeli bir şekilde kullanılarak, bu kaynakların tahrip edilmeden gelecek nesillere ulaştırılmasını sağlamak olarak tanımlanabilir (Dyllick ve Hockerts, 2002:130). Bu kavramın önemi, insanlığın doğal çevreye müdahalesinin yarattığı yoğun tahribat nedeniyle çevre ile ilgili bilinçlenme düzeyinin bireyler, hükümetler ve sivil toplum kuruluşları nezdinde giderek arttığı son 40 yılda gündeme gelmiştir (Hardisty, 2010:7). Dünya nüfusunda görülen artışlar, çevre sorunlarının giderek küreselleşmesi ve doğal kaynakların sınırlı olduğunun anlaşılması dünya ekonomik düzeninde ilerleyen yıllarda önemli sıkıntıların ortaya çıkacağını ortaya koymuştur (Öztürk, 2007: 14). Endüstriyel gelişimle birlikte kontrol edilemez refah ve zenginlik anlayışı, ekolojik kaynakların tahribatını beraberinde getirmiştir. Dünyamız, küresel ısınma, ozon tabakasının delinmesi, orman alanlarının yok olması, çölleşme, biyolojik çeşitliliğin azalması, asit yağmurları, endüstriyel kazalar ve zehirli atıklar gibi birçok çevresel problemle karşı karşıya kalmıştır (Shrivastava, 1995:936).

4. Sürdürülebilirlik Kavramının Gelişimi

İnsanlığın karşı karşıya kaldığı çevresel sorunların çözümünde sürekli ve dengeli gelişme anlayışı olarak belirtilen, ekonomik, çevresel ve sosyo-kültürel kaynakların dengeli kullanımını öngören sürdürülebilir gelişme, 1987 Dünya Ekonomik Kalkınma Konseyi (WCED) Brundtland (Ortak Geleceğimiz) Raporunda “ gelecekte kuşakların ihtiyaçlarını karşılama yeteneklerini tehlikeye atmadan, mevcut kuşakların ihtiyaçlarını karşılamak” olarak tanımlanmıştır (WCED, 1987:15). Çevre ve kalkınmanın dengeli gelişiminin anlatımı olan sürdürülebilir gelişmenin amacı ise, insanlığın temel gereksinimlerinin karşılanması, herkes için yaşam standartlarının iyileştirilmesi ve güvenli bir geleceğin sağlanmasıdır (Kahraman ve Türkay, 2009:85). Sürdürülebilir gelişme çevre politikalarının belirleyicisi olmanın yanında ekonomik ve sosyal gelişme anlayışlarıyla da bütünleşen bir süreçtir. Bu tür bütünleşmede amaç sadece ekoloji ve ekonomi arasında uyum sağlama değil aksine sosyal, kültürel ve siyasal süreçleri içeren, farklı göstergelere sahip çok boyutlu bir yapının oluşturulmasıdır (Mengi ve Algan, 2003:2-3).

Sürdürülebilir gelişmenin bir diğer amacı ise toplumun kalkınma hedefleri ile uzun dönemli çevresel sınırların uzlaştırılmasıdır. Bu uzlaşma, insanların barış içerisinde yaşaması, bireysel özgürlükler, yaşam standartlarının geliştirilmesi ve sağlıklı çevre gibi anahtar konuları içermektedir. Sürdürülebilir gelişme, yerküre, biyo-çeşitlilik, eko-sistemler, çevre, doğal kaynaklar, ekosistem tarafından sunulan hizmetler, toplum, kültürler, şehirler, gruplar gibi unsurların uzun dönemli varlığının korunmasının yanında, eşitlik, eğitim olanakları, fırsat eşitliği, arzu edilen yaşam süresi, çocuk yaşam süresi, refah, tüketim, üretim sektörleri,

şirketler, bölgeler gibi unsurların da gelişmesini ön gören bir anlayıştır (National Research Council, 2000: 22).

Sürdürülebilir kalkınma kavramının tanımlanması ile birlikte farklı endüstrilerde sürdürülebilirlik yaklaşımına göre yeni tanımlamalar yapılması ihtiyacını doğurmuştur. Bu bağlamda turizm kavramı da sürdürülebilirlik yaklaşımına göre tanımlanmıştır. Sürdürülebilir kalkınma kavramına bağlı olarak tanımlanan sürdürülebilir turizm kavramı uzun dönemli, katılımcı, çevresel, sosyal, kültürel ve ekonomik uyumlu bir turizm gelişimini ifade etmektedir (Çıracı ve diğ., 2008:91). Sürdürülebilir turizm “ mevcut turistlerin ve ev sahibi toplumların istek ve beklentilerini karşılayan, ekonomik, sosyal, estetik talepleri öngören, kültürel bütünlüğün, zorunlu ekolojik süreçlerin, biyolojik çeşitliliğin ve yaşam destek sistemlerinin devamlılığının sağlandığı bir planlama süreci” olarak tanımlanmıştır (UNEP,2003:7). Tablo 1’de sürdürülebilir turizmin ilkeleri sekiz başlık halinde açıklamaları ile sunulmuştur.

Tablo 1. Sürdürülebilir Turizmin İlkeleri

<p>-Kaynakların Sürdürülebilir Kullanımı</p> <p>Sürdürülebilir turizm kavramı büyümeye karşı olmamasına rağmen büyümenin sınırları olduğunu ve turizm stratejisinin bu sınırlar dikkate alınarak oluşturulması gerektiğini savunur. Ayrıca kısa vadeli kazanımlar yerine uzun vadeli kazanımlar ön plana çıkarılmalıdır.</p>	<p>-Kamu ve diğer paydaşların görüşlerinin alınması</p> <p>Turizm karar süreçlerine tüm paydaşların katılımını öngörür. Ayrıca tüm paydaşlar sürdürülebilir kalkınma konularında bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır.</p>
<p>-Gereğinden fazla tüketim ve atıkların azaltılması</p> <p>Atıkların ve gereksiz tüketimin sınırlandırılması uzun vadede çevresel zarar sebep olacak ve turizmin kalitesini etkileyecek maliyetlerden kaçınmamızı sağlayacaktır.</p>	<p>-Sorumlu turizm pazarlaması</p> <p>Tüm politikalar ve faaliyetler sürdürülebilir kalkınmayı hedeflerken, sürdürülebilir turizm pratikleri kısa, orta ve uzun vadeli olarak tanımlanarak bölgesel kapasite sınırları aşılmamalı</p>
<p>-Yerel girişimlerin desteklenmesi</p> <p>Sürdürülebilir turizm yaklaşımı yerel halkın eşitlik ve açıklık taleplerini karşılayarak ihtiyaçlarını ve arzularını tatmin edilmesinin önemini vurgulayan bir yaklaşımdır.</p>	<p>-Biyo- çeşitliliğin korunması</p> <p>Doğal, sosyal ve kültürel çeşitliliğin korunması sürdürülebilir turizmin temel yaklaşımıdır.</p>
<p>-Yerel toplumun taleplerini kapsamaması</p> <p>Yerel destinasyonlara kabul edilecek turistlerin sayısı, turistlerin yerel halkın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilememesi</p>	<p>-Turizmin planlama ile entegrasyonu</p> <p>Politika, planlama ve yönetim süreçlerine turizmin sebep olduğu doğal ve insan kaynağı olumsuzluklarının da dahil edilmesi</p>

Kaynak: Sychowski, 2005: 5.

5. Sürdürülebilir Sağlık Turizmi Üzerine Bir İnceleme

Sürdürülebilir sağlık turizmi; doğal, sosyal, ekonomik vb. kaynakların dengeli bir şekilde kullanılarak herhangi bir sebeple planlı bir şekilde ikamet ettikleri yerden başka bir yere seyahat eden tüketicilere sağlık hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda Tablo 2’de sağlık turizmi faaliyetlerinin sürdürülebilir ilkeler rehberliğinde planlanması ve tanımlanması için Dünya Turizm Örgütü tarafından belirlenen sürdürülebilir turizm göstergeleri çalışmasından faydalanılarak seçilen göstergeler sağlık turizmi ile karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. 8 ekonomik, 9 sosyal ve 10 çevresel gösterge olmak üzere 27 gösterge belirlenerek sağlık turizminin sürdürülebilir ölçütlerle uyumu olabilmesi için temel ilkeler ortaya konulmuştur.

Tablo 2. Sürdürülebilir Sağlık Turizmi Göstergeleri

Sürdürülebilirlik Unsurları	<u>Ekonomik Göstergeler</u>	<u>Sosyal Göstergeler</u>	<u>Çevresel Göstergeler</u>
<p>Sağlık Turizmi Türleri</p> <p>Wellness Turizmi Medikal Turizm İleri Yaş ve Engelli Turizmi</p>	<p>1- Kurumlar ve sektörler arasında eşgüdümün niceliği ve niteliği 2- Kurumlar ve sektörler arasında kurumsallaşmanın niceliği ve niteliği 3- Ödenebilir fiyatlar 4- Turistlerin döviz olarak harcama oranı, 5- Konaklama biçimlerinin çeşitliliği ve bölgede sunulan hizmetlerin önerisi, 6- Gelişmeye yardım kapsamında finansman yardımlarının etkisi, 7- Yabancı yatırımlar-teknik işbirliği ve teknoloji devri, 8- Kayıtsız ekonomiden gelen gelirlerin oranı 9- Uluslararası anlaşmaların onayı ve uygulanması</p>	<p>1- Gelen turistlerin memnuniyeti, 2- Turizm gelişiminin kontrolü, 3- Kültürel ortamların niceliği, çeşitliliği ve sayısı 4- Sağlığın genel durumu 5- Ulaşılabilir sağlık hizmetleri 6- Biyotik düzenlemeler 7- Tıbbi hataların denetimi 8- Enfeksiyon kontrol ve önleme 9- Toplumun engellilere ve yaşlılara karşı duyarlılığı Engelli ve yaşlılar için erişim araçları</p>	<p>1- Mineral içerikli sular ve temiz su şartları 2- Kaliteli doğa şartları ve bitki örtüsü 3- Gıda sağlığı ve güvenliği 4- Görüntü ve gürültü kirliliği 5- Toplumun çevre duyarlılığı 6- Tıbbi atıkların denetimi, 7- İş sağlığı ve güvenliği 8- Çevresel taşıma kapasitesi 9- Engelli dostu hastane ve konaklama tesisi tasarımı 10- Hava kalitesi</p>

Ekonomik göstergeler;

Gösterge 1: Kurumlar ve sektörler arasında eşgüdüm ile kurumsallaşmanın niceliği ve niteliği.

Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı ile Sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının uyumlu bir şekilde hedefe yönelik çalışması.

Gösterge 2: Ödenebilir fiyatlar.

Sağlık hizmetleri sağlayıcılarının ülke vatandaşlarına ve yurt dışından gelen sağlık turistlerine ödenebilir fiyatlar sunması.

Gösterge 3: Turistlerin döviz olarak harcama oranları.

Sağlık turizmi amacı ile turistik bir yeri ziyaret eden turistlerin harcama oranı kitle turizmini tercih eden turistlere göre oldukça yüksek olması.

Gösterge 4: Konaklama biçimlerinin çeşitliliği

Hastane dışında konaklayacak sağlık turistleri için farklı gelir gruplarına göre konaklama imkânı sağlayacak çeşitlilikte konaklama işletmelerinin varlığı.

Gösterge 5: Gelişmeye yardım kapsamında finansman yardımlarının etkisi.

Katma değer sağlayabilecek sağlık turizmi girişimlerine destek olacak teşvik sisteminin oluşturulması.

Gösterge 6: Yabancı yatırımlar, teknik işbirliği ve teknoloji devri.

Bilgi ve uzmanlık gerektiren varlıklara dayalı sağlık turizmi alanında işbirlikleri ve yatırımların ülkeye çekilmesi.

Gösterge 7: Kayıtsız ekonomiden gelen gelirlerin oranı.

Yasal olmayan yollarla sağlık turistlerinin farklı araçlar eliyle sisteme dâhil olmasının önüne geçilmesi.

Gösterge 8: Uluslararası anlaşmaların onayı ve uygulanması.

Sağlık turisti kabul eden ve gönderen ülkeler/bölgeler/kuruluşlar arasında sigorta, hasta ve yaşlı bakım, termal terapi gibi uygulamalarda sözleşme/protokollerin varlığı.

Sosyal Göstergeler;

Gösterge 1: Gelen turistlerin memnuniyeti

Sağlık turizmi amacıyla farklı yerleri ziyaret eden turistlerin memnuniyetini sağlayacak sağlık ve turizm hizmetlerinin sunumu.

Gösterge 2: Turizm gelişiminin kontrolü

Sosyal yapının negatif etkilenmemesi amacıyla sosyal taşıma kapasitesinin belirlenerek tesisleşmenin sınırlandırılması ve denetimi. Kumar, fahişelik, alkol ve diğer aşırılıklar gibi istenmeyen faaliyetlerin engellenmesi.

Gösterge 3: Kültürel ortamların niteliği, çeşitliliği ve sayısı

Bölgenin kültürel öğelerini barındıran, sağlık turistlerinin yararlanabileceği etkinliklerin planlanması ve sunumu

Gösterge 4: Sağlıkın genel durumu

Sağlık turistlerine ve bölge halkına eşit hizmet verebilecek nitelik ve niceliğe sahip hastane, personel, ekipman gibi unsurların varlığı.

Gösterge 5: Ulaşılabilir sağlık hizmetleri

Telefon, internet gibi iletişim araçları ile randevu alma, hekim ve sağlık personeline ulaşabilme, farklı dillerde hizmet verebilen danışma sisteminin varlığı ile bekleme sürelerinin kısalığı.

Gösterge 6: Biyoetik düzenlemeler

İnsan ve diğer canlıların yaşamları ile insanın özgürlük ve onurunun tehlike altında olabileceği durumların önüne geçilmesi. Bazı organ nakilleri, sperm transferleri, kürtaj, cinsiyet değişimi gibi uygulamaların etik açıdan sınırlarının belirlenmesi.

Gösterge 7: Tıbbi hataların denetimi

Ülkedeki tıbbi hata oranları sağlık turistlerinin seyahat kararlarını doğrudan etkilemektedir. Bu sebeple tıbbi hataların önlenmesi, denetlenmesi ve en aza indirilmesi üzerinde yapılan çalışmaların varlığı.

Gösterge 8: Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi

Sağlık tesisleri açısından bir kalite göstergesi olan enfeksiyon oranlarının kontrolü ve en aza indirilmesi üzerine çalışmaların varlığı. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonları önlemek için gerekli örgütsel yapının oluşturulması.

Gösterge 9: Toplumun engellilere ve yaşlılara karşı duyarlılığı

Engelli ve ileri yaşlı insanlara karşı toplumun eğitimi ve farkındalık oluşturulacak çalışmaların yapılması. Engelli ve yaşlılar için erişim araçlarının varlığı.

Çevresel Göstergeler;

Gösterge 1: Mineral içerikli sular ve temiz su şartları

Sağlık hizmeti verilecek tesislerin ve çevresinin mineral ve temiz su şartları bakımından standartlara uygunluğu. Mineral ve temiz su kaynaklarının korunması ve suyun niteliğini olumsuz yönde etkileyecek faaliyetlere izin verilmemesi.

Gösterge 2: Kaliteli doğa şartları ve bitki örtüsü

Sağlık turizmi talebinde bulunan turistlere yönelik doğa turizmi seçeneklerine imkân verecek doğal turistik çekiciliklerin bulunması (ör. ırmak, orman, göl, yayla, mağara vb.) . Bitkilerin beslenme ve tedavi amacı ile kullanılabilirliğinin sağlanması.

Gösterge 3: Gıda sağlığı ve güvenliği

Hastane ve konaklama tesislerinde HACCP gibi gıda sağlığı ve güvenliğini temin eden sertifikaların kullanılması ve uygulamaların denetimi. Sağlık hizmeti veren işletmelerde doğal (tabii) gıdaların tüketilmesi.

Gösterge 4: Görüntü ve gürültü kirliliği

Sağlık turistlerine hizmet veren yerleşim yerlerinin peyzaj mimarisi ve kentsel tasarımının (ör. sağlık ve konaklama tesisleri, yollar vb.) standartlara uygunluğu. İnsan ve diğer canlıların yaşamını olumsuz etkileyen ve dengesini bozan gürültü kaynaklarının kontrolü ve engellenmesi.

Gösterge 5: Toplumun çevre duyarlılığı

Çevrenin korunması için tutumların, değer yargılarının, bilgi ve becerilerin geliştirilmesi ve çevre dostu davranışların gösterilmesi ve bunların sonuçlarının pratikte ortaya çıkmasının sağlanması.

Gösterge 6: Tıbbi ve katı atıkları denetimi

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan tıbbi atıkların kontrolü yönetmeliğinde geçen atıkların toplama, taşıma ve bertaraf edilmesi standartlarının uygulanması ve standartlara uyulması.

Gösterge 7: İş sağlığı ve güvenliği

Sağlık kuruluşları ve konaklama tesislerinin ergonomik uygunluğu ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı hükümlerine göre eğitimi ve denetlenmesi ile turistlerinin sağlığı ve güvenliği.

Gösterge 8: Çevresel Taşıma Kapasitesi

Doğal çevre, şimdiki ve gelecek nesillerin ihtiyaçlarını karşılayacak bir turizm kaynağı unsurudur. Sağlık hizmeti verilen yerlerde, doğal ve kültürel değerleri koruyan; bölgenin kaynaklarını israf etmeyen bir planlama ve karar verme sisteminin kurulması.

Gösterge 9: Engelli ve yaşlı dostu hastane ve konaklama tesisi tasarımı

Kullanılan malzemenin içeriğinden, tasarımına ve geri dönüşümüne kadar engellilerin ve yaşlıların sağlık turizmi hizmetlerine erişebilmesinde kolaylık sağlayacak şekilde yaygınlaştırılması.

Gösterge 10: Hava kalitesi

Hava kalitesi değerlerinin hastalar ve sağlıklı kalmak isteyenler için hava kalitesi endeksinde belirtilen uyarı eşiklerini aşmaması. Sağlık ve konaklama tesislerinin hava akımlarına karşı korunmalı yerlerde konumlandırılması.

Sonuç

Sağlık hizmetleri ile bilimsel olarak kanıtlanmış ekonomik, sosyal ve çevresel sürdürülebilirlik göstergeleri arasında bir uyum olması gereklidir. Örneğin; kanser çağımızın en yaygın hastalığıdır fakat sağlık hizmetleri veren işletmelerde temizlik için kullanılan bir kısım malzemelerde ve mobilyalarda kanserojen maddeler bulunmaktadır. Sağlık kuruluşları tarafından verilen ya da kafeteryalarında satılan bazı gıda maddeleri insan sağlığını ciddi biçimde etkileyecek derecede katkı maddeleri içermektedir. Başka açıdan, küresel ısınma günümüzün en önemli çevresel sorunlarından biri olmasına rağmen hastaneler en çok enerji tüketen işletmeler arasındadır. Bu maliyetler de hastanelerin tüketicilere sundukları hizmetlerin fiyatlarına yansımaktadır. Kısaca; sağlık sektörünün öncelikle kendi içerisinde tutarlı olması ve bu yönde bir gelişim göstermesi önemlidir. Bu tutarlılık sağlık turizmi hareketliliğini etkilemekte, tüketicilerin doğal olandan yana bir sağlık arama davranışı içerisine girmesine neden olmaktadır.

İnsanlar sağlıklarını korumak, tedavi olmak ve bununla birlikte seyahat edilecek bölgenin turistik alanlarını ziyaret etmek amacıyla dünyanın farklı bölgelerine doğru bir akış meydana getirmektedirler. Bu amaçla gerçekleştirilen seyahatlerden doğan olaylar ve ilişkiler bütünü ise sağlık turizmi olarak nitelendirilmektedir. Diğer turizm türlerinde olduğu gibi sağlık turizminde de ekonomik, sosyal ve çevresel ilkeler doğrultusunda faaliyetlerin planlanmasının gerekliliği turizm kaynaklarının gelecek nesillerin ihtiyaçlarını da karşılayacak olması açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda, bu çalışmada Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü tarafından belirlenen sürdürülebilir turizm göstergeleri çalışmasından faydalanarak, sürdürülebilir sağlık turizmi göstergelerinin hangi unsurları içermesi gerektiği ile ilgili tespitlerde bulunulmuştur.

Kaynakça

- 1.Hazarika, I. (2010), “Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India”, *Health Policy and Planning*, 25, 248-251.
- 2.Hopkins, L., Labonte, R., Runnels, V., Packer, C. (2010), “Medical tourism today: What is the state of existing knowledge?”, *Journal of Public Health Policy*, 31 (2), 185- 198.
- 3.Sağlık Bakanlığı (2011), “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)” Recep Akdağ (Ed.), Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:839.
- 4.Taleghani, M., Chirani, E., Shaabani, A. (2011), “Health tourism, tourist satisfaction and motivation”, *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3 (4), 546-556.
- 5.Vijaya, R. M. (2010), “Medical Tourism: Revenue Generation or International Transfer of Healthcare Problems?”, *Journal of Economic Issues*, XLIV (1), 53-70.
- 6.Çıracı, H., Turgut, S. ve Kerimoğlu, E. (2008), Sürdürülebilir Turizm Gelişimi İçin Bir Yönetim Modeli Önerisi: Frig Vadisi Örneği. *İTÜ Mimarlık, Planlama, Tasarım Dergisi*. 7.2, 89-102.
- 7.Dyllick, T. ve Hockerts, K. (2002), Beyond the Business Case for Corporate Sustainability. *Business Strategy and Environment*. 11.2. 130.141.
- 8.Hardisty, P. E. (2010). *Environmental and Economic Sustainability*. Boca Raton: CRC Press Publishing.
- 9.Malik, S. (2007), “Medical Tourism”, Indian Institute of Management, Ahmedabad, Presentation, June 2007.
- 10.Mengi, Ayşegül ve Algan, Nesrin. (2003), *Küreselleşme ve Yerelleşme Çağında Bölgesel Sürdürülebilir Gelişme: AB ve Türkiye Örneği*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- 11.National Research Council. (2000), *Our Common Journey: A Transition Toward Sustainability*. Washington: National Academy Press.
- 12.Öztürk, Lütfü. (2007). *Sürdürülebilir Kalkınma*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- 13.Shrivastava, P. (1995), The Role of Corporations in Achieving Ecological Sustainability. *The Academy of Management Review*. 20.4. 936-960.
- 14.Sychowski, S. V. (2005), Eco-Tourism: Strategy for Sustainable Development? A Case Study of Las Terrazas. Unpublished Master Thesis. Ottawa: University of New Brunswick, Arts Academic Units of Anthropology.
- 15.Tıraş, H. (2012), Sürdürülebilir Kalkınma ve Çevre: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İ.İ.B.F Dergisi*. 2. 57-73.
- 16.Kahraman, Nazmiye ve Türkay, Oğuz (2009), *Turizm ve Çevre*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- 17.World Commission on Environment and Development (WCED), (1987), *Our Common Future (Brundlant) Report*. No: 42/187. New York.
- 18.Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP). (2003), *Tourism and Local Agenda 21, The Role of Local Authorities in Sustainable Tourism*. United Nations Publications. Paris.



TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ POTANSİYELİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim ÇETİN*

A. Çetin YİĞİT**

Murat AÇIKGÖZ***

ÖZET

Bu çalışma sağlık turizmi ve sağlık turizmi ile ilgili diğer kavramları açıklamakta ve analiz etmektedir. Çalışma sağlık ve turizm kavramları arasındaki ilişkiye değinmekte ve genel bir özetlemeden sonra, turistik amaçlı seyahatler ile turistlerin sağlığı boyutundan farklı şekle dönüşen sağlık turizmi anlayışındaki gelişmelere odaklanmaktadır. Bu kapsamda tıp turizmi, termal turizm ve ileri yaşlar için Türkiye'nin turizm potansiyelini analiz etmektedir. Dünya genelinde ortaya çıkan sağlık amaçlı insan hareketlerinin sonuçlarından yararlanabilmek için Türkiye'nin bugünkü durumunun tespitini yapmakta ve gelecek için öneriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık turizmi, sağlık turizm çeşitleri, sağlık turizmi pazarlaması, turistik ürün.

* Yrd. Doç.Dr.,Lefke Avrupa Üniversitesi Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu Öğretim Üyesi
iletişim:ibrahimcetin01@yahoo.com

**Yrd. Doç.Dr.,Lefke Avrupa Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Öğrt. Üyesi cyigit2002@yahoo.com

*** Uzman, Hacettepe Üniv. Sağlık Hizmetleri Yönetimi Uzmanı

ABSTRACT:

This paper explains and analysis the term health tourism and the other health tourism related concepts. The study explain the relation between tourism and health concepts, and focuses on the developments happened in tourism between visits for touristic purposes and the visits transform to different form from the health of tourists to the health tourism concept. For that purpose, Turkey's medical, thermal and third age tourism potential is being analysed. The paper determines the current situation of Turkey on the name of benefit from the results of movement for helath purpose and suggests the things to do in the future.

The Key Words: Health tourism, types of health tourism, health tourism marketing, tourism product.

1. Giriş

Turizm çok yönlü bir kavram olmakla birlikte sürekli yaşanan yerden başka bir yere gitmeyi, orada kalmayı gerektiren ve gidilen yerde ekonomik, sosyal ve fiziksel koşullarla doğrudan ya da dolaylı olarak bir takım sonuçlar meydana getiren geniş bir kavramdır(Mathieson ve Wall, 1993, s.14). Turizm olayının gerçekleşebilmesi için turistik talebi destekleyen ekonomik ve sosyal koşullar olmakla birlikte buna ek olarak onu çeken ve iten koşullar turistik hareketi yönlendirmektedir. Geçmişten günümüze insanların ticaret, spor, eğitim, dinsel ve sağlık amacıyla seyahat ettikleri bilinmektedir(Kozak ve Bahar, 2011, s.4).

Turizm, 1950'li yıllardan itibaren kitlesel anlamda gelişme göstermeye başlamış ve günümüzün en önemli sosyal ve ekonomik olayı olarak dikkat çekmektedir ve gelecekte de önemini koruyacağı gözlenmektedir. Dünya Turizm Örgütü verilerine göre 1950'li yıllarda dünya genelinde 25 milyon insan uluslararası turizm olayına katılmakta iken günümüzde bu rakam 1 milyarı aşmış bulunmaktadır. Küresel anlamda turizmdeki bu gelişmenin sebepleri şüphesiz ekonomik, sosyal ve teknolojik alanda ortaya çıkan sonuçlarla yakından ilgilidir. Teknolojik alanındaki gelişmeler birçok alanı olduğu gibi turizm olayı için olmazsa olmaz olan ulaşımı kolaylaştırmış, mesafeleri kısaltmış ve maliyetleri azaltmıştır. Ekonomik ve sosyal alanda küresel ve ulusal düzenlemeler bireylerin seyahat ve turizm olayına katılımını teşvik etmiştir. 2012 yılında dünyada seyahat eden sayısı ilkez 1 milyarı (1.035 milyon) geçmiş iken 2013 yılında 52 milyon daha artarak 1.087 milyona ulaşmıştır(Dünya Turizm Örgütü, 2014).

Tablo1. Uluslararası Turizm Hareketleri (milyon kişi)

	1950	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2013
DÜNYA GENELİ	25	434	528	677	807	948	1035	1087
Avrupa	-	261.1	304.0	388.2	448.9	484.8	534.4	563.4
Asya ve Pasifik	-	55,8	82.0	110.1	153.5	204.9	233.5	248.1
Amerika	-	92.8	109.1	128.2	133.3	150.6	162.7	167.9
Afrka	-	14.7	18.7	26.2	34.8	49.9	52.9	55.8
Ortadoğu	-	9.6	13.7	24.1	36.3	58.2	51.7	51.6

Kaynak: World Tourism Organization, 2014

Yıllar itibari ile dünya genelinde hızlı bir şekilde gelişme göstermiş olan turizm, birçok ülke için ekonominin vazgeçilmez bir parçası olarak görülmektedir. Küresel anlamda dünya ekonomisinin yüzde dokuzu (%9) unu küresel ihracatın ise yüzde altısını(%6) oluşturmaktadır. Her on bir işten birisi turizm endüstrisi tarafından sağlanmaktadır. Şüphesiz turizm endüstrisinin bu denli gelişmesinde talep yönünde meydana gelen gelişmelerle birlikte arz yönünde turistik gereksinimleri karşılayabilen ürünlerin turizm piyasasına sunulmasında ortaya çıkan gelişmeler de etkili olmuştur. Bu anlamda kitlesel turistik talep için 1950 li yıllarda sunulmaya başlanan deniz –kum-güneşten oluşan turistik ürün talepte ortaya çıkan gereksinimleri karşılayabilmek için giderek farklılaşmış ve çeşitlenmeye başlamıştır.

Bu çeşitlenme içerisinde turistik amaçlı seyahatlerden biri olan sağlık amaçlı seyahatler ise günümüz itibari ile eskisine kıyasla çok hızlı bir gelişme göstererek “sağlık turizmi” olarak başlı başına bir turizm olayı ve turistik ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada sağlık turizmi ve Türkiye'nin sağlık turizm potansiyeli analiz edilmekte ve gelişmesine yönelik değerlendirmeler aktarılmaktadır.

2. Sağlık Turizmi Kavramı

Sağlık turizmi kavramı konusunda çok çeşitli tanımlar kullanılmakla birlikte genellikle günümüz itibari ile bu tanımın tıp turizmi (medical turizm) olarak yapıldığı görülmektedir ve uluslararası bir kapsamı da ifade etmektedir. Bu anlamda uluslararası sağlık turizmi (medical turizm) kişilerin bir ülkeden başka bir ülkeye sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat etmesidir (Ormond ve Sothern, 2012, s. 1). Sağlık turizmi, sağlığına kavuşmak için ikamet ettiği ülkeden başka bir ülkeye herhangi bir sebeple tedavi amacıyla gidilmesidir (Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012, s.64).

Biraz daha turizmi kapsayacak şekilde ise “sağlık turizmi tedavi amaçlı kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla veya estetik cerrahi operasyonlar, organ nakli, diş tedavisi, fizik tedavi, rehabilitasyon vb. gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür” (Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012 s.22). Suad Imram'a göre ise; tedavi olmak için geçici süre ile ister doktor tavsiyesi ile ister de kişinin kendi isteği ile başka bir ülkeye gitmesi olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte “sağlık turizmi sadece hastanelerde tedavi için gidilen bir turizm çeşidi olarak değerlendirilmemesinin gerektiği ve sağlıklı yaşam sunan her türlü turizmi sağlık turizmi ” olarak ifade etmek daha uygun olabilir.

Sağlık turizmi, turizmin tanımıyla birleştirilerek daha geniş bir kapsamda şu şekilde tanımlamak mümkündür; sağlık turizmi sağlığına kavuşmak, sağlığını korumak, daha da sağlıklı duruma kavuşmak amacıyla bireysel olarak ya da beraberindeki refakatçi bireylerle birlikte bu amaçlarının bütününe ya da bu kapsamda mümkün olabilecek en büyük yararı elde etmek amacıyla sürekli buldukları yerden sağlık olanağı bulunan yerlere yapılan seyahatlerdir. Bu tanım kapsamında seyahatin turizm olayı olarak kabul edilmesinde bazı kriterlerin birlikte dikkate alınıp alınmasından ziyade endüstriye olan katkısının daha önemli olduğu konusunu vurgulamak yerinde olabilir. Bu anlamda teknolojik olanaklar sayesinde bireyler gününbirlik hareketler içinde sağlık hizmetine harcamada bulunmakla konaklama endüstrisinde en az bir geceleme yapmamış olsa dahi endüstrinin diğer kanallarının kullanması dolayısı ile endüstriye yaptığı katkı bakımından turizm olayı olarak kabul edilmesinde bir tereddütün olamayacağı açıktır.

3. Sağlık Turizminin Gelişimi

Tarihsel süreç içinde insanların sağlık amaçlı olarak termal ve mineralli su kaynaklarını kullandığı bilinmektedir.

Yapılan arkeolojik çalışmalara göre termal sular, yaklaşık 10 bin yıldan uzun süredir birçok topluluk tarafından kullanılmaktadır. Asya da bronz çağından bu yana yaklaşık 5000 yıldır termal sular Mısırlılar, Persler, Romalılar, İngilizler ve Türkler tarafından bazen dini ayin bazen de tedavi amaçlı kullanılmıştır. Anadolu da Romalılardan bu yana jeotermal suların kullanımı söz konusudur. Türkiye’de Anadolu da kullanılan kaplıca ve içme adı verilen merkezlerin bilinen kuruluş tarihleri genellikle Romalılara kadar gitmektedir. Sonraki dönemlerde Selçuklular ve Osmanlılar da jeotermal sulardan temizlenme, dinlenme, zindeleşme ve sağlık amacıyla yararlanmışlardır(www.özelhastaneler.org.tr.) Geçen yirmi yıllık sürede bireyler dinlenme ve spor ya da spa olanaklarının olduğu yerlere giderek sağlıklı bir durum elde etme amacıyla seyahat etmekte iken bunun sonucunda daha ileri düzeyde fayda sunan medikal turizm anlayışı ortaya çıkmıştır. 18. Yüzyılda Avrupa’nın bazı bölgelerinde ve daha başka diğer yerlerde, yerel turizmin gelişimine de neden olmuş spa(salus per aquam-sudan gelen sağlık) turizmindeki amaç sağlığın iyileştirilmesi ve daha zinde olmayı amaçlamıştır. 19. Yüzyılda Fransız Pasifik bölgelerinde bulunan yüksek tropik noktalarda dinlenme ve terapi amaçlı turizm hareketleri, sağlık turizmi örnekleridir (Connel, 2006, p.1093).

Sağlık turizminin gelişiminde dünya nüfusunun(özellikle gelişmiş ülkelerde) giderek yaşlanması ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının yüksekliği, bu ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemlerinin yaşadığı sorunlar, ulaşım teknolojilerinde meydana gelen gelişmeler ve bilgi teknolojileri(internet, android vb.) olanakları etkili olmaktadır(Altın, Bektaş, Antep ve İrban, 2012, s. 157). Ayrıca turizmin gelişimine ek olarak sağlık turizminin gelişiminde bazı özel ve temel nedenler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012 s.65);

1. Ülkesinde yüksek teknoloji sağlık hizmetleri ve profesyonel insan kaynaklarının azlığı veya yokluğu,
2. Tedaviyle birlikte tatil yapma arzusu,
3. Sağlık hizmetlerinin kendi ülkesinde pahalı olması,
4. Çok daha kaliteli sağlık hizmeti almak istemesi,
5. Sürekli ikametinin olduğu yerde herhangi bir sebepten dolayı sağlık tedavisinin bilinmesini istememesi,

6. Sürekli yaşadığı yer ya da ülkesinde iklim ve coğrafi şartların tatil için kısıtlı olmaları sunması durumunda ya da yaşanan bölge, yöre ve ülkenin iklim şartlarının yol açtığı rahatsızlıkları, uygun iklim ve coğrafi özellikli yerlere yapılan tatillerle ortadan kaldırma isteği, çoğunlukla termal tesisin ve termal turizm imkanların çok olduğu bir ülkede tatil yapma talebi.
7. Kronik hastaların, yaşlıların ve engellilerin başka ortamlara gitme ve tedavi olma isteklerinin oluşması,
8. Uyuşturucu ve farklı bağımlılıkları olan kişilerin farklı veya daha uygun ortamlarda olma istekleri,
9. Kişinin hayata tutunma ve yaşam isteğidir.

Turizm hareketleri için talebi yönlendiren bazı faktörleri sağlık turizmi içinde uyarlandığında genel olarak şu şekilde değerlendirmek mümkün olabilir;

- a) İten (push) ve,
- b) Çeken (pull) faktörler.

Turizm olayının temelinde insanları harekete geçiren iten(push) ve çeken(pull) faktörlerin etkisi çok önemlidir. Sağlık turizminin gelişmesinde turizmin meydana gelmesi için yeterli satın alma gücü, zaman ve istekten daha fazlası olarak;

- a) İten (push) faktörler: İnsanları buldukları yerden başka yerlere tedavi, güzellik ve iyileşme amaçlı harekete geçiren, iten ve zorlayan faktörlerdir. Bunlar,
 - Tedavi olanağının olmaması,
 - Teknolojik olanakların ve tedavi yeteneğinin eksikliği, yetersizliği, ve düşük kalite,
 - Tedavi bekleme süresi,
 - Tedavi maliyetlerinin yüksekliği,
 - Kentleşme ve beraberinde getirdiği monotonluk ve stresli yaşam koşulları,
 - Özel nedenler (gizlilik vb.)
- b) Çeken (pull) faktörler:
 - Tedavi ve sağlığını geri kazanma olanağının olması,
 - Sağlık teknolojisinin, tedavi yeteneği oranının yüksekliği ve kalitesi,
 - Sağlık sektörünün gelişmişliği ve ülkenin imajı
 - Ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemlerinin çekiciliği,
 - Ulaşım teknolojisindeki ilerlemeler,
 - Hasta ve iyileşme(wellness) olanaklarını destekleyen tamamlayıcıların varlığı,
 - Sosyal ve rekreasyonel olanakların varlığı ve kullanım kalitesi ile
 - Turistik kaynakların çekiciliği çeken (pull) faktörler olarak değerlendirilebilir.

4. Sağlık Turizmi Çeşitleri

T.C. Sağlık Bakanlığı sağlık turizmini; termal turizm, medical turizm, yaşlı ve engelli turizmi, olarak üç ana başlık altında değerlendirmektedir (Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012, s.64).

a). Termal turizm; mineralize termal sular ile çamurların kaynağın yöresindeki çevre ve iklim faktörleri ile birlikte insan sağlığına olumlu katkı sağlamak üzere doktor denetimi ve programında fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destekli kur uygulamaları ile birlikte yapılan turizm hareketidir. Termal Turizm; Termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamaları yanı sıra termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm türüdür. Termal Turizm: Termal turizm tesisleri termal mineral suların kullanıldığı termal otel, kür parkı, kür merkezi birimlerine ek olarak (S. Turizm El Kitabı 2012 s.21);

- Kaplıcalar/ Banyolar
- İçmeceler / Maden suları
- Gaz / Solunum kürleri
- Thalasso terapi merkezleri
- Çamur banyoları
- Klima terapi kürleri ve Fizik tedavi hastaneleridir.

b). Medical (tıp turizm)Turizm: Sağlık turizmi (medical turizm) kişilerin bir ülkeden başka bir ülkeye sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat etmesidir (Ormond ve Sothorn, 2012, s. 1). Medical turizm hastanelerde uzman doktorlar veya kişilerce yapılan bir süreçteki işlemler bününü kapsamaktadır. Bu anlamda kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi, cyberknife, gammaknife gibi ileri tedavi yöntemleri; böbrek, karaciğer ve kalp gibi transplantasyon cerrahisi; tüp bebek intravaginal fertilizasyon (IVF) gibi infertilite uygulamaları; saç ekimi, yüz germe ve burun estetiği gibi plastik ve rekonstrüktif cerrahiler, göz, diş, diyaliz tedavileri şeklinde uygulandığı görülmektedir (Kostak 2007; Sameer 2012). Bu kapsamda Asya’da sağlık turizmi ile öne çıkan Singapur, uluslararası sağlık turizminden 2015 yılında on yedi milyon sağlık turisti ve otuz milyar dolar geliri hedeflemektedir (Lee, 2010, s. 2010).

c). Yaşlı ve Engelli Turizmi. Geriatrik tedavi merkezi veya yaylalarda sosyal aktivitelerle birlikte uzun süreli konaklamalar. “Sosyal aktiviteler ve uzun süreli konaklamalar” kavramları turizm ve sağlık konularının ve ilgili kavramları ile birlikte değerlendirildiğinde bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması doğrultusunda uygun politika, planlama ve yönetim anlayışlarının geliştirilmesini ve uygulanmasının gereğini de ortaya çıkarmıştır.

Sağlık turizmi birçok unsuru kapsamaktadır. Sağlık turizmini bireylerin sağlık gereksinimlerini karşılayabilme yeteneği bakımından çeşitleri ile bir bütün olarak ele alındığı görülmektedir. Gonzales, Brenzel ve Sancho sağlık turizminde sunulan hizmetleri üç ana başlıkta incelemektedir. Dünyada sağlık turizmi denildiğinde tanım içine dâhil edilebilecek sağlık turizmi çeşitleri tıp turizminden hariç; sağlık-güzellik, tedavi ve rehabilitasyon (iyileştirme) başlıkları adı altında verilen hizmetler olarak Tablo 2’de görüldüğü şekilde sınıflandırılmıştır (Gonzales, A., Brenzel, L. And Sancho, J., 2001, p.20).

Tablo 2. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık-Güzellik	Tedavi	Rehabilitasyon
* SPA	* Elektif cerrahi	* Diyaliz
* Doğal turizm	* Plastik cerrahi	* İlave programlar
* Eko turizm	* Eklem replasmanı	* Yaşlı bakımı programları
* Kitle turizmi	* Kardiyotorasik servisler	* Bağımlılık tedavileri
* Bitkisel tedaviler	* Diagnostik servisler	
* Tamamlayıcı tedavi	* Kanser tedavisi	
	* İnfertilite tedavisi	

Kaynak: GONZALES, A., BRENZEL, L., SANCHO, J.,(2001);”Health Tourism and Related Services = Caribbean Development and International Trade”, Final Report, p.20.

Sonuç olarak sağlık turizmi, sağlık- güzellik, tedavi ve rehabilitasyon gibi herbiri farklı fonksiyon üstlenmiş bölümlerin birleşmesi ile tek bir sağlık turizmi ürünü olarak sunulduğu ve sunulabileceğini göstermektedir. Özellikle Türkiye'nin bu anlamda ortaya çıkan sağlık turizmi olayından çok iyi yararlanabileceği potansiyelinin farkedildiği görülmektedir.

5. Türkiye'de Sağlık Turizmi Potansiyeli

Çalışmada Türkiyenin sağlık turizm potansiyelini değerlendirmeyi “arz” ve” talep” yönünden değerlendirmek daha doğru bir yaklaşım olarak benimsenmiştir. Türkiyenin sağlık turizmi potansiyelini değerlendirmeden önce turizmdeki durumunu kısmen ortaya koymanın daha yararlı olacağı düşünülmektedir. Türkiye 1980’li yıllardan itibaren çeşitli politikalarla turizmi destekleyerek, ekonomik ve sosyal yönden yararlanmaya çalışmaktadır. Yıllar itibari ile konaklama arz kapasitesini, turist sayısını ve gayrisafi milli hasılaya olan katkısını artırdığı görülmektedir. Tablo3’de son on yıllık dönemde Türkiye’ye gelen turist sayısı gelir ve turistlerin ortalama harcama düzeyleri görülmektedir.

Tablo-3: Türkiye’ye Gelen Uluslararası Ziyaretçi Sayısı, Turizm Geliri ve Ortalama Harcama Düzeyi

YILLAR	TURİZM GELİRİ (1000 \$)	ZİYARETÇİ SAYISI	ORTALAMA HARCAMA (\$)
2003	13 854 866	16 302 053	850
2004	17 076 606	20 262 640	843
2005	20 322 112	24 124 501	842
2006	18 593 951	23 148 669	803
2007	20 942 500	27 214 988	770
2008	25 415 067	30 979 979	820
2009	25 064 482	32 006 149	783
2010	24 930 997	33 027 943	755
2011	28 115 692	36 151 328	778
2012	29 007 003	36 463 921	795
2013	32 310 424	39 226 226	824

Kaynak: TURSAB, 2014

Tablo 3’te görüldüğü gibi 2003-2013 yılları arasındaki on yıllık süreç içinde Türkiye’ye gelen turist sayısının ve gelirinin sürekli arttığı görülmektedir. Şüphesiz Türkiye’nin turizmden elde edeceği yararların artırılabilmesi için başvuracağı en önemli politikalarından birisi turistik ürün çeşitlendirme politikası olarak görülebilir. Bu kapsamda Türkiye’nin 2023 turizm stratejisinde “sağlık turizmine” öncelik verilmiş olmasının gerekli ve isabetli olduğu düşünülebilir.

Türkiye’nin turistik ürün arzı yönünden sahip olduğu en önemli ve değerli kaynaklarının başında termal ve mineralli su kaynakları gelmektedir. Sağlık turizmi kapsamında bir alt çeşit olarak termal turizm, alışıla gelmiş olan fonksiyonlarının yeni olarak farkedilmiş olması Türkiye’nin sahip olduğu termal kaynakların daha etkin kullanımını zorunlu kılmaktadır. Romalıların uzun yıllar öncesinden ağlık sorunlarını gidermede termal su kaynaklarından yararlandığı ve Roma Hamamı kavramının ortaya çıktığı bilinmektedir. Bunun yanında dünya turizm talebi içerisinde Türk Hamamı kavramının turistik ürün olarak ülkeye gelen neredeyse her uluslararası turiste satıldığı gözlenmektedir. Türkiye’yi ziyaret eden turistlerin mutlaka ziyaret edilecek yerler listesinde Türk Hamamı yer almaktadır. Termalsu bulunan yörelerde ise su, havuzlarda da kullanarak Türk Kaplıca Hamamı tarzı geleneği, ülkemizin zengin mineralli sıcak su kaynakları sayesinde güçlü bir sosyokültürel bir olgu olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Kaplıcaların sağlığı koruma geliştirme, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı modern kullanımı ise Avrupa, Asya, Afrika ve Güney Amerika da son

on yılda daha bilimsel ve etkin olarak kullanılmaya başlandığı görülmektedir. (www.ozelrastaneler.org.tr).

Genel olarak termal turizmin ülke turizmine sağladığı yararlarından bazılarını şu şekilde sıralamak mümkündür;

- Mevsimlik turizmin dışında turizmin tüm yıla yayılmasına imkan sunması
- Turizm işletmeleri için yüksek düzeyde doluluk imkanı sağlaması
- Yüksek düzeyde ve nitelikli personel istihdamını sağlaması
- Mevcut ya da geliştirilebilecek farklı turizm türleri ile kolay bütünleşme sağlaması ve bu sayede bölge ve yörelerin dengeli turizm gelişmesine olanak sunması
- Termal turizm işletmeleri insan sağlığını iyileştirici özelliğine ek olarak rekreatif olanaklar sunması sayesinde sosyal bir yarar sağlaması ve bu sayede ortalama kalış süresini de arttırması
- Kür merkezi imkanlarına sahip turizm işletmelerinin geri dönüş oranının yüksek, karlı ve rekabet üstünlüğüne sahip yatırımlar olması girişimciler için bir cazibe kaynağı özelliğini taşımasıdır.

Termal turizmüne yönelik yatırımları teşvik etmek amacıyla 1993 yılında termal suların kullanımı ile ilgili bir yönetmelik değişikliğine gidilerek, jeotermal suların kullanımı konusunda radikal düzenlemeler getirilmesi ile ihtiyaç fazlası jeotermal suların turizm yatırımlarına kiralanması termal turizmüne yönelik sağlık amaçlı tesislerin kuruluşunu da desteklemiştir. Buna bağlı olarak Afyon, Pamukkale, Bursa, Kızılcahamam, Kuşadası ve Çeşme de termalizm alanındaki ilk örnekler görülmüştür. Buna rağmen Türkiye'nin jeotermal su kaynakları bakımından zengin potansiyeli Almanya vb. gibi ülkelerle kıyaslanıldığında oldukça azdır.

Arz yönünden diğer bir husus ise Türkiye'nin vatandaşlarına verdiği sağlık hizmetine ek olarak tıp (medical) turizm kapsamında uluslararası sağlık turistlerine hizmet verebilecek hastane, doktor, hemşire ve teknik donanım ile bilgi ve teknolojiye sahip olmasıdır. Devlete ait sağlık kurumlarının yanında özel sektöre ait sağlık kurumlarının bu alanda talebi çekmede daha etkili olduğu görülmektedir.

Özel hastanelerin arasında 450-500 yataklı büyük tedavi kurumları olduğu gibi, 40-50 yataklı küçük klinikler de bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, özel hastanecilik irili ufaklı olarak ülke geneline yayılmakla birlikte, ağırlıklı olarak büyük kentlerde yoğunlaşmıştır. İstanbul, mevcut potansiyeli ile tedavi amaçlı sağlık turizminde Türkiye'nin en önemli merkezi durumundadır. İstanbul'un tarihi özellikleri, alışveriş imkânı, eğlence hayatının çeşitliliği gibi pek çok özelliği de, tedavi amaçlı sağlık turizmi için önemli merkez olmasını destekler niteliktedir. Antalya'da, mevcut hastanelerinin yanında diğer turistik özellikleri ile birlikte, tedavi amaçlı sağlık turizmi açısından ikinci önemli merkezdir. Antalya ayrıca turistik tesis arz kapasitesi bakımından Türkiye'nin en önemli merkezidir. Tedavi amaçlı sağlık turizmi için Antalya bölgesinde yapılacak yatırımlar, turizmde mevsimselliğin yarattığı atıl kapasite ve istihdamı değerlendirmek açısından önem taşımaktadır. Türkiye'deki özel, üniversite ve bazı Sağlık Bakanlığı hastanelerinin teknik ve klinik donanım açısından yeterli olduğu, ancak para medikal ve destek personelin yeterli yabancı dil bilgisinin olmadığı söylenebilir. Tedavi amaçlı sağlık turizmi açısından Türkiye'de bulunan özel, üniversite ve

kamu hastanelerinde yapılan alt yapı araştırmasında şu sonuçlara ulaşılmıştır (Tengilimoğlu 2007):

* Kamu hastanelerinde, özel ve üniversite hastanelerine göre daha fazla fiziki ve teknolojik altyapı yetersizliği sorunu tespit edilmiştir. Ayrıca, kamu hastanelerinin %20'sinde sağlık turizmüne yönelik birim bulunmasına karşın, özel hastanelerin %52'sinde sağlık turizmüne yönelik bir birim bulunmaktadır.

* Kamu hastanelerinde (%36 dil bilme oranı), özel (%65) ve üniversite hastanelerine (%75) oranla daha az sayıda yabancı dil bilen personel bulunmaktadır.

* Özel hastaneler (%50) yönlendirme levhalarını/uyarı işaretlerini yurt dışından gelen hastaların anlayacağı şekilde konumlandırırken; kamu hastanelerinde (%33) bu oran daha düşüktür.

* Özel hastanelerin %42'sinde yurt dışından gelen hastaların farklı inançlarına uygun yemek, din görevlisi gibi imkânları sağlarken; kamu hastanelerinin %10'unda bu imkânlar sağlanabilmektedir.

* Özel hastanelerin %36'sı farklı dillerden hastalarla iletişim kurmak için anlaşmalı çevirmen bulunurken; kamu hastanelerinin sadece %1'inde anlaşmalı çevirmen bulunmaktadır.

* Kamu hastanelerinin, özel ve üniversite hastanelerine göre internet, dergi, gazete, broşür ve tur operatörleri gibi tanıtım araçları aracılığı ile tanıtımdan daha az yararlandığı saptanmıştır.

Sağlık turizmüne, her geçen gün yatırımcılar tarafından daha fazla önem verilmesine rağmen; Türkiye henüz sahip olduğu potansiyeline uygun bir pazar payına ulaşamamıştır.

Devlet Planlama Teşkilatı'nın planlarında da görüldüğü gibi Türkiye, turizmin mevsimlik ve coğrafi dağılımını düzenlemek ve dış pazarda değişen tüketici tercihlerine yönelik yeni potansiyel alanlar yaratmak için sağlık turizmüne önem vermektedir. Amacı, gerek rehabilitasyona ihtiyacı olanların, gerekse diğer hastaların olumlu çevre koşullarında, kaliteli ve daha ekonomik olarak hastalığını iyileştirmek, sağlığını korumak ve geliştirmek olan tedavi amaçlı sağlık turizmi için Türkiye'nin pek çok avantajları bulunmaktadır. Bu avantajlar şu şekilde sıralanabilir (Tengilimoğlu 2005):

- Türkiye'deki sağlık hizmetleri diğer ülkelere kıyasla daha ucuzdur. Yani fiyat avantajı bulunmaktadır.

- Türkiye'deki hastanelerin yatak kapasiteleri ve hekim kaliteleri yeterlidir.

- Türkiye, Avrupa ülkelerine ve Orta doğu ülkelerine yakındır.

- Türkiye, batı ülkeleri ile entegre olan Müslüman bir ülkedir. Böylelikle hem batı, hem de Müslüman ülkelerdeki hastalara hizmet verebilmektedir.

- Kamu hastanelerinde tam olmasa da özel hastanelerde yeterli sayıda yabancı dil bilen personel bulunmaktadır.

- Türkiye, coğrafi olarak Asya ile Avrupa'nın ortasında yer almaktadır.

- Avrupa Birliği ülkeleri arasına giriş için süreç başlamıştır..

Türkiye'nin sağlık turizm potansiyeli “talep” yönünden değerlendirilecek olduğunda dünya genelinde önemli bir çekiciliğe sahip olduğu ifade edilebilir. Günümüzde

dünyada medical turizm(tıp turizmi) bakımından adeta çok hızlı ortaya çıkmış bir talep patlamasından söz etmek mümkündür. Birçok insan (hasta) ülkesinde tedavi bekleme süreleri, tedavi maliyetleri ve ileri teknoloji gibi sebeplerden dolayı hizmet almak için yurt dışına çıkmaktadır. Bu çıkış tersine küreselleşme olarak gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru bir yön göstermektedir(Connel, 2013, s.1-2).

Türkiye'nin, sağlık turizmi talebi açısından giderek artan şekilde rağbet gördüğü istatistiklerden anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmaya göre 2004 yılının ilk on ayında özel hastanelere tedavi amaçlı gelen yabancı hasta sayısı 39.404'dür. Yurt dışından gelen bu hastaların 26.198'i ayakta tedavi olurken, 13.206'sı yatarak tedavi olmuştur. Bu sayıya kamu hastanelerine gelenler de dâhil edildiğinde tedavi amaçlı gelen hasta sayısının 50.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. 2008 ve 2012 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı araştırmaya göre ülkemizde tedavi alan hastaların özel ve kamu kurumlarına göre dağılımı Tablo 4'te görüldüğü gibidir. (Tengilimoğlu 2001; www.saglik.gov.tr).

Tablo 4. Yıllar İtibari ile Türkiye'ye Gelen Sağlık Turistlerinin Özel Ve Kamu Kurumlarına Göre Dağılımı

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	6 yıllık dönem
Özel	56,276	70,519	77,003	114,329	186,000	-	504,127
Kamu	17,817	21,442	32,675	41,487	84,000	-	197,421
Toplam	74,093	91,961	109,678	156,176	270,000	480,000 (Kaynak:TURSAB,2014)	1181,908

Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu

Tablo incelendiğinde her yıl artan şekilde sağlık turistinin Türkiye'ye geldiği görülmektedir. TÜRSAB'ın yaptığı araştırmaya göre ise yine 2013 yılında iki buçuk (2.5)milyar dolar gelir elde edilmiştir. Tedavi amaçlı seyahatlerde hastaların yüksek miktarda harcama yaptıkları görülmekle birlikte standart bir rakamdan bahsedilemeyeceği ve Connel'e göre ise yetersiz ve güvenilir olmadığı(Connel, 2013, s. 1) vurgulanmaktadır. Bu tepit bir yana, 2013 yılında Türkiye'ye gelen sağlık turistlerinin ortalama harcamalarının beşbin ikiyüz (5200) dolar olduğu da görülmektedir. Rasyonel olarak değerlendirildiğinde bu rakam yaklaşık sekizyüz (824) dolar olan diğer amaçlı seyahatlere kıyasla oldukça yüksektir. Harcamanın kapsamındaki detaylara ulaşılammakla birlikte olası nedenler olarak; tedavinin özelliği ve maliyetleri, kalış süresi ve beraberindekilerle birlikte dinlenme ve diğer fatörleri ileri sürmek çok iddialı olmayabilir.

Tablo 5. Medical Turizm Kapsamında Türkiye ye Gelen Hastaların Kliniklere Göre Dağılımı 2012

Göz Hastalıkları	Ortopedi ve Travmatoloji	İç Hastalıkları	Kulak-Burun boğaz	Kadın Hastalıkları	Genel Cerrahi	Ağız ve Diş	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Deri ve Zührevi	Çocuk Sağlığı ve	Diğer
20812	17498	16979	14300	14291	10266	9908	6713	6545	6003	46137

Kaynak: Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu (2013), s.38.

Medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hastaların kliniklere göre dağılımı tabloya bakıldığında 20.822 ile göz hastalıklarının ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Diğer alanlar ise Onkoloji, Kardiyovasküler ve Estetik Cerrahisi bunu izlemektedir.

6. Türkiye’de Sağlık Turizminin Geliştirilmesi

Turizm sektörü birçok ülke için klasik döviz getirme ve ödemeler bilançosunu düzenleme etkisinin yanında ülke ekonomileri için çok daha fazla katkı yaptığı kanıtlanmıştır. Bu durum yeni turistik bölgelerin(destinasyon) ortaya çıkması ile bölgeler arasında rekabeti de şiddetlendirmektedir. Bu durumda ülkelerin Porter’ın da ifade ettiği çeşitlendirme stratejisi rekabet avantajı sağlayabilir. Turistik ürün çeşitlendirmesi içinde de “sağlık turizmi” bir turistik ürün çeşidi olarak ülkelerin turizm politika ve planlarında yer alarak desteklenmesini gerektirir. Türkiye sağlık turizmi konusunda 2010 yılında kurduğu Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı ile yasal anlamda sağlık turizmi politikasını benimsediğini göstermektedir. Koordinasyon birçok alanda önemli olmakla birlikte turizmde çok daha büyük önem taşımaktadır ve sağlık ile turizmin koordinasyonu ise başarı için elzemdir. Türk turizminde şimdiye kadar ağırlık, kitle turizminde olmuştur. Kitle turizmi, yaz sezonu ile sınırlı, rekabetin yüksek ve talebin değişken olduğu düşük gelir seviyesindeki turist kitlelerine hitap eden bir turizm çeşididir. Ülke ekonomisine sağladığı katkı yadsınamazsa da kitle turizmine odaklı çeşitlendirilmemiş bir turizm sektörünün uzun vadede ekonomiye etkisinin beklenenin altında kalacağı bir gerçektir. Dünya turizminin eğilimleri ve tüketici profili değişmekte, deniz, kum ve güneş odaklı tatil anlayışı yerini farklı ihtiyaçların karşılanmasına yönelik turizm anlayışına bırakmaktadır. Bu durum ülkeleri, alternatif turizm kaynaklarını etkinleştirme yolunda zorlamaktadır (Kostak 2007).

Gerek hizmet gerek ürün olsun tüketiciye ulaştırılabilmesi için pazarlama çabalarını gerektirmektedir. Pazarlama çabalarındaki amaç nihai kullanıcı ya da tüketici ile ürün ya da hizmetin biraraya gelmesini sağlamaktır. Sonuç olarak sağlık amaçlı seyahat etme isteğinde olan hastaların bu isteklerine karşılık verebilecek, tedavilerini, iyileşmelerini ve daha sağlıklı olmalarına imkan sağlayacak olanaklarla buluşabilmeleri önemlidir. Sağlık turizminin geliştirilebilmesi ve yaygınlaştırılabilmesi için tüm insanların eşit sağlıklı yaşama hakkına sahip olduğu olgusunun öncelikle benimsenmesinin doğru olduğu düşünülebilir. Nasıl ki her birey seyahat etme özgürlüğüne sahip ise her birey de eşit olarak sağlık hizmetlerinde yararlanabilme olanağına kavuşabilmelidir. Bu anlamda bazı ülkelerin sağlık politikalarında gelirleri düzeyleri itibari ile vatandaşların sağlığını tehdit edebilecek yönelimlerin gelir getirirse de insanın mutluluğuna katkı edemeyeceği ve mutluluğun maddi unsurlarla ölçülemeyeceğinin dikkate alınması başarıyı artırabilir.

Durum itibari ile mevcut olan sağlık pazarlamasındaki güçlükleri hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma getirmek için bazı konuları dikkate almak yararlı olabilir. Rekabete dayalı serbest piyasa ekonomisine geçişle birlikte son on yıllarda sağlık sektöründe köklü değişikliklerin olmaya başladığı görülmektedir. Hemen hemen her gün yeni bir özel sağlık kuruluşu hizmete girmektedir. Bu kuruluşlar beş yıldızlı otelleri aratmayacak konfora ve yeni teknolojiye sahiptir. Sağlık sektöründe görülen bu değişim hastaneler arası rekabeti artırmıştır bu da beraberinde sağlık işletmelerini pek çok pazarlama çabalarına girmeye itmiştir. Ancak sağlık hizmeti kuruluşlarına hep kar beklenmeyen kuruluşlar olarak bakılması nedeniyle pazarlama faaliyetlerinin gelişimi hep eleştirilere maruz kalmıştır. Bu eleştiriler (Karafakioğlu 1998);

- Pazarlama sağlık sektöründe uygulanmasının zor olduğuna yönelik algı,
- Pazarlama kıt kaynakların boşa harcanmasına neden olur,
- Pazarlama saldırgandır,
- Pazarlama yönlendiricidir,
- Pazarlama kalitenin düşmesine neden olur,
- Pazarlama rekabete neden olur,
- Pazarlama gereksiz talep yaratır,
- Pazarlama hastalar arasında ayırım yapılmasına neden olur.

Sağlık hizmet pazarlamasının başarısı sağlık kuruluşları ile sağlık hizmeti alıcısının doğrudan ilişkisine bağlıdır. Dolayısıyla hasta faktörü önem kazanmaktadır. Bu nedenle medical turizm kapsamında hastaneler hedef kitlelerini iyi bilmeli ve hastalarını (müşteri) iyi tanımalıdır. Hasta tiplerini tanımlamalı ve hizmet verebileceği hasta (müşteri) tiplerine göre hizmetler geliştirmelidir. İşletmelerin hedefledikleri satış performansını sağlayabilmeleri için hazırlanmış olan materyallerin etkili bir şekilde kullanılmasından, doğru müşterinin seçimine, bu seçimlerin net bir şekilde analiz edilmesine, müşteriye verilen mesajların doğru aktarılmasına kadar birçok konuda başarı sağlanması ancak eğitilmiş ve yetişmiş personellerle mümkündür (Özbey 2003).

İşletmelerin verimlilik, karlılık, müşteri memnuniyeti ve nihayetinde bağlılık sağlayabilmesi için bütünleşmiş pazarlama faaliyetlerinden oluşan pazarlama stratejileri üzerine bilimsel yöntemlerle çalışmaları gerekmektedir. Hizmet işletmeleri için günümüz rekabetçi sağlık hizmetleri piyasasında baslıca üç pazarlama stratejisi olan(Çelik 2009);

- Rekabetçi Farklılaşma,
- Hizmet kalitesi,
- Verimlilik artışı

olduğu bilinmektedir.

Rekabetçi Farklılaştırma; işletmelerin fiyat rekabetinden korunabilmeleri için farklı bir öneri, sunum ve imaj geliştirmeleri ve kendilerini diğerlerinden farklılaştıran bir niteliklerinin olması gerekmektedir. Farklılaşma üründe olabilir. Bu kasamda sağlık turizmi bir turistik ürün olarak bileşenleri ile birlikte değerlendirilerek farklılaştırması sağlanabilir. Sağlık turizmini yararlananlar bakımından turistik bir ürün olarak tanımlamak pazarlamada etkili olma bakımından önemlidir. Sağlık hizmetinin bir ürün olarak ortaya çıkabilmesi için, ürünü

kullanıcılara dönük bir yarar vaadi sunması gerekmektedir ve bu yarar sağlık ile ilgili ihtiyaçların karşılanabilmesi yeteneği ile sağlık turisti tarafından değerlendirilmektedir. Turistik ürün, "turistin seyahati boyunca yararlandığı konaklama, yeme-içme, ulaştırma, eğlence ve diğer bir çok servislerin bileşimidir" şeklinde ifade edilmektedir(Oral, 1988, s. 96). Sağlık turizminde ise sağlığına kavuşma, koruma ve sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için sağlık ve turizm endüstrisinin sunduğu arz bütünlüğünün olması koşulu sağlık turizminde istenilen başarıyı yakalama şansını artırabilir. Sağlık turizminin gelişimi öncesinde ve klasik anlamda turistik ürünün bileşik bir özellik göstermesinden dolayı kendisine bileşik özelliği katan hizmet ile faaliyetlerin özelliklerini şu şekilde görmek mümkündür;

- Konaklama yerleriyle ilgili hizmet ve faaliyetler: Turistlerin konaklama ihtiyacına yönelik hizmetlerin verilmesi, alt yapının gelişmiş olması, yerel yönetimler ve kamu yönetimlerinin çalışmaları yapması şeklinde olmaktadır.
- Yeme-içme ile ilgili hizmet ve faaliyetler: Turistlerin yeme-içme ihtiyacının karşılayacak tarım ve gıda endüstrisi ile ilgili faaliyetlerdir.
- Ürünlerin kaynak yerlerinden alınmaları ve işlenmeleri ile ilgili hizmet ve faaliyetler:
- Boş zamanların değerlendirmeleri ile oluşan hizmet ve faaliyetler: Bu hizmet ve faaliyetler turizm için çok önemli olmakla birlikte, bu durumları itibariyle turistik ürün açısından tek başına pek önemi yoktur. (Usta, 1988, s. 166). Bu hizmet ve faaliyetlerin, doğal güzelliği olan alanların, deniz, orman, tarihi ve kültürel zenginliğin birleşmesiyle sağlık turistleri için düzenlenerek çekici oluşturması önemlidir. Tedavi yada iyileşme amaçlı alınan sağlık hizmeti turistik ürünü tamamlayan bileşenler ile birleştirildiğinde sağlık ve turizm eşleşmesi daha anlamlı olabilir.

Pazarlama stratejilerinden diğeri sağlık işletmelerinin sunduğu hizmetin kalitesidir..Hizmet Kalitesi; Bir işletme yüksek hizmet kalitesi sunarak kendini diğer işletmelerden farklılaştırabilmektedir. Ancak hizmet kalitesinin tanımlanması ve kesin bir yargıya varılması ürün (mamul) kalitesine göre daha güçtür. Ancak bu zorluğa rağmen müşteri sadakati sağlamak, kalitenin en iyi ölçüsü olabilmektedir.

Sağlık turizmi talebi ve yönetimi konusunda önemli konulardan birisi uluslararası akreditasyondur. Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış bir takım koşulları sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir değerlendirme sürecidir. Hastanelerde akreditasyon, hizmet sunumu konusunda belirlenmiş standartlara uygunluğu, konularında uzman dış denetçiler tarafından değerlendirildiği bir sistemdir (www.kalitesaglik.gov.tr). Tedavi amaçlı sağlık turisti üzerinde etkili olabilmek ve talebi çekebilme, ayrıca sürekli kılabilme için uluslararası akredite veren saygın kuruluşlardan onay almak gerekmektedir.

Önerilen diğer husus ise verimlilik artışının sağlanmasıdır. Maliyetlerin giderek yükselmesi ile hizmet sunan işletmeler, hizmet verimliliğini arttırabilmede baskı altındadır. Bu nedenle çalışan verimliliğinin arttırılması hizmet verimliliğini de arttıracığından çalışanların niteliklerinin yükseltilmesi amaçlı eğitimler düzenlenebilir ya da daha nitelikli çalışan alınmasına gidilebilir.

Sağlık kurumlarının içinde bulunduğu çevre, sürekli bir değişim içindedir. Yaşanan bu değişimler, sağlık kurumunu bir yandan tehdit ederken, diğer yandan da çeşitli fırsatlarla karşı karşıya getirmektedir. Sağlık kurumunun dinamik ve değişken çevrede yaşamını devam ettirebilmesi ve uzun dönemli hedeflerini gerçekleştirebilmesi, karşısına çıkan tehditlerden

korunabilmesine, fırsatlardan yararlanabilmesine bağlıdır. Sağlık kurumları yöneticisi karşısında çıkan tehditlerden korunabilmek ve fırsatlardan yararlanabilmek için, kurumunun güçlü ve zayıf yönlerini analiz ederek tespit etmek zorundadır (Kavuncubaşı 2000).

7. Sonuç ve Öneriler

Kavram olarak gerek “sağlık turizmi” gerek ise “sağlık amaçlı seyahatler” olarak ne şekilde ifade edilirse edilmekte olsun, günümüzde eskiden olduğundan daha fazla olarak bir çok insan sağlığına kavuşmak, daha sağlıklı olmak ve güzelleşmek amacıyla buldukları yerlerden başka yerlere, başka ülkelere ve kıtalara doğru seyahat etmektedirler. Bir çok sayıda insan hareketinin temel nedeni sadece tek bir sebep olan “sağlık” sebebi ile olması teknik olarak “sağlık turizmi” olarak ifadeyi de beraberinde getirmesi doğal bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Sağlık turizmi olarak ortaya çıkan bu hareketten birçok ülke ekonomik olarak fayda elde etmeye başlamıştır. Bu amaçla Türkiye, turistik ürün çeşitlendirmesi politikası içinde belirlediği “sağlık turizmi” politikasından birçok yarar hedeflemektedir. Bu yararın elde edilebilmesi için bazı alanlarda yapılmasının yararlı olabileceği düşünülen husular aşağıda öneri olarak verilmektedir. Bunlar;

1. Sağlık turizminde rol oynayan ve ülke arzını oluşturan hastanelerde sağlık turizmi pazarlamasına yönelik kurumsal stratejiler geliştirilmelidir.
2. Sağlık turizminde çekim ivmesi yaratan hastalık veya tedavilere yönelik özel dal hastaneleri veya tıp merkezlerinin kurularak daha kaliteli hizmet sunumunun sağlanması gerekmektedir.
3. Sağlık Bakanlığı ve Turizm Bakanlığı arasında yapılacak protokollerle sağlık turizmi hizmeti veren sağlık bakım sunucuları desteklenmelidir.
4. Sağlık turizmi hareketleri, oluşturabilecek bilgi sistemlerine entegre edilerek bu alandaki veri eksiklikleri giderilmeli ve stratejik planlamalara zemin hazırlayacak ve kullanılacak istatistik veri tabanı oluşturulmalıdır.
5. Pazarlama faaliyetlerinin stratejik bakımdan ele alınması yararlı olabilir. Bu kapsamda coğrafi, demografik davranışsal pazarlama bölümlenmeleri yapılarak hedef pazarlara ulaşmada etkinlik sağlanabilir.
6. Sağlık turizmi kapsamında hizmet veren işletmelerin kalitelerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi, standartlaştırılması ve uluslararası akreditasyon veren kuruluşlarca tatınmışlığının sağlanması talep üzerinde etkili olabilir.
7. Sağlık turizmi, uluslararası rekabete açık bir turizm türü olması nedeniyle, sağlık işletmelerinin bir bütün olarak rekabet avantajı sağlayacak alanlarda uzmanlaşmasının sağlanması ve rekabet avantajı olarak ücret, maliyet ve kalite konularında optimum denge kurabilecekleri stratejileri benimsemeleri yararlı olabilir.
8. Sağlık hizmeti sunan personelin nitelik ve niceliklerinin artırılması sağlanmalıdır. Bu anlamda hastalarla süreç öncesi ve sonrasında iletişimi sağlayacak yabancı dil bilen personel yetiştirilmesi gerekmektedir.
9. Öncelikli olarak hedef pazarlama kapsamında pazar araştırmalarının yapılması, hedef kitlelerin belirlenmesi, analiz edilmesi ve talebi yönlendirecek planlama ve pazarlama yöntem ve faaliyetlerinin yerine getirilmesi gerekmektedir.



10. Sağlık turizmi alanında sağlık bakım sunucularının herbirinin güçlü bir marka imajı yaratma stratejisi içinde sağlık turistleri algısında değer yaratn bir konumlandırma yapabilmeleri ağlanmalıdır.
11. Devletin de yol göstericiliği ile sağlık alanında karşılıklı anlaşma ve protokoller ile sağlık turizmine destek veren uluslarası sağlık sigortası ve sistemine uyumun sağlanması yararlı olabilir.
12. Hastanın sağlığına kavuşma isteği ile oluşan durumu seyahat hareketi ile başlangıcı ve öncesi, tedavi süreci, tedavinin tamamlanması ve sonrası aşamalarını bütün bir süreç olarak ele alınması ve hizmetin sağlık donatıcılarında verilmesinden sonraki durumlarında da kontrol ve takibinin yapılması ile hasta tatminine odaklanması yararlı olabilir.
13. Termal turizm tesislerinin niteliksel olarak sayısının artırılmasının yanında kalitelerinin artırılması ve sağlık bakanlığı ile ürün ve hizmetlerinin yakından ve sıkı denetiminin sağlanması yararlı olabilir.
14. Sağlık sunucularında verilen hizmet ile hizmet sonrası hastanın gereksinim duyacağı alanlarda hastalara yönelik turistik ürün geliştirme çabalarının yapılması ve dinlenme-eğlenme (recreation) alanlarının oluşturulması gerekmektedir. Hastaların sağlık durumlarına uygun turistik ürün paketleri geliştirilebilir.
15. Ülke içinde ileri yaş vatandaşlar için iklim ve coğrafi koşulları ve turistik çekicilikleri uygun olarak belirlenecek yörelerde, bölgelerde bu yaş insanı için uygun işletmeler kurulması ya da işletmelerin sağlık turizmine uyarlanması yararlı olabilir.

Kaynakça

- 1.ATAÇ, M. (2005), “Turizm Sağlığından Sağlık Turizmine”, Ankara: Hastane Dergisi.
- 2.ÇELİK, A. (2009), “Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama” İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Programı Yüksek Lisans Tezi
- 3.COCKERELL, N. (2007), “SPAs and Health Resorts in Europe: Travel and Tourist Analyst”, Travel and Tourism Analyst, p.151.
- 4.CONNEL, J., (2013). Contemporary Medical Tourism;conceptualisation, culture, and commodification, Tourism Management 34, s.s.1-13.
- 5.CONNEL, S., (2006). Medical Tourism; Sea, sun, sand and ... surgery Tourism Management 27, 1093-1100.
- 6.GONZALES, A., BRENZEL, L., SANCHO, J.,(2001);”Health Tourism and Related Services = Caribbean Development and International Trade”, Final Report.
- 7.GÜLEÇ, D. (2011), “ T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları Ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi”, Ankara:Yüksek Lisans Tezi.
- 8.KARAFAKIOĞLU, M.,(1998),“Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No.271.
- 9.KOSTAK D.,(2007),”Turizm Hareketleri-Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi”, İstanbul:Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 10.KOZAK, M. Ve BAHAR, O., (2011). Turizm Ekonomisi, Anadolu Üniversitesi.
- 11.KAVUNCUBASI, Ş.,(2000),”Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Ankara:Siyasal Kitapevi.ezi.
- 12.LEE, C.G., (2010). Health care and tourism: Evidence from Singapore, Tourism Mangement 31, s.s. 486-488.
- 13.ORAL, S., (1988). Türk Turizm Pazarlamasında Dağıtım-Fiyat Politikaları ve Turist Profili Analizi, İzmir İstiklal Matbaası.
- 14.ORMOND, M. Ve SOTHERN, M., (2012). You, too, can be an international medical traveller: Reading medical travelş guidebooks, Health & Place 18, s.s. 935-941.
- 15.ÖZBEY, K.,(2003), “Pazarlama ve Satış Yönetimi İlişkisinin Genetik Kodu”, İstanbul: Om Yayınevi.
- 16.TENGİLİMOĞLU, D.,(2005), “Sağlık Turizmi: Tedavi Amaçlı Turizm ve Termal Turizmde sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Ankara: Hastane Dergisi, 7, 34.
- 17.TENGİLİMOĞLU D.,(2007),”Rakiplerin Pazarlama Stratejileri Gözden Geçirilmeli”, Hastane Dergisi, Sayı:46,.

18. USTA, Ö., (1988). Turizm Olayına ve Türk Turizm Politikalarına Yapısal Yaklaşım, İstanbul Söğüt Basımevi.
19. Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü / Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 2012.
20. Sağlık Turizmi El Kitabı, (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı).
21. Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu (2013). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.
22. Türkiye Turizm Stratejisi (2023).
23. Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği, TÜRSAB, (2014).
24. Tourism Highlights UNWTO (2014).
25. www.kalitesaglik.gov.tr.
26. www.ozelhastaneler.org.tr.
27. <http://www.saglikturizmi.gov.tr/175-termal-turizm.html>, erişim tarihi: 20/03/2013
28. http://www.tursab.org.tr/tr/istatistikler/turist-sayisi-ve-turizm-geliri/2003-gelir-sayisi-ve-ortalama-harcama_68.html, erişim: 25.09.2014
29. <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-71912/h/turkiyedemedikal-turizm-gelecegi.pdf>, erişim tarihi: 28 Ocak 2012.
30. <http://www.ozelhastaneler.org.tr/ozel-hastane-sayisi-500e-yaklasti..> Sayı: 46,

SAĞLIK TURİZMİNİN HUKUKSAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veli DURMUŞ *

Betül ÖZÜLKÜ **

ÖZET

Sağlık turizmi yalnızca hastanelere tedavi için gidilen bir turizm çeşidi olmayıp sağlıklı yaşam sunan her türlü turizm bu kapsamda kabul edilmektedir.

Bu çalışmada sağlık turizmi kapsamında sağlık turisti olarak nitelendirilen yabancı hastalar hukuksal açıdan ele alınacak ve yasal olarak kavramsal çerçevesi tanımlanmaya çalışılmıştır.

Sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'ye gelen sağlık turistinin karşılaşacağı problemlerde hukuki sorumluluk açısından öncelikle sağlık turisti ile muhatabı arasındaki hukuki ilişkinin vasıflandırılması ve maddi hukuk kurallarının araştırılması gerekmekte olup uygulanacak hukuk “Milletlerarası Özel Hukuk ve Usul Hukuku Hakkında Kanun”a göre tespit edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Sağlık Turisti, Hasta, Yabancı, Sağlık Hukuku

*Uzm, Marmara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Doktora Öğrencisi; Marmara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Lisans Öğrencisi. velidurmus@hotmail.com

**Avukat, Kocaeli Barosu. betulozulku@hotmail.com

ABSTRACT

Health tourism is not only a sort of tourism which patients need to take a treatment, but it also all kind of tourism that provide a healthy life conditions to patients.

In this study, in the health tourism, law status of the foreign patients who wants to benefit from health services are examined and it will be clarified legal frame for that patients status.

As a result of this study, legal status of a tourist who wants to take a health services in Turkey will be under the “International Private and Civil Procedure Law” regulations when they stay in Turkey in order to take health services. In addition, all health disputes between foreign patients and health care providers will be discussed under that law when they in Turkey.

Key Words: Health Tourism, Health Tourist, Patient, Foreign, Health Law.

1.Giriş

Turizm, kişilerin sürekli yaşama ve çalışma yerleri dışındaki yerlere yaptıkları seyahatleri ve bu yerlerdeki geçici konaklamalarından doğan ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik faaliyetleri kapsamaktadır (Olalı ve Timur, 1988 :17). Uluslararası Turizm Uzmanları Birliği (AIEST) turizmi şu şekilde tanımlamaktadır: “Turizm, yabancıların geçici ya da devamlı asli kazanç elde etme faaliyeti için yerleşmeye dönüşmemek şartıyla konaklamalarından doğan ilişkilerin ve olayların bütünüdür” (Özdemir, 1992 :20). Turizm, bir diğer tanıma göre ise, insan psikolojisinin sonucu olarak ortaya çıkan, yer değiştirme, değişiklik, kaçma, uzaklaşma olayıdır (Akat, 2000 :3). Turizm olayının öznesi insandır. Turizm olayına yön veren ve bu olayın odak noktasını oluşturan insan, turist sözcüğü ile tanımlanmaktadır. Turist, turizm faaliyetlerine katılan ve yön veren sürekli yaşadığı yeri, ticari kazanç dışı nedenlerle geçici olarak terk edip seyahat eden ve konaklayan, psikolojik tatmin arayan, sınırlı harcama gücü ve zaman ile tüketimde bulunan kişidir (Yağcı, 2003 :12). İnsanların tercih ettikleri bir sağlık hizmeti için farklı ülkelere gitmesi neticesinde sağlık turizmi sektörü her geçen gün büyümektedir (Gülmez, 2012 :26).

Sağlık turizmi; diğer turistik faaliyetlerin yanı sıra, belirli ve önceden planlanmış promosyon faaliyetleri ile, sağlığa yönelik hizmet ve tesislere, turist çekmek için otel vb. gibi turistik tesisler yapılması veya bölgedeki teşebbüsler ve faaliyetlerdir. Bir başka tanıma göre sağlık turizmi “sağlığı koruma, iyileşme amaçlarıyla belirli bir süre için yer değiştiren insanların doğal kaynaklara dayalı turistik bir tesise giderek kür uygulaması, konaklama, beslenme ve eğlence gereksinimlerini karşılaması sonucu doğan hareketlerdir” (Boz, 2004 :132).

Türkiye Sağlık Turizmi Derneği'nin tanımına göre, sağlık turizmi dünyada ve Türkiye'de son yıllarda hızla yükselen bir trend ve çok önemli bir alternatif turizm çeşidi olup, sağlığına kavuşmak için ikamet edilen ülkeden başka bir ülkeye herhangi bir sebeple tedavi amacıyla gidilmesidir. Sağlık turizminin, sadece hastanelere tedavi için gidilen bir

turizm çeşidi olarak değerlendirilmemesi gerekir. Sağlıklı yaşam sunan her türlü turizm çeşidini sağlık turizmi kabul etmek gerekmele birlikte, sağlık turizmi 3 ana başlıkta değerlendirilmektedir:

1. Tıp Turizmi (Hastanelerde tedavi ve ameliyat vb. işlemler)
2. Termal Turizm (Termal Tesislerde rehabilitasyon ve dinlenme vb. hizmetler)
3. Yaşlı ve Engelli Turizmi (Geriatrik tedavi merkezi veya yaylalar da sosyal aktivitelerle birlikte uzun süreli konaklamalar)

Türkiye’ye 2008-2009-2010 yılları arasında gelen yabancı uyruklu hasta sayısı 243203’tir. Dolayısıyla, sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye’ye gelen yabancıların taraf olduğu olay veya işlemler neticesinde değişik boyutları olan hukuki problemlerin çıkması kaçınılmazdır. Bu durum, yeni gelişen bir sektör olarak sağlık turizmi ile paralel yeni bir hukuk dalının doğuşuna yol açacaktır (Çavuşoğlu, 2013 :74).

Sağlık hizmetinden yararlanmak amacıyla gelen veya Türkiye’de turistik gezi amacıyla buldukları sırada acil sağlık hizmeti alan yabancı hastalar, haksız tıbbi uygulamalar nedeniyle hukuki, idari ve ceza davası açabilirler. Ayrıca, sağlık personelinin kamu ya da özel bir sağlık kuruluşunda veya serbest çalışması, sorumluluğun tarafları, şekli ve prosedürü bakımından farklılık arz edecektir (Çavuşoğlu, 2013 :74).

Bu bağlamda sağlık turizmi hukuku, bir hizmet endüstrisi olan sağlık turizmi olayını düzenleyen turizm kurallarının toplamından ibaret bir hukuk dalıdır. Bir diğer deyişle sağlık turizmi hukuku; kişiler ile sağlık ve turizm endüstrisi kuruluşlarını etkileyen kurallar topluluğudur. Sağlık turizmi hukuku, uluslararası nitelikli bir hukuk dalı olup, ülkeye gelen yabancılar ile ülke dışına giden yabancıların tümüne uygulanan kurallardan oluştuğu için evrensel nitelikli kurallar topluluğudur. Ayrıca, kamu ve özel hukuk kurallarının iç içe uygulandığı bir hukuk dalı olup, turizm sektöründeki gelişmelere paralel olarak piyasa ekonomisi kuralları içinde yönlenebilir.

2. Sağlık Turizmi Hukukunun Gelişimi

Sağlık turizmi hukuku turizm hukuku başlığı altında değerlendirilmektedir. Turizm hukuku gerek ülkeye giren yabancılar, gerekse ülke dışına çıkan yabancıların tümüne uygulandığı için uluslararası nitelikli bir hukuk dalıdır. Turizm Hukuku’nun kaynakları ise çeşitli kanunlardan, tüzüklerden, yönetmeliklerden oluşmaktadır. Sıralamak gerekirse Anayasa, 1618 sayılı Seyahat Acenteleri ve Seyahat Acenteleri Birliği Kanunu, 2634 sayılı Turizm Teşvik Kanunu, Turizm Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Turizm Bakanlığı Teftiş Kurulu Tüzüğü, Profesyonel Turist Rehberliği yönetmeliği, Av Turizmi Yönetmeliği, Yat Turizmi Yönetmeliği Turizm Hukuku’nun ulusal kaynaklarıdır.

Sağlık Turizmi ile ilgili olarak iş veya işlemlerin koordine edilmesi, gerekli denetimlerin yapılması ve izinlerin verilmesi Sağlık Bakanlığı’nın görevi kapsamında

bulunmaktadır. Nitekim, 02 Kasım 2011 Sayılı Resmi Gazete ile 663 sayılı yasa gereği düzenlenen “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin 9. Maddesinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görevleri arasında “Sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak, ilgili kurumlarla koordinasyon sağlamak” da sayılmıştır. Bu nedenle Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde sağlık hizmetlerinin tek elden kontrol edilmesi ve geliştirilmesi için Medikal Turizmi, Termal Turizm Spa-Wellness ve İleri Yaş ve Engelli Turizmi bölümlerinden oluşan “Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı” kurulmuştur (Aslanova, 2013 :137-138).

Stratejik eylem planı (2010- 2014) ve 2023 sağlık vizyonu ve hükümet programında belirtildiği gibi Türkiye’nin sağlık turizmi alanında dünyadaki yerini alması amacıyla gerekli hukuki alt yapı çalışmaları devam etmektedir. Devlet Planlama Teşkilatı’nın 9. Kalkınma Planında (2007- 2013) Türkiye’nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü göz önüne alınarak sağlık hizmetleri turizminin desteklenmesine karar verilmiştir (Çavuşoğlu, 2013 :74).

Bunların dışında, Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Şartlarına Dair Yönetmelik uyarınca yabancı hekim ve hemşirelere özel sağlık kuruluşlarında çalışma hakkı verilmiştir. Ayrıca 23.07.2013 tarihli “Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge” ve 15.08.2013 tarihli “Özel Sağlık Kuruluşlarının Bilgilendirme ve Tanıtım Faaliyetlerine İlişkin Genelge” son yıllarda sağlık turizmine verilen önemin en somut örnekleri olarak gösterilebilir.

Sağlık Serbest Bölgeleri, sağlık turizmi yönetmeliği ve kür rehabilitasyon hizmetleri, medikal SPA hizmetleri gibi sağlık turizminin usul ve esaslarına ilişkin yönetmelik hazırlıkları ise devam etmektedir (Aslanova, 2013 :140).

Ulusal mevzuat yanında Avrupa Birliği bünyesinde de sağlık turizmine dair mevzuat geliştirilmektedir. Bu bağlamda hasta haklarının sınır ötesi sağlık hizmetlerinde uygulanmasına ilişkin 9 Mart 2011 tarihli ve 2011/24/AB sayılı Avrupa Parlamentosu ve Konsey Direktifi hazırlanmıştır. Direktif üye ülkeler için bağlayıcı bir metindir fakat Türkiye henüz Avrupa Birliği üyesi olmadığı için bu Direktif iç hukukta bağlayıcı değildir. AB Direktifi yanında Türkiye’nin imzalamış olduğu ikili anlaşmalar da sağlık turizmine dair uluslararası mevzuat kapsamında değerlendirilmelidir. Şu an birçok ülkeyle ikili anlaşmalar imzalanmıştır ve bu anlaşmalar sağlık turizminin gelişmesine katkıda bulunmaktadır. (Aslanova, 2013 :141).

3. Hukuki Sorumluluk Açısından Yabancı Hastalar Hakkında Uygulanacak Hukuk

Sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye’ye gelen turistlerin karşılaşılabilecekleri hukuksal sorunlarda, en adil ve en uygun çözümü getiren maddi hukuk kuralları araştırılmadan doğrudan doğruya Türk maddi hukuk hükümlerinin uygulanması yoluna gidilemez (Çavuşoğlu, 2013 :74). Çünkü, hukuki sonuç doğuran olay ve ilişkiler yabancı bir unsur taşıdığı takdirde milletlerarası özel hukukun konusuna girecek ve ihtilaf kendine özgü bir metod içerisinde çözüme ulaştırılacaktır (Çelikel, 2010 :5-6). Yabancı unsur ile kastedilen,

hukuki sonuç doğuran olay ve ilişkilerin, yargı organlarına başvurulacak ülke hukukundan başka, diğer bir hukuk sistemi veya sistemleri ile olan bağlantısıdır. Bir diğer deyişle, yabancı unsur hukuki olay ve ilişkinin birden çok hukuk sistemi ile bağlantı içinde olması demektir (Çelikel, 2010 :8).

3.1. Yabancı Hastalar Hakkında Uygulanacak Hukukun Tespiti

Tarafların vatandaşlığı, mutad meskeni veya hizmetin satın alındığı yer bakımından yabancılık unsuru taşıyan tıbbın uygulanmasından kaynaklanan hukuki olay ve ilişkilerde uygulanacak hukukun 12.12.2007 tarihinde yürürlüğe giren 27.11.2007 tarihli ve 5718 sayılı “Milletlerarası Özel Hukuk ve Usul Hukuku Hakkında Kanun” (MÖHUK)’a göre tespit edilmesi ve uygulanması gerekmektedir (Çavuşoğlu, 2013 :74).

Burada hedeflenen yabancı unsurlu bir özel hukuk ilişkisinde uygulanacak en sıkı irtibatlı hukuku bulmaya çalışmak bir diğer deyişle, milletlerarası özel hukuk hakkaniyetini sağlamaktır. Yabancı unsurlu bir hukuki ilişki ve olayda uygulanacak olan yabancı hukuk kuralını gösteren milletlerarası kanunlar ihtilafı kuralları bağlama kuralı olarak adlandırılmaktadır.

Her kanunlar ihtilafı kuralında bir bağlama konusu ve bağlama noktası bulunur. Bağlama konusu, hakimin önüne çözümlenmesi için getirilen ve o kanunlar ihtilafı kuralı uygulanarak çözümlenecek olan yabancılık unsuru içeren hukuki ihtilafın, diğer bir deyişle, hayat ilişkisinin kendisidir. Bağlama noktası ise, bağlama konularının yani yabancılık unsuru içeren ihtilafın belirli bir devletin hukukuna bağlanarak çözümlenmesini sağlayan maddi vakialardır. Bağlama konuları, bağlama noktaları aracılığıyla belirli bir devletin hukukuna bağlanır ve o devletin hukukunun uygulanması ile yabancılık unsuru içeren ihtilaf çözümlenir (Çelikel, 2010 :63).

MÖHUK’a göre araştırılan ve bulunan hukuk Türk hukuku veya yabancı hukuk olabilir (Çavuşoğlu, 2013 :74). Hakim, Türk kanunlar ihtilafı kurallarını ve bu kurallara göre yetkili olan yabancı hukuku re’sen uygulayacaktır (MÖHUK md. 2). Yabancılık unsuru içeren sağlık turizmi ile ilgili bir hukuki ihtilafa bakan Türk hakiminin, uygulanması gereken hukuk hakkında yapacağı hata, iç hukuk düzenlemesi olan kanunlar ihtilafı kurallarının ihlal edilmesi olacağından temyiz itirazına sebep olur (Çavuşoğlu, 2013 :74).

3.2. Yabancılık Unsuru Taşıyan Hukuki Olay Ve İlişkilerde Uygulanacak Hukukun İstisnaları

Yabancılık unsuru taşıyan hukuki olay ve ilişkilerde uygulanacak hukukun istisnalarından biri doğrudan uygulanma niteliğini haiz olan kurallardır. Bu kuralların yabancı bir hukukun uygulanması halinde de müdahale gücü vardır (Çavuşoğlu, 2013 :74). Bir ülkede egemenliğin ifadesi olarak uygulanan ve maddi çözüm getiren bazı iç hukuk kuralları, devletin ekonomik, siyasi, hukuki örgütlenmesinin temel unsurlarını ilgilendiriyorsa, o ülkede

doğan, yabancı unsurlu olup olmamasına bakılmaksızın bütün hukuki ilişki ve uyumsuzluklara doğrudan doğruya uygulanırlar. Kaynağını kamu düzeni düşüncesinden alan bu kurallara doğrudan uygulanan kurallar denilmektedir (Sayman, 1982 :236-242).

Ayrıca, yetkili yabancı hukukun belirli bir olaya uygulanan hükmünün Türk kamu düzenine açıkça aykırı olması halinde de, bu hüküm uygulanmayacak ve gerekli görülen hallerde Türk hukuku uygulanacaktır (MÖHUK md. 5). Nitekim MÖHUK’un 5. maddesinde de “Yetkili yabancı hukukun belirli bir olaya uygulanan hükmünün Türk kamu düzenine açıkça aykırı olması halinde, bu hükmün uygulanmayacağı; gerekli görülen hallerde, Türk hukukunun uygulanacağı” ifade edilmiştir.

Bunun yanı sıra bir diğer istisna olan kanuna karşı hile halinde de MÖHUK md. 5’e göre Türk hukuku uygulanacaktır. Milletlerarası özel hukukta kanuna karşı hile, bir kimsenin kanunlar ihtilafı kuralları gereğince tabi olması gereken belirli bir hukukun uygulanmasını önlemek için, hileli bir bağlanma ile bağlanma noktasını değiştirerek tabi olmak istediği başka bir devletin hukukunun uygulanmasının sağlanması halidir (Çelikel, 2010 :95).

Anayasanın 90. maddesinin 5. fıkrasında ve MÖHUK’un 1. maddesinin 2. fıkrasında da somutluk kazandığı üzere, yabancılık unsuru bulunan sağlık turizmi ile ilgili bir hukuki olay ve ilişkide kanunlar ihtilafı kurallarının uygulanmasından önce Türkiye’nin de taraf olduğu milletlerarası bir sözleşme var ise öncelikle uygulanması gerekmektedir. “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunmasına Dair Sözleşme”, “İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi”, “İşkencenin ve Gayri İnsani ya da Küçültücü Ceza veya Muamelenin Önlenmesine Dair Avrupa Sözleşmesi” Türkiye açısından da tarafı olunması sebebi ile bağlayıcılık doğuran başlıca milletlerarası sözleşmelerdendir.

3.3. Sağlık Turisti İle Karşı Taraf Arasındaki Hukuki İlişkinin Vasıflandırılması Metodu ve Türk Hukukundaki Niteliği

Türkiye dışından sağlık hizmeti almaya gelen hasta ile sağlık sunucuları arasında bir hukuki uyumsuzluk ortaya çıkabilir. Burada bir yabancılık unsuru vardır ve bu unsur Türkiye dışından sağlık hizmeti almaya gelen kişidir. Uygulanacak hukukun MÖHUK’un hangi hükmüne (kanunlar ihtilafı kuralına) göre tespit edileceği taraflar arasındaki ilişkinin hukuki niteliğine (vasıflandırılmasına) bağlıdır (Çavuşoğlu, 2013 :74). Vasıf ihtilafının çözümünde yetkili hukuk Türk hukukunda genellikle mahkemenin iç maddi hukuk düzenine göre vasıflandırma (Lex Fori’ye göre vasıflandırma) metodudur. Teoriye göre vasıflandırma hakim kendi iç maddi hukukuna göre yapılmalı, başka bir ifade ile o hukukun söz konusu ilişki için kabul ettiği hukuki elbise olaya giydirilmelidir (Çelikel, 2010 :83). Türk hukukunda her teoride Lex Fori’nin uygulanması için bir eğilim görülmeyle beraber (Berki, 1971 :42), Yargıtay 2’nci Hukuk Dairesinin 24.05.1945 tarihli oldukça eski bir kararında hüküm statüsüne (Lex Causae) göre yapılmış bir vasıflandırma örneği de mevcuttur (Nomer, 2010 :100).

Taraflardan birinin hekim olduğu ve asli ediminin, hastanın bizzat ya da hasta yakının ödeyeceği bir semen karşılığında bulgu, teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerini yerine getirmek olduğu sözleşmeye hekimlik sözleşmesi denilmektedir. Bu sözleşmeler hasta hekim arasındaki ilişkinin özellikle de hekim tarafından üstlenilen asli edimin konusuna ve içeriğine göre; hizmet, vekalet ve eser (istisna) sözleşmesi olarak adlandırılmaktadırlar. Buna karşın doktrinde, hasta hekim arasındaki ilişkinin kendine has bir yapısı ve içeriği olduğundan hareketle kendine özgü (sui generis) ve atipik bir iş görme sözleşmesi olarak nitelendirenler de bulunmaktadır (Demir, 2007 :154).

Sağlık turisti ile hekim arasında aracısız kurulan bu hukuki ilişki (tedavi veya hekimlik sözleşmesi), doktrin ve içtihadı göre vekalet sözleşmesi olarak vasıflandırılmaktadır. Buna karşılık sağlık turisti, tedavisi için özel bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ise, hasta ile özel sağlık kuruluşu arasında “hasta kabul sözleşmesi” kurulmuş olacaktır (Çavuşoğlu, 2013 :74).

Bu yaklaşımda, hasta ile hekim arasında bir vekalet ilişkisi söz konusudur. Bu çerçevede, hekime vekalet veren hasta, hekimin tedavi ve sürecindeki önerilerine evet ya da hayır demek suretiyle hekimi yönlendirebilecek, hekim de hastanın verdiği vekaletle dayanarak tıbbi imkanlar dahilinde ve hasta için iyi olduğuna inandığı tedaviyi (iş ya da hizmeti) yerine getirecektir (Sütlaş, 2000 :53).

Vekalet sözleşmesinde hekimin hasta için uyguladığı tedaviyi belirleme ve uygulama serbestisine karşılık, hasta, vekalet ilişkisinin taraflara getirdiği hak ve ödevler çerçevesinde, vekaletten vazgeçme hakkını da her zaman kullanabilmektedir. Bu hakkın varlığı hekime, hastaya uygulanan tedavinin her aşamasında hastanın onayına başvurma yükümlülüğünü beraberinde getirmektedir. Doktoru tedavi sürecinde hastaya hastalıkla ilgili herhangi bir tedaviyi dayatma ve zorla uygulama imkânı yoktur (Sütlaş, 2000 :53-54). Ayrıca bu sistem hukuksal niteliği açısından, ağırlıklı görüş çerçevesinde, Türkiye’de benimsenen sistem olması bakımından da önemlidir (Demir, 2007 :154).

MÖHUK’ta bu sözleşmelere ilişkin özel hüküm bulunmamaktadır. Uygulanacak hukuk genel akit statüsü olan MÖHUK Md. 24 dikkate alınarak tespit edilmeye çalışılacaktır (Çavuşoğlu, 2013 :74). Akit statüsü olarak adlandırılan, akdin kuruluş ve hükümlerine uygulanacak hukuku ifade eden hukuk, ilk olarak tarafların seçtiği hukuktur (Çelikel, 2010 :315). Söz konusu hükme göre, hastane işleteni/hekim ile sağlık turisti arasındaki sözleşmeye uygulanacak hukuk, öncelikle tarafların iradesi doğrultusunda tespit edilecektir. Taraflar bir hukuk seçiminde bulunmamışlar ise MÖHUK’un 24. maddesinin 4. fıkrasına göre, karakteristik edim borçlusu olarak hekim/hastane işletenin işyeri hukuku uygulanacaktır. Diğer bir deyişle, sağlık hizmeti almak için Türkiye’ye gelen hasta ile hekim/özel sağlık kuruluşu arasındaki sözleşmeden kaynaklanan hukuki ihtilaflara, sağlık hizmetinin satın alındığı hekimin muayenehanesinin veya hastanenin bulunduğu ülke hukuku olarak Türk hukuku uygulanacaktır (Çavuşoğlu, 2013 :75).

3.4. Sağlık Turistine Karşı Hekim/Hastane İşletenin Sorumluluk Türleri

Sağlık turistinin doğrudan doğruya hekime başvurduğu durumlarda, hekim sözleşmeden kaynaklanan yükümlülükleri anlaşmalı olduğu bir sağlık kuruluşunda da ifa edebilir. Böyle bir durumda hekim, sağlık turistinin hastanedeki sağlık personelinin verdiği ve/veya hastanenin araç ve gereçlerinden dolayı uğradığı zararlardan yardımcı şahıslar ve hastane işleteni ile birlikte sorumlu olur (Çavuşoğlu, 2013 :75). Eğer gidilen hastane özel bir sağlık kuruluşu ise, hastanın tedavi için içeri alınmasıyla, hasta ile hastane arasında bir sözleşmesel ilişki kurulmuş olacaktır. Buna da “Hasta Kabul Sözleşmesi” denilmektedir. Böyle bir durumda, hekim kendi adına değil, hastane adına tedaviyi üstlendiğinden Türk Borçlar Kanunu m.116’ya göre “yardımcı kişi” konumunda olacaktır (Çelik, 2012 :675).

Sağlık turisti, sözleşmeye aykırılık olması durumunda, sağlık hizmetini gereği gibi yerine getirmeyen ya da özensiz, hatalı, kusurlu yerine getirilmesinden dolayı hastane işletenine/hekime karşı dava açarak uğradığı zararın tazmini amacıyla maddi ve/veya manevi tazminat talep etme hakkına sahiptir (Çavuşoğlu, 2013 :75).

Sağlık turisti, hastane işletenine/hekime karşı haksız fiil hükümlerine dayanarak da dava açabilir (Çavuşoğlu, 2013 :75). Hekimin haksız fiilinden söz edilebilmesi için arada sözleşme ilişkisinin olmaması ve Türk Borçlar Kanunu'nun 49. maddesi ve sonraki hükümlerine göre haksız ve hukuka aykırı eylemde bulunması veya sözleşme ilişkisi olmakla birlikte Ceza Yasası hükümlerine göre suç işlemiş olması gerekir (Çelik, 2012 :684). MÖHUK’un 34. maddesine göre, hukuka aykırı tıbbi müdahale yeri hukuku olarak, Türk Borçlar Kanunu’nun hükümlerine göre tazminata hükmedilecektir. Ancak, MÖHUK’un 34. maddesinin 5. fıkrasına göre zarar meydana geldikten sonra sağlık turisti ile hekim/hastane işleteni arasında yabancı bir hukukun uygulanması kararlaştırılabilir (Çavuşoğlu, 2013 :75).

Hekim/hastane işleteni / Sağlık Bakanlığı ile sağlık turisti arasındaki hukuki ilişkiden kaynaklanan hukuki ihtilafın Türk Mahkemelerinde görülmesi beklenir. Ancak sağlık turisti, davasını yurt dışında açmayı uygun görebilir ve orada elde ettiği mahkeme kararının Türkiye’de hüküm ve sonuç doğurmasını Türk mahkemesinden talep edebilir. Hekim veya hastane işleteni aleyhine elde edilen tazminata ilişkin yabancı mahkeme kararlarının Türkiye’de hüküm ve sonuç doğurabilmesi için tanınması ve tenfiz edilmesi gerekmektedir (MÖHUK md. 54). Ayrıca, sağlık turistinin uğradığı zararın tazmini için sağlık personeli aleyhine elde ettiği yabancı mahkeme kararının Türkiye’de hüküm ve sonuç doğurması için tanıma ve tenfiz davası açması mümkündür (Çavuşoğlu, 2013 :75).

Her mahkeme kararının kesin hüküm ve icra kabiliyeti olmak üzere iki sonucu bulunmaktadır. Kesin hüküm, kararın aynı konuda, aynı taraflar arasında, aynı sebeple yeniden kaza organı önünde muhakeme konusu yapılamamasıdır. Yabancı mahkeme kararının tanınmasının hukuki gerekçesi de, kararın kesin hüküm kuvveti oluşturmasını sağlamaktır. Kısaca, tanıma bir mahkeme kararının kesin hüküm kuvvetinin bir yabancı ülkede kabulüdür. Söz konusu mahkeme kararının, sahip olduğu kesin hüküm kuvvetinin sonucu olarak maddi icra muamelelerini gerekli kılan kamu gücünü harekete geçiren vasfına (Çelikel, 2010 :583),

diğer bir deyişle yabancı mahkeme ilamının ülkede icra edilebilmesini sağlamak üzere tanınmasına tenfiz denmektedir (Yılmaz, 2006 :689).

4. İdari Sorumluluk Açısından Yabancı Hastalar Hakkında Uygulanacak Hukuk

Sağlık turistinin gittiği yer bir kamu hastanesi ise, hasta ile hastane arasında bir sözleşme ilişkisi kurulmuş olmaz. Kamu görevlisi olarak tedaviyi üstlenen hekim ile hasta arasında da doğrudan bir ilişki yoktur. Burada hasta yönünden bir kamu hizmetinden yararlanma söz konusudur. Bu nedenle de, eğer hasta tedaviden zarar görürse, doğrudan hekimi ve sağlık personelinin dava edemeyip, hizmet veya görev kusuru nedeniyle kamu hastanesinin bağlı bulunduğu devlet kurumuna karşı dava açabilir. Çünkü, kamu hastaneleri ve sağlık personelinin sorumlulukları, kural olarak, hizmet kusuru sayılmakta, bu hastanelerde çalışanlar kamu görevlisi olduklarından Anayasa'nın 129. maddesinin 5. fıkrası gereği yalnızca ilgili kamu kuruluşuna karşı dava açılabilir (Çelik, 2012 :675). Diğer bir deyişle, sağlık turisti; hiç, geç veya kötü ifa edilen sağlık hizmeti sebebi ile zarara uğramışsa, Sağlık Bakanlığı'na karşı hizmet kusuru sebebi ile idari yargıda dava açarak zararın tazminini talep edecektir (Çavuşoğlu, 2013 :75). Hizmet kusuru, hizmetlerin kötü yapılması, geç yapılması ve hiç yapılmaması olmak üzere üç değişik biçimde ortaya çıkar. Hizmet kusurlarının sorumlusu personel olmayıp doğrudan idaredir (Çelik, 2012 :720).

Görev kusuru ise, kamu görevlisinin yerine getirmekle yükümlü olduğu görevleri gereği gibi yapmaması, uyulması zorunlu kuralları çiğnemesi ve bu yüzden bir zarara yol açmasıdır (Çelik, 2012 :720). Hizmet kusuru dışında, kamu görevlisi olmasına karşın hekimin veya herhangi bir hastane personelinin haksız eylem niteliğinde görevden ayrılabilir kişisel kusuru varsa, haklarında doğrudan adli yargıda dava açılabilir (Çelik, 2012 :675). Diğer taraftan bakanlık, sağlık personelinin hukuka aykırı tıbbi uygulamaları sebebi ile meydana getirdikleri zararları tazmin ettikten sonra, ilgili sağlık personeline rücu yoluna gidebilmektedir (Çavuşoğlu, 2013 :75).

Sağlık turistinin yurtdışında Sağlık Bakanlığı aleyhine idari yargıya ait bir dava açması ise söz konusu olamaz. Ancak özel hukuka ilişkin haksız fiil sorumluluğu gerekçesi ile dava açabilir (Çavuşoğlu, 2013 :75).

5. Cezai Sorumluluk Açısından Yabancı Hasta Hakkında Uygulanacak Hukuk

Türk hukukunda ceza yasaların yer yönünden uygulanması konusunda kabul edilen temel ilke ülkesellik ilkesidir. Türk Ceza Kanunu'nun “yer bakımından uygulama”yı düzenleyen 8. maddesine göre, Türkiye’de işlenen suçlar hakkında Türk yasaları uygulanacaktır (Centel ve diğerleri, 2008 :122). Diğer bir deyişle, yabancı sağlık personelinin veya yabancı sağlık turistinin Türkiye’de bir suç işlemesi durumunda ya da hatalı tıbbi uygulama sebebi ile bir dava açması konusunda, kendilerine Türk kanunları uygulanacaktır.

Ayrıca, Türk Ceza Kanunu'nun 9. maddesine göre, Türkiye'de işlediği suçtan dolayı hakkında yabancı ülkede hüküm verilmiş olsa da kişi Türkiye'de yeniden yargılanacaktır. Ancak, yabancı ülkede verilmiş olan mahkumiyet hükmü infaz edilmiş ise bunun Türkiye'de yapılacak yargılama sonucunda verilecek cezadan mahsup edilmesi gerekecektir (Centel ve diğerleri, 2008 :123). Buna karşılık, sağlık turistlerinin örneğin ikamet ettikleri yabancı ülke mahkemelerinde açtıkları ceza davaları sonucunda aldıkları ilamlar tenfiz usulüne tabi tutulmasa da, diğer bir deyişle, bu alınan ilamların Türkiye'de infaz edilmesi mümkün olmasa da (Çavuşoğlu, 2013 :75), MÖHUK'un 50. maddesinin 2. fıkrasına göre, yabancı mahkemelerin ceza ilamlarında yer alan kişisel haklarla ilgili hükümler hakkında tenfiz kararı istenebilir.

Ceza sorumluluğu bakımından hekimin kamu kurum ve kuruluşunda çalışan bir hekim olup olmaması ayrımı önemli değildir. Hekim Türk Ceza Kanunu'nda suç oluşturan fiili sebebiyle cezalandırılacaktır (Çavuşoğlu, 2013 :75).

6. Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de sağlıkla ilgili ilk resmi kurum Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bünyesinde kurulmuş olan, Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü resmi yasal mevzuatlar oluşturarak sağlık turizminin hukuksal boyutunun temellerini oluşturmaktadır. Bu temel sağlık turizmi alanında yaşanabilecek olası sorunların çözümünü en iyi şekilde yapılmasına yardımcı olacaktır. Bakanlığın sağlık turizmiyle ilgili bu zamana kadar yapmış olduğu mevzuat çalışmaları bir taraftan konuyla ilgili kuruluşların uyması gereken yasal çerçeveyi belirlerken, bir taraftan da gelecekte hukukun önemli alt dallarından birisi olacak sağlık turizmi hukukunun konularını ve çalışma alanlarını belirleyecektir. (Aslanova, 2013 :142-143).

Ancak sağlık turizminin geliştirilmesi sadece Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilebilecek bir husus olmadığından diğer kamu kurumlarına da görevler düşmektedir. Bu sebeple sağlık turizminin Türkiye'de gelişmesi için Turizm Bakanlığı tanıtım faaliyetlerine ilişkin girişimlerde bulunmakta, Ekonomi ve Maliye Bakanlığı ile Gümrük Bakanlığı teşvik ve vergi muafiyetleri sağlamakta, Tanıtım ve Destek Ajansı tanıtım faaliyetlerinde bulunmakta, Sağlık Bakanlığı denetim, standardizasyon, tanıtım, garantörlük ve planlama konularında çalışmakta, Dış İşleri Bakanlığı vize kolaylığı sağlamakta ve Milli Eğitim Bakanlığı da yabancı dil eğitimi ve nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi için çalışmalar yapmaktadır (Şengül, 2012 :28).

Sağlık hukuku ve sağlık turizmi hukukunun gelişmesine paralel olarak yabancı hastaların Türkiye'de açacakları davaların sayısının artacağı söylenebilir ve içinde yabancılık unsuru olan hukuki uyuşmazlıklarda gerek uygulanacak hukuk kurallarının saptanması ve mahkemelerin milletlerarası yetkisi gerekse yabancı mahkeme kararlarının Türk Mahkemelerinde tanınması ve tenfizi hususunda Milletlerarası Özel Hukuk ve Usul Hukuku Hakkında Kanun (MÖHUK)'un uygulama alanı bulacağı söylenebilir.



Ayrıca, Türkiye’de sağlık hizmeti alan sağlık turistinın uğradığı zararların tazmini amacıyla açılan davalara, eğer ki sağlık turisti ile hekim/hastane işleteni aralarındaki sözleşmeye yabancı bir hukukun uygulanmasını kararlaştırmamışlar ise, gerek haksız fiilin ika yeri ülkesinin Türkiye olması sebebiyle gerekse tedavi sözleşmesince karakteristik edim borçlusunu olan hekimin/sağlık kuruluşunun işyerinin bulunduğu ülke olarak Türk Hukuku uygulanmalıdır (Çavuşoğlu, 2013 :75). Tarafların uyuşmazlık doğduktan sonra da haksız fiil sorumluluğundan dolayı açılacak olan davada uygulanacak hukuku seçme hakları saklıdır.

Yabancı ülkede sağlık turisti tarafından hukuka aykırı tıbbi müdahale sebebiyle uğradığı zararın tazmin edilmesi için bir dava açılmış ve davanın sonucunda lehe bir hüküm alınmış ise, bu kararın Türkiye’de hüküm ve sonuç doğurması için Türk mahkemelerinden tanıma ve tenfiz talebinde bulunulmalıdır. Yabancı ülkede Sağlık Bakanlığı aleyhine hizmet kusuru sebebi ile idari yargıya ait bir dava açılmayacağı gibi, Bakanlık aleyhine elde edilecek yabancı mahkeme kararının Türkiye’de hüküm ve sonuç doğurması da mümkün olmayacaktır. Fakat, kamu hastanelerinde gerçekleşen hukuka aykırı tıbbi müdahale sebebi ile sağlık personelinin tazminat ödemeye hükmeden yabancı mahkeme kararlarının Türkiye’de hüküm ve sonuç doğurması mümkün olabilir (Çavuşoğlu, 2013 :75).

Kaynakça

1. AKAT, Ö. (2000). *Pazarlama Ağırlıklı Turizm İşletmeciliği*, Bursa: Motif Matbaa, 3. Baskı.
2. ASLANOVA, K. (2013). *Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku*, Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, Cilt:2, Sayı:3, Temmuz 2013.
3. BERKİ, O.F. (1971). *Türk Hukukunda Kanun İhtilafları*, ss.42.
4. BERKİ, O.F. ve ERGÜNEY, H. (1963). *Yabancılar Hukuku ve Kanun İhtilafları İle İlgili Yargıtay Kararlarının Tahlil ve İzahları*, Ankara, 1963.
5. BOZ, M. (2004). *Turizmin Gelişmesinde Alternatif Turizm Pazarlamasının Önemi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, SBE, 2004, s.132.
6. CENTEL N., ZAFER H., ÇAKMUT Ö. (2008). *Türk Ceza Hukukuna Giriş*, Beta, 5. Bası, Ekim 2008, ss. 122-123.
7. ÇELİK, Ç.A. (2012). *Tazminat ve Alacaklarda Sorumluluk ve Zamanaşımı*, Bilge Yayınevi, 1. Baskı, Eylül 2012, ss. 675.
8. ÇELİKEL, A. (2010). *Milletlerarası Özel Hukuk*, Beta, Yenilenmiş 10. Bası, ss. 5-6.
9. DEMİR, M. (2007). *Hekimlik Sözleşmesinden Doğan Sorumluluğun Koşulları*, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara 2007.
10. GÜLMEZ, Z. (2012). *Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2012.
11. NÖMER, H. (2010). *Devletler Hususi Hukuku*, 18. Bası: Nomer/Şanlı, İstanbul, 2010.
12. OLALI, H. ve TİMUR, A. (1988). *Turizm Ekonomisi*, Ofis Ticaret Matbaacılık, İzmir, 1988, s. 17.
13. ÖZDEMİR, M. (1992). *Turizmin Türkiye’nin Sosyo-Ekonomik Yapısına Etkileri*, Ankara.
14. SRIVASTAVA, R. (2006), *Indian Society for Aphaeresis and Aphaeresis Tourism in India – Is there a future?* Transfus Apher, 2006; 34 (2): 139 :44.
15. SÜTLAŞ, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, Çivi Yazıları, İstanbul 2000.
16. ŞENGÜL, C. (2012). *Sağlık Turizminde Özel Hastanelerin Rolü*, V. Uluslar arası Sağlık Turizmi Kongresi, Ankara.
17. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2012a). *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, ss.13.
18. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, (2012b). *Sağlık Turizmi Çalışmaları*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2012, ss. 17.
19. UYANIK ÇAVUŞOĞLU, A. (2013). *Sınır Ötesi Sağlık Hizmeti ve Hukuk*, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Yıl: 2013, Sayı:26, ss. 74.
20. YAĞCI, Ö. (2003). *Turizm Ekonomisi*, Ankara, Detay Yayıncılık.
21. YILMAZ, E. (2006). *Öğrenciler İçin Hukuk Sözlüğü*, Yetkin Yayınları, 2006.

SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA YABANCI HASTA MEMNUNİYETİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Levent KÜFECİLER*

Dilaver TENGİLİMOĞLU**

E. Asuman ATILLA***

Aykut EKİYOR****

ÖZET

Sağlık turizmi, turizm destinasyonları içerisinde giderek önemini artıran bir konuma sahiptir. Ülkemizin gerek turizm potansiyelindeki gerekse sağlık yatırımlarındaki artış, sağlık ve turizm politikalarının da Sağlık Turizmi alanına yönelmeye başlamasına neden olmaktadır.

Sunulan sağlık hizmetinden memnuniyetin sağlanması, önemli miktarda kaynak ayrılan sağlık alanındaki israfın önlenmesi ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı İstanbul genelinde tıbbi tedavi olmak için ülkemize gelen hastaların hasta tatmin düzeyinin ölçülmesi, buradan hareketle hasta tatminini etkileyen faktörlerin irdelenmesi ve öneri geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada katılımcıların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla uzman görüşleri sonrasında belirlenen 26 adet 5’li Likert tipi ifade yöneltilmiştir. Yapılan ön uygulamada bu 26 ifadenin Cronbach&Alpha katsayısı 0.8674 olarak bulunmuş ve bu değer çalışma için yeterli görülmüştür. Araştırma kapsamında 753 yabancı hastaya ulaşılmış, bunlardan çalışmaya katılmak istemeyen, eksik ve hatalı dolduranların cevapları değerlendirme dışında tutulmuş ve 424 tanesi tam ve eksiksiz olduğu için değerlendirmeye alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Turizm, Hasta, Memnuniyet.

*Dr., Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, l.kufeciler@hotmail.com

** Prof. Dr. Atılım Üniversitesi, İşletme Fakültesi, dilaver.tengilimoglu@gmail.com

***Öğr. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi, İİBF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, asumanatilla@gmail.com

****Yrd. Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, İİBF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, aykutekiyor1974@yahoo.com

AN INVESTIGATION IN DETERMINING FOREIGN PATIENT SATISFACTION UNDER HEALTH TOURISM

ABSTRACT

Health tourism has an increased importance within tourism destinations. Both the increase in the tourism potential and the increase in the health investments have directed health and tourism policies towards Health Tourism.

For the satisfaction of the provided Health services, it is important to prevent waste in the health sector where a significant amount of resources are allocated and to increase the public health level. The purpose of this study is to measure patient satisfaction levels of the patients across Istanbul coming for medical treatment to our country, thus, examining the factors effecting patient satisfaction and bringing forward recommendations. In this study, a total of 26 5-point Likert-type of expression were directed to the participants to measure their satisfaction levels which were determined after expert opinions. In the pilot study the Cronbach & Alpha coefficient of the 26 expressions was found as 0.8674 and this value was found sufficient for the study. Within this research 753 foreign patients were reached but the ones who did not want to participate in the study, those who filled incomplete or incorrect were excluded, and 424 of them were evaluated as for being complete and correct.

Key words: Health, tourism, patient, satisfaction.

1. Giriş

Türkiye alternatif turizm olanakları açısından oldukça zengin kaynaklara sahip bir ülkedir. Ülkemiz açısından mutlaka değerlendirilmesi gereken bu kaynaklardan birisi sağlık turizmidir. Çünkü katma değeri kitle turizmine göre oldukça yüksektir. Müşteri memnuniyeti anlayışını benimseyen her kuruluş gibi, sağlık hizmeti sunan hastanelerin hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti gibi konulara odaklanması gerekmektedir. Daha önce de bahsettiğimiz gibi özellikle katma değeri oldukça yüksek olan sağlık turizmi alanında hasta memnuniyeti oldukça önemli bir konu haline gelmiştir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık turizmi, çeşitleri ve sağlık turizminde hasta memnuniyeti kavramlarının açıklanması ve tıbbi tedavi almak amacıyla ülkemize gelmiş olan sağlık turistlerinin hasta tatmin düzeylerinin ölçülerek, konuyla ilgili öneriler geliştirilmesidir.

1.1.Sağlık Turizmi

Sağlık Turizmi, seyahat etmek sureti ile ikamet ettiği yerleşimin dışında konaklayarak sağlığını korumayı veya yeniden kazanmayı amaçlayan insanların gerçekleştirdiği turizm çeşididir (Kiremit, 2008: 4). Sağlık turizmi bu kapsamda tanımlandığında, en geniş anlamıyla, “kendi yaşadığı yerden başka yerlere sağlık amacı ile seyahat eden insanların oluşturduğu turizmdir” şeklinde açıklanmaktadır (İçöz, 2009; 2260).

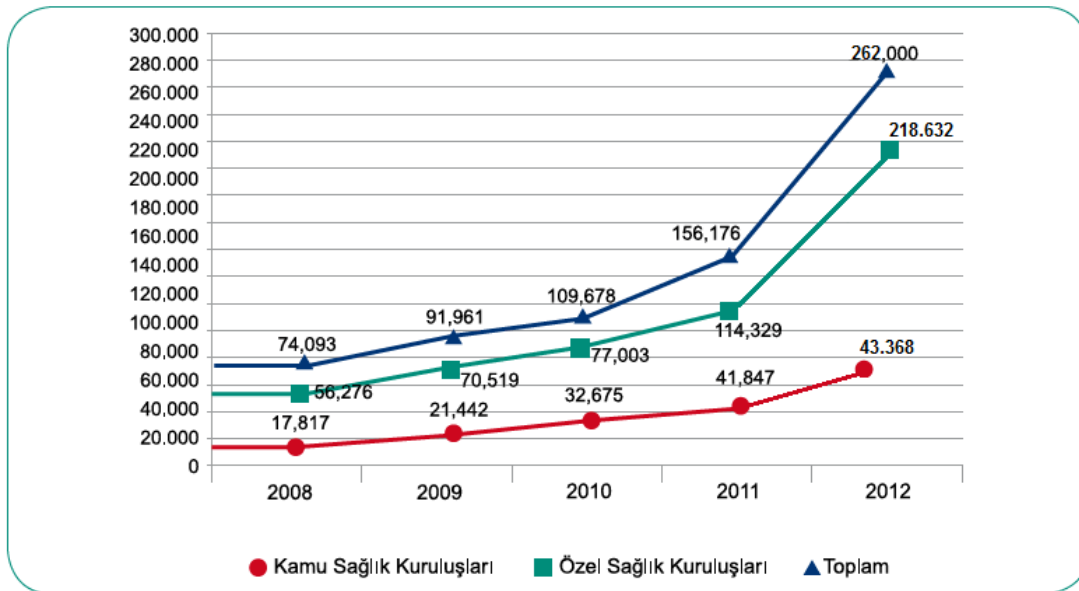
Magablih'e göre sağlık turizmi, “hastaların, sağlıklarını iyileştirmek ya da en azından sağlık durumlarını bir düzene sokmak amacıyla, 24 saatten az olmamak ve en fazla 1 sene sürmek koşulu ile çalışmak ya da yaşamak gibi bir amaç güdülmeksizin başka bir ülkeye

gitmektedir.” (Yalçın 2006: 34). Ülkemizde sağlıkla ilgili en önemli kurum olan Sağlık Bakanlığı ise sağlık turizmini: “ikamet edilen yerden başka bir yere herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak için yapılan planlı seyahate sağlık turizmi denir.” şeklinde tanımlamıştır (Aydın, Şeker, 2011: 6).

Dünyada uluslararası turizm hareketlerine katılan kişi sayısı 1950 yılında 25.2 milyon kişi, 1995 yılında 528 milyon kişi iken, Dünya Turizm Örgütü verilerine göre, 2011 yılında turizm hareketliliği 980 milyonu bulmuştur (<http://saglikturizmi.gov.tr>). Uluslararası turizm hareketi 2012 yılında yüzde 4 oranında büyüme gösterdi. Dünya Turizm Örgütü (UNWTO) tarafından açıklanan verilere göre uluslararası seyahat gerçekleştiren kişi sayısı 2012 yılında ilk defa 1 milyar sınırını aşarak 1 milyar 35 milyona ulaşmıştır (www.turizmdebusabah.com). Ülkemizde ise 2012 yılı verilerine göre toplam 262.000 sağlık turistinin hizmet satın aldığı görülmektedir.

Şekil 1: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı- Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu 2012



(/www.saglik.gov.tr)

Türkiye’de 42 adet JCI ile akredite olmuş uluslararası standartlarda akredite olmuş sağlık kuruluşu mevcuttur. Başta İstanbul ve Ankara olmak üzere özel, kamu ve üniversite hastaneleri dünyadaki en yüksek teknoloji ile donatılmıştır. Türkiye’de birçok hastane de onkolojik tedaviler, kardiyovasküler cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, estetik cerrahisi, göz ve diş ileri teknolojili sağlık hizmetleri verilmektedir. Yine bu hastanelerde Cyberknife, robotik cerrahi, MR, hizmetleri, kemik iliği, organ transplantasyonu yapılabilmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı bünyesinde 7/24 saat Arapça, İngilizce, Almanca ve Rusça dilinde Acil durumlarda 112, şikayet durumlarında 184 nolu hatlardan ve hastanelerde uluslararası hastalara tercümanlık hizmetleri mevcuttur (www.saglikturizmi.gov.tr).

6. Uluslar arası Sağlık Turizmi Kongresin’de de (22-25 Kasım 2013) bildirildiği üzere, ülkemize en çok aşağıda belirtilmiş olan endikasyonlarda yurt dışından hasta gelmektedir (www.healthtourismcongress.org):

- Göz
- Saç ekimi
- Diş
- Estetik cerrahi
- Ortopedi
- Omurga cerrahisi
- Kardiyovasküler cerrahi
- Jinekoloji ve ürolojik operasyonlar (infertilite)
- Kulak-burun-boğaz

Bu başvuruların %69’u Özel Hastanelere, %31’i ise Kamu Hastanelerine yapılmıştır.

1. 2. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık Turizmi; hedef pazardaki turistlerin ihtiyaç ve beklentileri, tedavi şekilleri, kullanılan kaynakların farklılığı açısından 4’e ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Medikal (Tıbbi) Turizm,
2. Kaplıca (Termal) Turizm,
3. Yaşlı Bakımı ve Engelli Bakım Turizmi ve
4. Spa ve Wellness Turizmidir.

Medikal turizm, tedavi amacıyla başka ülkelere yapılan seyahatlerdir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin fiyatlarının yüksek oluşu ve uzun bekleme sürelerinin verilmesi gibi nedenlerle hastalar uzun mesafedeki pek çok ülkeye yüksek standartlardaki medikal uygulamalar nedeniyle seyahat etmektedirler. Öncelikli amaç “tedavi” olmakla birlikte hastalar; konaklama, yiyecek-ıçecek, ulaşım, seyahat programları gibi turizm sektörünün sağladığı hizmetlerden yararlanmaktadırlar (Şahin, Tuzlukaya, 2013: 57).

Termal turizm, sağlık turizmi içerisinde değerlendirilen, içeriklerinde erimiş mineral bulunan maden sularının dinlenme, zindeleşme, tedavi vb. amaçlarına dönük olarak kullanımından doğan bir dizi ilişkiden kaynaklanmaktadır (Çavuş, 1994: 50).

Bakıma muhtaç yaşlıların, bakım ihtiyaçlarını giderebilme amacıyla başka ülkelere seyahat etmelerine yaşlı turizmi denilmektedir. Bu bağlamda yaşlı bakımlarının bir başka ülkede üstlenilmesi yaşlı bakımıyla turizmi bir noktada birleştirmektedir (Çetinkaya ve Zengin, 2009; 173). Yaşlı ve engelli turizmi ise 65 yaş ve üzeri insanların özellikle son 20-30 yılda artan yaş ortalamalarına paralel olarak bakım gerektiren tedavileri kapsayan bir sağlık turizmi çeşididir. Özellikle batı Avrupa ülkelerinde görülebilecek yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranındaki artış bu turizm çeşidi açısından dikkat çekicidir. Öyle ki, bazı ülkelerde 65 yaş üstü grubun toplam nüfusa oranı % 25 lerin üzerine çıkmaktadır. Bu gelişme, ileri yaş insanların farklı sağlık harcamalarını ve farklı tedavi süreçlerini beraberinde getirmektedir.

İleri yaş turizmi içinde gezi turları, rehabilitasyon hizmetleri, çeşitli terapiler, bakım evlerinde yaşlıların bakımı ve engelliler için özel geziler ve bakıma dönük tedaviler bu sağlık turizmi çeşidinin alt başlıklarıdır (www.busat.org.tr).

Hastalık sonrası rehabilitasyon dönemlerinde veya kalıcı hasar bırakan rahatsızlıkların kısmen iyileştirilmesi amacıyla kaplıca ve spa merkezlerinde yardımcı sağlık personeli veya diğer yetkili personel tarafından yapılan tedavi destekleyici veya rehabilite edici uygulamalar ise spa ve wellness turizmi olarak tanımlanmaktadır (Ayдын, Şeker, 2011: 6).

1.3. Sağlık Turizminde Hasta Memnuniyeti

Müşteri memnuniyeti, ürünün alınması ve kullanılması sonucu müşterinin geçtiği bütün bilişsel veya duygusal aşamaların bir sonucudur (Oliver, 1997: 20) ve kaliteli üretim, müşteri ihtiyaçları, müşteri şikâyetleri, toplam kalite, verimlilik ve yönetim tarzı gibi konular günümüzde, hizmetlerin etkinliğinin sağlanmasında önemli değerler arasında sayılmaktadır (Kozak ve Güçlü, 2006: 10-11).

Türkiye’de en fazla istihdam olanağı sunan sektörler içinde yer alan turizmin, uzun vadeli yaklaşımlar içinde sürdürülebilirliğin sağlanması; planların yerel halkın da dâhil olduğu tüm ilgi gruplarının katılımıyla ortaya konması ve uygulanması; yerelden yönetim modelleri; ziyaretçi yönetimi ve hizmet kalitesi unsurlarına gereken önemin verilmesi; turizmin çeşitlendirilmesi; tüm yıla yayılması; müşteri memnuniyeti esasına dayalı kaliteli bir hizmetin sunulması ve turizme kaynak oluşturan doğal, tarihi ve kültürel kaynakların korunması hakkında eğitim ve bilinçlendirmenin gerekliliği gibi pek çok konu son yıllarda üzerinde önemle durulur hale gelmiştir. Gelecekte de *sürdürülebilirlik anlayışı içinde; turizm eğitimi almış personel ile turizme kaynak değerleri koruma yaklaşımı ile daha kaliteli hizmet sunan ve bu doğrultuda daha eğitilmiş, orta ve üst gelir seviyesine sahip turisti hedef edinen bir Türkiye turizmi* benimsenmelidir (TÜSİAD, 2012:14).

Her ne kadar fiyat önemli bir gösterge olsa da en önemli göstergenin bu olmadığı, tıbbi bilimlerle birlikte ileri teknoloji ve tıbbi müdahaleler sonucu elde edilen başarıyla hasta memnuniyeti belirleyici unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Belki Hindistan, Tayland ve Singapur gibi ülkelerin önde gitmesini fiyat avantajı ile açıklamak mümkün olabilir ama tıbbi işlemlerin oldukça pahalı olduğu Amerika Birleşik Devletlerinin dünya genelinde 4. sırada gelmesini fiyat avantajıyla izah etmek pek olası gözükmemektedir. Zira pek çok insan pahalı dahi olsa yüksek kaliteli bakım ve ileri teknolojiyi tercih etmektedir. Sağlık turistinin tercihinde önemli rol oynayan unsurları şu şekilde sıralamak mümkündür (www.tuyev.org):

- ✓ Ödenebilirlik
- ✓ Erişilebilirlik
- ✓ Uygunluk
- ✓ Bakım Kalitesi
- ✓ Turizm unsuru
- ✓ Mahremiyet ve
- ✓ Artı Yararlar

Bu nedenle iyi bir medikal turizm destinasyonundan bahsedebilmek için yukarıda sayılan unsurlardan birden fazlasına sahip olunması gereklidir.

Turistin memnuniyet düzeyinin artırılmasında ve turizm faaliyetlerinin etkinliğinde, yöre halkının ve turistlerin olumlu etkileşimi önemlidir. Bunun sağlanması, doğru ve güvenilir

hizmet anlayışı, turistleri aldatmamak, dürüst olmak ve ahlâk kuralları çerçevesinde hizmet sunmakla mümkündür (Kozak ve Güçlü, 2006: 9).

Müşteri memnuniyetinin kurum imajı açısından önemini göstermeyi amaçlayan istatistiklere göre; memnun kalmayan bir müşteri, bunu 10 kişiye anlatmakta, bunların %13’ü de problemi 20 kişiye anlatmaktadır. Bu aşamadan sonra ağızdan çıkan olumsuz sözleri düzeltmek için, hiçbir reklam çabası da işe yaramamaktadır. Diğer yandan memnun kalmış ya da şikayetleri giderilmiş müşteriler, bu olumlu tecrübelerini yaklaşık olarak 3 ya da 5 kişiye söylemektedirler. Bu nedenle memnun kalmayan her bir müşteri için 3-4 müşteri daha memnun etmek gerekmektedir (Gerson, 1997: 21). Bu şekilde ağızdan ağıza yapılan olumlu reklam işletmeler açısından en avantajlı pazarlama araçlarından biridir. Müller ve Reisenbeck’e göre de 100 memnun müşterinin yaklaşık 30 yeni müşteriye reklam yaptığı öne sürülmektedir (Müller ve Reisenbeck, 1991: 69). Bu tür bir reklam ekonomiklik açısından işletmeler için en hesaplı olanıdır çünkü devam eden tavsiyeler içermektedir.

Dolayısıyla, ülkemizden sağlık hizmeti almak amacıyla gelen müşterilerin algıladıkları kalite, bekledikleri kaliteden yüksek olmalıdır ki memnuniyetleri de bu ölçüde yüksek olsun. Müşteri memnuniyetinin sağlanması ile de müşterinin tekrar aynı kurumu tercih etmesi ve memnuniyetini olumlu bir reklam fırsatı olarak çevresine yayması ve bu şekilde işletme için yeni müşteriler temin etmesi sağlanmış olur.

2. Yabancı Hasta Memnuniyetini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma

Yapılan çalışmada, sağlık turizmi ile ülkemize tedavi amacıyla gelen hastaların tedavi edildikten sonra ki memnuniyet düzeylerini ölçmek için hasta tatminini etkileyen sebeplerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini sağlık turizmi ile ülkemize gelen hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın çalışma evrenini ise İstanbul da bulunan İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Şişli Etfal Hastanesi, İstinye Devlet Hastanesi, Dünya Göz hastanesi, İstanbul Göz Hastanesi, Medikal Park Bahçelievler Hastanesi ve Medicine Bahçelievler Hastanesi oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 753 yabancı hastaya ulaşılmış, bunlardan çalışmaya katılmak istemeyen, eksik ve hatalı dolduranların cevapları değerlendirme dışında tutulmuş ve 424 tanesi tam ve eksiksiz olduğu için değerlendirmeye alınmıştır. Seçilen yabancı uyruklu hastalar ile ilgili bilgiler hastane kayıtlarından alınarak, tedavi süreçleri bittiğinde anketler uygulanmıştır. 3 ayda ve 5 dilde (İngilizce, Rusça, Arapça, Almanca, Fransızca) uygulanan anketlerden 424 tanesi tam ve eksiksiz doldurulmuş olup çalışma için veri kabul edilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla uzman görüşleri sonrasında belirlenen 26 adet 5’li likert tipi ifade yöneltilmiştir. Yapılan ön uygulamada bu 26 ifadenin Cronbach&Alpha katsayısı 0.8674 olarak bulunmuş ve bu değer çalışma için yeterli görülmüştür.

4. Bulgular

Yaş grupları açısından hastalar 22 yaş ile 81 yaşları arasındadır. Hastaların yaşları ortalaması 48.2 (2.40) standart hata olarak saptanmıştır. 0-30 yaş grubu hasta sayısı toplamın % 17.9'unu, 31-50 yaş grubu % 33.5'ini, 51-65 yaş % 26.2'sini ve 66 ve üzeri ise % 22.4'ünü oluşturmaktadır.

Anket uygulanan hastaların %59.4'ü erkek hasta %40.6'sı kadın hastadır. Medeni durumu evli olan hastalar %83.9 bekâr olan hastalar %16.1'dir. Tedavi gören hastaların %85.6'sının resmi veya özel sağlık sigortası mevcut iken %14.4'ünün hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Eğitim durumları açısından değerlendirirsek okuryazar olmayan hastalar %6.8, sadece okuryazar olanlar %18.2, ilkokul mezunu olanlar %20.8, lise-kolej mezununu olanlar,%24.5, üniversite mezunu olanlar%26.9 ve yüksek lisans mezunu olanlar %2.8'dir.

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri

YAŞ	SAYI	%	SOSYAL GÜVENCE	SAYI	%
0-30 YAŞ	76	17,9	MEVCUT	363	85,6
31-50 YAŞ	142	33,5	MEVCUT DEĞİL	61	14,4
51-65 YAŞ	111	26,2	Toplam	424	100
66 YAŞ ve ÜZERİ	95	22,4			
Toplam	424	100	EĞİTİM DURUMU	SAYI	%
			OKURYAZAR DEĞİL	29	6,8
CİNSİYET	SAYI	%	OKURYAZAR	77	18,2
ERKEK	252	59,4	İLKOKUL	88	20,8
KADIN	172	40,6	LİSE-KOLEJ	104	24,5
Toplam	424	100	YÜKSEKOKUL	-	-
			ÜNİVERSİTE	114	26,9
MEDENİ DURUM	SAYI	%	YÜKSEK LİSANS	12	2,8
EVLİ	266	83,9	Toplam	424	100
BEKÂR	51	16,1			
Toplam	424	100			

Yapılan çalışmada, sağlık turisti olarak gelen hasta sayılarında, ilk 5 sırayı sırasıyla Türkmenistan (62 hasta), K.K.T.C. (44 hasta), Almanya (38 hasta), Ukrayna (37 hasta) ve Azerbaycan (36 hasta) oluşturmaktadır.

Tablo 2. Ülkelerine Göre Ankete Katılan Hasta Sayıları

ÜLKE ADI	SAYI	ÜLKE ADI	SAYI
TÜRKMENİSTAN	62	RUSYA	4
K.K.T.C.	44	FRANSA	3
ALMANYA	38	TUNUS	3
UKRAYNA	37	YUNANİSTAN	3
AZERBAYCAN	36	ERMENİSTAN	3
UGANDA	33	MISIR	2
HOLLANDA	18	FAS	2
UMMAN	18	İRAN	2
BULGARİSTAN	15	PAKİSTAN	2
IRAK	13	NİJERYA	1
AVUSTURYA	13	MAKEDONYA	1
GÜRCİSTAN	12	BOSNAHERSEK	1
AFGANİSTAN	10	SENEGAL	1
URUGUAY	8	MOĞOLİSTAN	1
ARNAVUTLUK	5	SUDAN	1
YEMEN	5	KIRGIZİSTAN	1
ÖZBEKİSTAN	5	KENYA	1
SUUDİ ARABİSTAN	4	KOSOVA	1
ROMANYA	4	MOLDOVA	1
LİBYA	4	SURİYE	1
ÜRDÜN	4	LÜBNAN	1
GENEL TOPLAM	424		

Hastaların hastaneye gelmesiyle, yatış işlemlerinin yapılmasına kadar geçen süre, hastalar ve hastane için ilk izlenim açısından oldukça önemlidir. Yatış için bekleme süresinin uygunluğunda hastaların %47.4'ü kesinlikle memnun, %31.6'sı memnun ve %12.7'si kısmen memnun olarak, toplamda %91.7 ile çok yüksek bir oranda memnuniyet ifadesi tespit edilmiştir. Hastaların yatış işlemi yapan sekreterlerin ilgi ve alakası için ise %68.2 kesinlikle memnun, %22.4 memnun ve % 8 kısmen memnundur. Toplamda ise bu oran %98.6'dır. Hastane kuralları hakkında bilgilendirilme açısından oranlar toplamda %89.2 bulunmuştur.

Tablo 3. Hastaların Memnuniyet Oranları

	Kesinlikle memnunum		Memnunum		Kısmen memnunum		Memnun değilim		Hiç memnun değilim	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yatış için bekleme süresi	201	47,4	136	31,6	52	12,7	20	4,7	15	3,5
Sekreterin ilgi alakası	289	68,2	95	22,4	34	8	4	0,9	2	0,5
Hastane kuralları hakkında bilgilendirilme	166	39,2	123	29	89	21	37	8,7	9	2,1

Hastaların kaldığı oda ve çevresinin sessizliği konusunda hastaların cevapları %48.1 kesinlikle memnun,%27.6 memnun %19.6 kısmen memnundur. Toplamda ise bu oran %95.3 çıkmıştır. Hasta odası ve servis temizliği konusunda genel toplam olarak %90.8’lik bir oran, hasta odası ısı ve havalandırması için %95.8, hasta tuvalet ve banyo temizliği için %96.9, hasta odalarındaki eşyaların çalışırılığını için %96.9 ve hastane yemekleri için %72.2’lik bir oran bulunmuştur. Yemeklerin lezzeti ve sıcaklığı diğer kriterlere göre düşük bir oranda çıkmıştır.

Tablo 4. Hasta Yatış Odası ve Hastane Yemekleri Memnuniyet İstatistikleri

	Kesinlikle memnunum		Memnunum		Kısmen memnunum		Memnun değilim		Hiç memnun değilim	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hasta odası ve çevresinin sessizliği	204	48,1	117	27,6	83	19,6	11	2,6	9	2,1
Hasta odası ve servis temizliği	219	51,7	121	28,5	45	10,6	31	7,3	8	1,9
Hasta odası ısı ve havalandırması	262	61,8	76	18	68	16	14	3,3	4	0,9
Hasta tuvalet ve banyo temizliği	291	68,6	90	21,2	30	7,1	6	1,4	7	1,7
Hasta odasındaki eşyaların çalışması (televizyon, hemşire çağrı zili, telefon, televizyon vs.)	252	59,4	89	21	70	16,5	13	3,1	-	-
Hastane yemeklerinin lezzeti ve sıcaklığı	200	47,2	66	15,6	40	9,4	70	16,5	48	11,3

Hastane çalışanlarının hastalara karşı ilgi ve nezaketlerinde genel olarak hekimler için %97.9, hemşireler için %95.5 ve temizlik personeli için %100’lük bir oran bulunmuştur. %100’lük bir oranda hekimlere karşı güven duyulduğu hemşirelere karşı ise bu oranın %99.3 olduğu saptanmıştır. Tedavi hakkında bilgilendirilme açısından hekimler %98.6 hemşireler %95.3 oranında hastalara bilgi vermede memnuniyet sağlamışlardır.

Tablo 5. Hastane Çalışanları ile İlgili Memnuniyet İstatistikleri

	Kesinlikle memnunum		Memnunum		Kısmen memnunum		Memnun değilim		Hiç memnun değilim	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekimlerin size karşı ilgi ve nezaketi	270	63,7	107	25,2	38	9	9	2,1	-	-
Sizi tedavi eden hekime güven duygunuz	256	60,4	119	28,1	49	11,5	-	-	-	-
Hekimler tarafından hastalığınız ve tedavisi hakkında bilgilendirilme	197	46,5	126	29,7	95	22,4	4	0,9	2	0,5
Hemşirelerin size karşı ilgi ve nezaketi	276	65,1	101	23,8	28	6,6	19	4,5	-	-
Sizi tedavi eden hemşirelere karşı güven duygusu	211	49,8	178	42	32	7,5	3	0,7	-	-
Hemşirelerin yapacakları tedavi hakkında sizi bilgilendirmesi	194	45,7	169	39,9	41	9,7	13	3,1	7	1,6
Temizlik personelinin ilgi ve nezaketi	251	59,2	173	40,8	-	-	-	-	-	-

Hasta muayenesi sırasında mahremiyetin sağlanması konusunda %100'lük bir memnuniyet oranı saptanmıştır. Hasta yakınlarının gerektiği zaman hekim ile görüşebilmesi açısından %36.3 kesinlikle memnun, %26.4 memnun, %21 kısmen memnun olmak üzere %83.72'lik bir genel memnuniyet oranı saptanmıştır. Hemşire ve hekimlerin çağrılara yanıt vermesi konusunda da %92.4'lük bir memnuniyet oranı saptanmıştır.

Tablo 6. Muayene ve Tedavi Sırasındaki Memnuniyet İstatistikleri

	Kesinlikle memnunum		Memnunum		Kısmen memnunum		Memnun değilim		Hiç memnun değilim	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Muayene sırasında mahremiyet sağlanması	290	68,4	120	28,3	14	3,3	-	-	-	-
Hasta yakınlarının hekimle görüşebilme imkânı	154	36,3	112	26,4	89	21	41	9,7	28	6,6
Hemşire ve hekimin çağrılara yanıt vermesi	207	48,8	185	43,6	-	-	24	5,7	8	1,9

Tedavi sonrası karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgilendirilme konusunda kesinlikle memnun %48.1, memnun %43.9, kısmen memnun %6.1 ve genel memnuniyet toplamı % 98.1 bulunmuştur. Tedavi sonrası iletişim kurulabilecek imkânların sağlanması konusunda %100'lük bir memnuniyet oranı vardır.

Genel olarak hastalar aldıkları tedavi ve bakımı değerlendirdiklerinde %74.5 kesinlikle memnun, %21.7 memnun, %3.3 kısmen memnundur. Genel toplam olarak memnuniyet değeri %99.5 olmuştur.

Hekim ve hemşirelerin ellerinden geleni yapması ve hastane güvenilirliği konularında %100 memnuniyet oranı bulunmuştur. Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilmede hastalar %39.6 kesinlikle memnun, %27.6 memnun ve %21.7 kısmen memnundur.

Hastane kalitesi hakkında oranlara bakarsak %67.2 kesinlikle memnun, %26.2 memnun, %6.4 kısmen memnun toplamda %99.8'lik bir memnuniyet oranı saptanmıştır.

Tablo 7. Tedavi Sonrası Memnuniyet İstatistikleri

	Kesinlikle memnunum		Memnunum		Kısmen memnunum		Memnun değilim		Hiç memnun değilim	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tedavi sonrası evinize gittiğinizde karşılaşılabileceğiniz sorunlar hakkında bilgilendirilme	204	48,1	186	43,9	26	6,1	5	1,2	3	0,7
Tedavi sonrası iletişim kurulabilecek imkânların yeterliliği (telefon, mail vs.)	301	71	123	29	-	-	-	-	-	-
Genel olarak aldığınız tedavi ve bakım	316	74,5	92	21,7	14	3,3	2	0,5	-	-
Hekim ve hemşirelerin ellerinden geleni yapması	276	65,1	141	33,3	7	1,6	-	-	-	-
Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilme	168	39,6	117	27,6	92	21,7	40	9,4	7	1,7
Hastane güvenilirliği	301	71	104	24,5	19	4,5	-	-	-	-
Hastane kalitesi	285	67,2	111	26,2	27	6,4	1	0,2	-	-

Tedavisini tamamlayan hastaların %93.6'sı hastaneyi başkalarına da tavsiye edebileceklerini, %91.7'side tekrar ihtiyaç olduğunda yine bu hastaneyi tercih edeceklerini bildirmiştir. Ayrıca hastaneye başvuran hastaların %95'i bu hastaneye ilk defa geldiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 8. Hastaların Hastane ile İlgili Düşünceleri

	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastaneyi başkalarına tavsiye eder misiniz?	397	93,6	27	6,4
Hastaneyi tekrar tercih eder misiniz?	389	91,7	35	8,3
Hastaneye ilk başvurunuz mu?	403	95	21	5

Hastaların anket cevaplarına göre %15.4'lük bir kesim hastaneyi kaliteli olmasından dolayı, %15.2'lik kesim güvenilir olmasından dolayı, %14.6'lık kesim ekonomik olmasından dolayı, %15.5'lik kesim teknolojik yeniliklere sahip olmasından dolayı, %14.9'lük kesim dünya tıp uygulamalarını yakından takip etmesinden dolayı, %11.4'lük kesim kendi ülkesinin sağlık sisteminin yetersiz olmasından dolayı, %3.3'lük kesim hem tedavi hem de tatil yapmak istediğinden dolayı, %6.3'lük kesim başkalarının tavsiyesinden dolayı ve %3.4'lük kesimde sigorta şirketlerinin yönlendirmesinden dolayı hastaneyi tercih etmişlerdir.

Tablo 9. Hastaların Hastaneyi Seçme Sebepleri

	SAYI	%
Kaliteli olması	411	15,4
Güvenli olması	407	15,2
Ekonomik olması	391	14,6
Teknolojik yeniliklere sahip olması	414	15,5
Dünya tıp uygulamalarını takip etmesi	399	14,9
Kendi ülkemizin sağlık sistemi yetersizliği	304	11,4
Hem tedavi hem de tatil yapmak isteği	89	3,3
Daha önce tedavi olmuş hastaların tavsiyesi	168	6,3
Sigorta şirketlerinin yönlendirmesi	92	3,4

Hastaların yabancı bir ülkeyi seçmelerini etkileyen iletişim kanalları ise %7.8 televizyon tanıtımları, %21.4 internet tanıtımları, %14.7 sigorta şirketlerinin önerisi, %13.9 başkalarının tavsiyesi, %19.6 Türkiye Sağlık Turizmi Rehberi, %7 sağlık turizm acenteleri ve %15.6 Sağlık Bakanlığı Web sitesidir.

Tablo 10. Yabancı Bir Ülkeyi Seçmenizi Sağlayan İletişim Kanalları

	SAYI	%
Televizyon Tanıtımları	107	7,8
İnternet Tanıtımları	294	21,4
Sigorta Şirketlerinin Önerisi	203	14,7
Daha Önce Tedavi Olan Kişilerin Tavsiyesi	191	13,9
Türkiye Sağlık Turizmi Rehberi	270	19,6
Sağlık Turizm Acenteleri	97	7
Sağlık Bakanlığı Web. Sitesi	214	15,6

4. Tartışma

Hastanelerin hizmet kaliteleri ne kadar yüksek olursa hasta memnuniyet düzeyleri de aynı oranda artmaktadır. Yapılan çalışmada, genel memnuniyet düzeyi %99.5 olarak bulunmuştur. Bu değer hastanelerin hizmet kalitelerinin çok yüksek bir oranda olduğunu göstermektedir. Memnuniyet değerinin bu kadar yüksek çıkmasının sebebi ise hastaların hastaneyi mecburiyetten değil de kendi istekleri ile araştırarak ve tavsiye edilerek seçmiş olmalarıdır. Bir nevi kaliteli hizmetin araştırılıp bulunmasıdır.

Çalışma grubunun kendilerine yaklaşma biçimi açısından doktorlardan %97.9, hemşirelerden %95.5 ve temizlik personelinin %100'lük bir oranda memnun kaldıkları saptanmıştır. Ayrıca çalışma grubu %100'lük bir oranda hekimlere karşı güven duyduğunu hemşirelere karşı ise %99.3 oranında da güven duyduklarını belirtmeleri genel anlamda çalışan personellerden memnun olduklarını desteklemektedir.

Hastaları tedavi oldukları süre boyunca kendilerini evlerinde hissetmelerini sağlamak gerekmektedir. Otel konforunda temiz ve tedavinin desteklenmesi açısından huzurlu ve sessiz bir ortam sağlanması kaçınılmaz bir gerekliliktir. Araştırma grubunda kaldıkları odalar ile ilgili sessizlik açısından %95.3, temizlik açısından %90.8, ısı ve havalandırma açısından %95.8, tuvalet ve banyo temizliği açısından %96.9 ve hasta odasındaki eşyalar açısından %96.9'luk bir oran bulunması hastaların genel memnuniyet düzeylerinin yeterince karşılandığını göstermektedir. Fakat bu memnuniyet seviyesi hastane yemekleri açısından %72.2'lik bir değerle beklenenin altında çıkmıştır. Bunun sebebi ise her hastanın farklı bir yemek kültürünün oluşu ve her hastaya göre farklı yemek seçiminin sağlanamamasıdır.

Hastanelerin görevi sadece hastaları tedavi oldukları süre boyunca değil tedavi bittikten sonrada takip etmektir. Hastalar tedavi sonrası karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında %98.1 oranında bilgilendirildiklerini, %100 oranında da tekrar geri dönüş sağlanması için iletişim kanallarının bulunduğunu belirtmişlerdir.

Çalışma grubunun hastanenin %99.8 oranında güvenilir olduğunu ve %99.8 oranında kaliteli olduğunu söylemesi memnun bir şekilde tedavi gördüklerini göstermektedir.

Hastaneler açısından hastaların tekrar hastaneyi tercih etmeleri ve başkalarına tavsiye etmeleri önemli bir konudur. Reklam için bütçe ayırmadan hastanenin tanıtımının yapılması günümüz koşullarında çok değerli bir yatırımdır. Araştırma grubundaki hastalar %93.6 oranında başkalarına hastaneyi tavsiye edebileceklerini ve %91.7 oranında tekrar ihtiyaç duyduklarında yine bu hastaneyi seçeceklerini belirtmişlerdir.

Hastanenin kaliteli olması (%15.4), güvenli olması (%15.2), ekonomik olması (%14.6), teknolojik yeniliklere sahip olması (%15.5), tıp uygulamalarını takip etmesi (%14.9), kendi ülkelerinin sağlık sistemi yetersizliği (%11.4), hastaların hastaneyi tercih etme sebeplerindedir. Hastanelerin bu sebeplere göre hastalar tarafından tercih edilmelerini sağlamaları gerekmektedir. Bu durum, yatırımlarını ve çalışmalarını yönlendirmeleri açısından önemli bir veridir.

En son olarak hastaların hastaneyi bulmalarını ve tercih etmelerini sağlayan iletişim kanallarını incelersek televizyon tanıtımları %7.8, internet tanıtımları %21.4, sigorta şirketlerinin önerisi %14.7, başkalarının tavsiyesi %13.9, Türkiye Sağlık Turizmi Rehberi %19.6, sağlık turizm acenteleri %7 ve Sağlık Bakanlığı Web sitesi %15.6'dır.

5. Sonuç

Sağlık hizmetinin üretiminde en önemli faktörlerden birisi insan faktörüdür. Özellikle hastaneler, çalışanların eğitim ve becerisinin, dolayısı ile kalitesinin artırılmasını sağlamakla yükümlüdürler. Sağlık sektöründe kalifiye eleman bulundurmamak bir zorunluluktur. Çalışanlara gereksinim duydukları konularda hizmet içi eğitimler verilmeli, güncel tıbbi eğitimleri de desteklenmelidir.

Dünya genelinde yeni tıp teknolojileri takip edilmeli ve en kısa sürede hastaneye kazandırılmaları sağlanmalıdır. Ülkemizin hastanelerinin akreditasyonlarının tamamlanması sağlanarak kalitelerinin artırılması sağlanmalıdır. Kaliteli ve güvenilir sağlık hizmetinin verildiğinden haberi olmayan hastalar için gerekli iletişim kanalları ile tanıtımlar yapılmalıdır.

Sadece tedavi olarak değil hastaların kaldıkları odaların ve çevresinin otel konforunda olması sağlanması gerekmektedir. Tedavi olacak hastaların sigorta şirketleri ve sosyal güvenlik kurumları ile anlaşmalar sağlanmalı ekonomik yönden hasta memnuniyeti sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık turizmi sunan kuruluşların sayıları artırılmalı ve standartları belirlenmelidir.

Hastanelerin yöneticilerinin öncülüğünde hastanede görev yapmakta olan tüm çalışanların katılımının sağlanacağı bir yönetim anlayışının oluşturulması kalitenin artırılması için çok önemlidir. Yatan her hastanın memnuniyetini değerlendirmek için bir düzenli veri toplama ve değerlendirme sistemi kurulmalıdır. Hastane kalite çalışmalarının başlatılması için gerekli alt yapı her hastanede bulunmasına karşın daha da geliştirilmelidir. Ayrıca bu çalışmalar düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1.Kiremit, A. S., 2008, **Turizmin Gelişiminde Alternatif olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma**, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 2.İçöz, O., 2009, “Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları”, Journal of Yasar University, 2257 – 2279.
- 3.Yalçın, P., 2006, **Türkiye’de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma**, Ankara Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 4.Aydın, D. Şeker, S., 2011, **Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü, Ankara, Kasım 2011.
- 5.<http://saglikturizmi.gov.tr/uploads/8565562-tr-medikal-turizm.pdf>, 02.11.2013.
- 6.<http://www.saglikturizmi.gov.tr/168-genel-bilgi.html>, 02.11.2013.
- 7.Şahin G., Tuzlukaya Ş., 2013, “Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi”, **Sağlık Turizmi**, Editör: Dilaver Tengilimoğlu, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- 8.Çavuş, Ş., 1994, **Termal Turizmi ve Sandıklı Termal Turizm Potansiyeli**, Türkiye, Kalkınma Bankası Turizm Yıllığı, Haziran 1994, Desen Ofset, Ankara.
- 9.Çetinkaya, T. ve Zengin, B.. 2009, “Türkiye’de İleri Yaş Bakım Turizmi ve Almanya Örneği”, VII.Geleneksel Turizm Paneli (28 Nisan 2009, ss.172-180), Sakarya.
- 10.http://www.busat.org.tr/Saglik_Turizmi_Nedir.asp, 09.12.2013.
- 11.Oliver, R. L., 1997, **Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer**, New York: Irwin/McGraw-Hill.
- 12.Kozak, Akoğlan, M. Güçlü, H., 2006, **Turizmde Etik Kavramlar, İlkeler, Standartlar**, Ankara, Detay Yayıncılık.
- 13.TÜSİAD, 2012, **Sürdürülebilir Turizm**, Yayın No: TÜSİAD-T/2012-09/531, İstanbul.
- 14.<http://tuyev.org/yayinlarimiz/SB.pdf>, 10.12.2013.
- 15.Gerson, R.F., 1997, **Müşteri Tatmininde Süreklilik**, Çev.Tülay Savaşer, Rota Yayınları, İstanbul.
- 16.<http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-80292/h/trsaglik-turizmi-2012-faaliyet-raporu.pdf>, Sağlık Bakanlığı- Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu 2012, 11.11.2013.
- 17.<http://www.turizmdebusabah.com/haberler/unwto-dunya-turizminin-2012-yilinda-ulastigi-buyume-oranini-acikladi-63463.html>, 10.11.2013.
- 18.http://www.healthtourismcongress.org/index.php/detay,43,akademik_sunumlar, Handan Yavuz Köksal, 10.11.2013.

SAĞLIK TURİZMİ AÇISINDAN BİR TERMAL MERKEZİN MARKA DEĞERİ BİLEŞENLERİ İLE ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ

Nurperihan TOSUN*

Hatice ULUSOY**

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, sağlık turizmi açısından bir termal merkezin müşteri temelli marka değeri ve bileşenlerinin belirlenmesi, SERVQUAL teknik ile hizmet kalitesinin belirlenmesi ile bu iki değişkenin arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu çalışma, Sivas ili Sıcak Çermik termal merkezinde yapılmıştır. Evrenini ve örneklemini 15-30 Haziran 2014 tarihleri arasında termal merkezde konaklayan ziyaretçiler oluşturmuştur. Veri toplama aracını; sosyo-demografik veri formu, marka değeri ölçeği ve SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeği olmak üzere 3 anket formu oluşturmaktadır. Veri toplama süreci gönüllü 304 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS 14 programında frekans dağılımı, t testi, faktör ve regresyon analiz yapılarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların %37,5'i 45-59 yaş grubunda, %58,9'u erkek ve %30,6'sı emeklidir. Katılımcıların %57,2'sinin termal merkeze geliş amacı sağlıktır, %81,9'u tekrar tercih edeceğini ve %81,3'ü ise termal merkezi çevresindekilere tavsiye edeceğini belirtmiştir. Katılımcıların %79,3'ü sunulan hizmetin kalitesini iyi ve çok iyi olarak değerlendirirken, SERVQUAL skorları -2,48 ile düşük çıkmıştır. Çalışmada hizmet kalitesi ve marka değeri bileşenleri ile yapılan çoklu regresyonda, marka sadakati ve marka farkındalığı ile hizmet kalitesi arasında güçlü ve olumlu yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Termal Destinasyon, Marka Değeri, Servqual

*Arş.Gör., Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nkarabulut@cumhuriyet.edu.tr

**Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, hulsoy@cumhuriyet.edu.tr

ASSOCIATE COMPONENTS OF BRAND EQUITY AND PERCEIVED QUALITY OF SERVICE ELSE IN TERMS OF HEALTH TOURISM IN A THERMAL CENTER

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relationship between two variables which is to determine component identification of customer-based brand equity of a thermal center in terms of health tourism and the quality of service with SERVQUAL technique. The study was conducted as descriptive and cross-sectional in Hot Spring Center of Sivas. The Universe and sample consist of visitors staying between 15-30 June 2014 in thermal center. The questionnaire form consist of sociodemographic information form, brand equity inventory and SERVQUAL service quality inventory. Data collection process was conducted with 304 volunteer participants. Data was evaluated by on the frequency distribution, t-test, regression analysis and factor in SPSS 14 programme. The study participants 37,5 % were between 45-59 years old, 58,9% were male and 30,6% were retired. 57,2% of the participants came to the thermal center for seeking health, 81,9% reported that they would choose the center again. 79,3% of respondents indicated that, offered services was good and very good in quality; SERVQUAL scores were lower by -2.48. In this study, strong and positive correlation was found between brand loyalty and brand awareness and the quality of service in the multiple regression with service quality and components of brand value.

Key Words: Health Tourism, Thermal Destination, Brand Equity, Servqual

1.Giriş

Sağlık turizmi, ülkelerin ekonomilerine sürdürebilir katma değer katan stratejik öneme sahip bir sektördür. Ülkelerin sağlık harcamalarındaki artış, yüksek maliyetler, sağlık sistemlerinden kaynaklanan sorunlar, hastanın kendi ülkesinde hizmete ulaşımının zor olması, tedavi için bekleme sürelerinin uzun olması, yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artışı, kitle iletişim araçlarının artması, ülkeler arası ulaşım olanaklarının artması, küreselleşme ile değişen sosyo-kültürel yapıda bireylerin talep ve beklentilerinin de değişmesi, dünyada sağlık turizmi pazarının uluslararası boyutta büyümesine neden olmaktadır (Çicek ve Avderen,2013; Çelik, 2009)

Sağlık turizmi sağlığını korumayı ve yeniden kazanmayı amaçlayan insanların seyahat etmek suretiyle ikamet ettikleri yerleşim yerinin dışında konaklayarak gerçekleştirdikleri turizm çeşididir. En genel anlamda ise, sağlık amacı ile yaşadığı yerden başka yerlere seyahat eden insanların oluşturduğu turizmdir. Literatürde sağlık turizminin 3 temel sınıflaması yapılmaktadır. Bunlar; medikal turizm; termal turizm ve spa wellnes turizmi; yaşlılara ve özürülere yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren turizm hizmetleridir (Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu, 2012). Termal turizm; termomineral su banyosu,

içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamaları yanı sıra termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm hareketidir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 119).

Jeotermal kaynakların zenginliği ve potansiyeli açısından ülkemiz Avrupa’da birinci sırada, dünyada ise ilk yedi ülke arasında yer almaktadır. Termal Tesis açısından İç Anadolu Bölgesinin kaynakları yeterli olmasına rağmen, gerekli alt yapı ve üst yapı eksikliklerinden ve pazarlama faaliyetlerinin yetersizliğinden dolayı istenilen düzeyde verim alınamamaktadır. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı’nca Sağlık ve Termal Turizmin geliştirilmesi amacıyla başlatılan “Termal Turizm Kentleri Projesi” kapsamında; Kuzey Anadolu Termal Turizm Kentleri Bölgesi (Sivas, Tokat, Amasya, Erzincan) öncelikli geliştirilecek bölgeler arasında ilk sırada yer almaktadır. Türkiye Turizm Stratejisi-2023 çalışmasında Avrupa’da termal turizm konusunda birinci varış noktası olması, turizm sektöründe uluslararası standartlara uyum sağlanması ve markalaşmanın oluşturulması amacıyla kalitenin içselleştirilmesi hedeflenmektedir (Türkiye Turizm Stratejisi- 2023, 2012; Tengilimoğlu, 2013: 89).

Marka değeri kavramı, pazarlama literatürüne tüketici ve marka arasındaki ilişkiyi belirleme çabaları sonucunda girmiştir ve tüketicilerin markayla ilgili tutum ve davranışları hakkında detaylı çıktılar oluşturması ve yansıyan finansal değeri ile pazarlama stratejilerinin geliştirilmesi ve yönetsel kararların alınmasında önemli bir rolü vardır. Keller (1993) marka değerini, pazarlama faaliyetleri sonucunda oluşan tüketici tepkilerinde marka bilgisinin oluşturduğu farklılaştırıcı etki, iyi niyet ve olumlu etkilerin bir ürünü olarak tanımlamıştır. Aaker ise marka değerini (1991) işletmelere ve işletmelerin müşterilerine ürün veya hizmet yoluyla markanın adı veya sembolüne bağlı olarak sağlanan değeri arttıran veya azaltan aktif veya pasif varlıklar topluluğu olarak tanımlamakta ve marka değerini beş grup altında sınıflandırmaktadır. Bunlar; marka farkındalığı, marka sadakati, algılanan kalite, marka çağrışımları ve diğer tescilli marka varlıklarıdır (Keller,1993, s.1; Aaker, 1991, s.15).

Marka farkındalığı; markanın tüketicinin zihninde yarattığı etki olup, markanın potansiyel tüketicilere maruz bırakılmasıyla oluşturulur; tüketicinin markayı tanıması, markadan haberdar olması veya hatırlamasıdır. Marka sadakati, tüketicilerin rakip işletmelerin pazarlama faaliyetlerine rağmen, bilinçli bir şekilde aynı markayı tekrar satın almaları olarak tanımlanabilir. İşletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri için sadık müşterilere ihtiyaçları vardır ve marka sadakatinin geliştirilmesi önemlidir. Algılanan kalite; tüketicinin sübjektif bir değerlendirmesi olup mükemmel veya üstün ürün veya hizmet konusunda tüketicinin kararıdır. Marka çağrışımı ise marka imajı ile bağlantılı bir kavram olup, tüketicinin zihninde marka ile ilgili olan her şeydir. Marka çağrışımı, marka bağlılığı ve satın alma kararları açısından bir temel oluşturur. Diğer tescilli marka varlıklar; patentler, ticari varlıklar ve kanal ilişkilerini ifade etmektedir. Yoo ve Donthu (2001) marka değeri ölçümünün bilişsel ve davranışsal marka değeri ölçümünü temsil ettiğini bu doğrultuda da tüketici algısıyla ilgili olan ilk dört boyutun müşteri temelli marka değeri boyutları olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Yoo ve Donthu, 2001, s3; Aaker, 1991, s110).

Sağlık turizmi dünyada yaşanan nüfusun ve yaşam kalitesinin artması, ülkelerinin sağlık sistemlerinde yaşanan sorunlar nedeniyle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için ekonomik, sosyo-kültürel getirileri olan dinamik bir sektördür. 2010 yılında ülkemizde özel sektöre planlı tedavi amaçlı gelen yabancı hasta sayısı 132.327, kamu hastanelerine gelen ücretli hasta sayısı 131.934 iken, kaplıcalara gelen yabancı uyruklu kişi sayısı 258.720’dir ki bu da bize ülkemizde termal turizmin sağlık turizmi içerisinde önemli bir payı olduğunu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı,2011).

İç Anadolu Bölgesi jeotermal açıdan zengin bir yapıya sahip olmasına rağmen, alt yapı ve üst yapı eksiklikleri, tesislerde sağlık personeli olmaması, yabancı dil bilen uzman rehberlerin olmaması, pazarlama fonksiyonlarının etkisiz yönetimi gibi nedenlerden dolayı iç pazarla sınırlı kalmakta ve yeterince değerlendirilememektedir. (Çiçek ve Avderen,2013).

Hasta ve sağlıklı bireylere hizmet verebilmesi, sürekli istihdam oluşturması, mevsimlik olmaması, ilaç tüketiminde bir azalma meydana getirmesi, tesislerin yüksek doluluk oranları elde edebilmesi, yatırım ve işletme karlılığı elde edebilmesi gibi sağladığı faydalarla ekonomi, sağlık, sosyo-kültürel alanlarda işlevleri olan termal turizmin önemi ve yaygınlığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık turizminde önemli bir yeri olan termal merkezlerden daha fazla faydalanılmasının sağlanması ve böylelikle yaratacağı olumlu etkilerinin artırılması için, uluslararası standartlarda hizmet sunulması ve bu merkezlerin marka değerinin oluşturulması ve yükseltilmesi hedeflenmelidir (Garcia,2005, Türkiye Turizm Stratejisi- 2023, 2012).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Sivas ilinde termal bir merkez olan Sıcak Çermik’in marka değerinin ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 15-30 Haziran 2014 tarihlerinde Sıcak Çermik termal merkezindeki otellerde konaklayan ziyaretçiler oluşturmuştur. Müşteri temelli marka değerinin ölçülmesinin hedeflendiği araştırmada, belirlenen tarihlerdeki bütün ziyaretçilere ulaşılması hedeflenmiş ve başka herhangi bir örneklem seçme yöntemine gidilmemiştir. Araştırmanın verileri yüzyüze görüşme yöntemi ile çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 304 kişiden toplanmıştır.

2.3 Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan çalışmada veri toplama aracı olarak 3 anket formu kullanılmıştır. Birinci anket formu, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından

hazırlanmıştır ve ziyaretçilerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerini tekrar ziyaret niyetlerini, merkezi tavsiye etme durumlarını içeren 12 sorudan oluşmuştur.

İkinci anket formu yine ilgili literatür ışığında (Yoo ve Donthu, 2001; Aaker, 1996; Im ve vd., 2012) araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır ve merkezin tüketici temelli marka değerini ve boyutlarını ölçmeyi amaçlayan 12 soru bulunmaktadır. Bu form 5’li Likert tipinde 5= Kesinlikle Katılıyorum 1=Kesinlikle Katılmıyorum şeklinde yapılandırılmıştır.

Üçüncü anket ise 22’si ziyaretçilerin termal merkezde sunulan hizmetten beklentilerini ölçen, 22’si ise sunulan hizmet ile ilgili algılarını ölçen toplam 44 ifadenin yer aldığı SERVQUAL ölçeğidir. Bu ölçek algılanan hizmet kalitesini ölçümünde kullanılan 5’li likert (ölçekte 5= Kesinlikle Katılıyorum 1=Kesinlikle Katılmıyorum) tipindedir (Koçoğlu, 2009).

Araştırma da kullanılan anket formlarının anlaşılabilirliğinin ve güvenilirliğinin ölçülmesi amacıyla 50 kişi ile ön çalışma yapılmış sonrasında, anlaşılmayan sorular üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 14. programında yapılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, t testi, faktör analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer: Sivas Yozgat karayolu üzerinde, il merkezine 31 km uzaklıkta bulunan Sıcak Çermik, Türkiye’de 30 adet birinci 3 öncelikli kaplıca arsında 6. sırada yer almaktadır. 46 - 50 santigrat derece arasında ısıya sahip kaplıca suyu sodyumlu, sülfatlı, hidrokarbonatlı, magnezyumlu ve karbonatlı bir bileşime sahiptir ve termal suyunun romatizmal hastalıklar, kemik ve kireçleme hastalıkları, deri hastalıkları, kadın hastalıkları, böbrek ve idrar yolları rahatsızlıklarında banyo kürleri şeklinde uygulandığında yararlı olduğu bilinmektedir. Sıcak Çermik Kaplıca alanında, Sivas Belediyesi tarafından işletilmekte olan ve 457 yatak kapasitesine sahip 4 adet termal otel, Cumhuriyet Üniversitesi’ne ait 15 yatak kapasiteli Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi ve yaz sezonunda çadır kent görünümünde olan kaplıca alanında 1200 adet kapasiteli çadır alanı bulunmaktadır. (www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr, sivas.bel.tr). Araştırma gerekli yazılı izinler alınarak, Sivas Belediyesi tarafından işletilen Sefa Otel, Çamlıca Otel, Şifa Otel ve Karlıpınar Otellerinde gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo- Demografik Özellikleri

<i>Değişkenler</i>	<i>Frekans</i>	<i>Yüzde</i>
<i>Yaş</i>		
20-29	38	12,5
30-44	81	26,6
45-59	114	37,5
60-74	71	23,4
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	125	41,1
Erkek	179	58,9
<i>Eğitim Düzeyi</i>		
Okuryazar değil	11	3,6
Okuryazar	30	9,9
İlköğretim	51	28,0
Lise	68	37,4
Önlisans	17	5,6
Lisans	38	12,5
Lisansüstü	9	3,0
<i>Meslek</i>		
İşçi	62	20,4
Memur	22	7,2
Emekli	93	30,6
Serbest Meslek	64	21,1
Ev Hanımı	63	20,7
Toplam	304	100

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımları incelendiğinde, %37,5'inin 45-59 yaş grubunda olduğu, %58,9'unun erkek, %37,4'ünün lise mezunu ve %30,6'sının emekli olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Sıcak Çermik Deneyimlerine İlişkin Bulgular

<i>Değişkenler</i>	<i>Frekans (n)</i>	<i>Yüzde(%)</i>
<i>Seyahat Amacı</i>		
Sağlık	174	57,2
Tatil-Eglence	114	37,5
İş	16	5,3
<i>Genel Olarak Termal Merkezlere Gitme Durumu</i>		
Evet	276	90,8
Hayır	28	9,2
<i>Sıcak Çermiğe Geliş Sayısı</i>		
İlk kez	82	27,0
İki	48	15,8
Üç	45	14,8
Dört ve üzeri	129	42,4
<i>Sıcak Çermikte Kalınan Süre</i>		
Birgün	59	29,4
İki Gün	73	24,0
Üç gün ve üzeri	172	56,6
<i>Sunulan Hizmet Kalitesi</i>		
Çok iyi	50	38,8
İyi	123	40,5
Orta	118	16,4
Kötü	13	4,3
<i>Hizmetten Memnuniyet</i>		
Kesinlikle Memnun Kaldım	52	17,1
Memnun Kaldım	214	70,4
Kararsızım	33	10,9
Memnun Kalmadım	3	1,0
Kesinlikle Memnun Kalmadım	2	0,7
<i>Tekrar Tercih</i>		
Evet	249	81,9
Kararsızım	17	5,6
Hayır	38	12,5
<i>Tavsiye Etme</i>		
Evet	247	81,3
Kararsızım	33	10,9
Hayır	24	7,9
TOPLAM	304	100

Katılımcıların %57,2’si termal merkeze geliş amacının sağlık olduğunu, %90,2’si termalleri kullandığı, %42,4’ü sıcak çermiğe dört veya daha fazla sayıda geldiğini, %56,6’si üç gün ve üzeri konakladığını belirtmiştir. Katılımcıların %40,5’i sunulan hizmet kalitesini iyi olarak değerlendirirken %70,4’ü sunulan hizmetten memnun kaldığını ifade etmiştir. Katılımcıların % 81,9’u termal merkezi tekrar tercih edeceğini ve %81,3’ü çevresindekilere tavsiye edeceğini belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Marka Değeri Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

<i>Değişkenler</i>	<i>Faktör 1</i>	<i>Faktör 2</i>
Her sene sıcak çermiğe gelirim.	,903	
Sıcak çermik sağlığa çok yararlıdır.	,784	
Sıcak çermik benim termal turizmde ilk tercihimdir.	,693	
Başka bir termalin sıcak çermikten hiç farkı olmasa da burayı tercih etmek daha mantıklıdır.	,690	
Sıcak çermiğe gelmeden önce de burası hakkında bilgiler duydum.	,442	
Termal denildiğinde akla gelen sıcak çermiktir.		,885
Termaller içerisinde sıcak çermik iyi bilinir.		,766
Sıcak çermiğin kalitesi çok iyidir.		,674
Başka termaller ile aynı özelliklere sahip olsa bile sıcak çermiği tercih ederim.		,653
Başka termale gitme imkanım olsa bile sıcak çermiği tercih ederim.		,634
Başka bir termal, sıcak çermik kadar iyi olsa da yine burayı tercih ederim.		,590
Termal turizmde sıcak çermik yurt içinde ve yurt dışında bilinen bir merkezdir.		,568

12 değişkenden oluşan marka değeri ölçeğinin yapı geçerliliği test etmek ve değişkenlerin özetlenerek temel boyutlara indirilmesi amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi örnekleme yeterliliğini ölçmeye yarayan bir testtir ve çalışmamızda KMO değeri 0,890 bulunmuştur. Barlett küresellik testi $p=0,000$ bulunmuştur ve $p<0,05$ olduğu için değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki vardır. Faktör analizi sonucunda iki faktör elde edilmiştir ve bu faktörler toplam varyansın %68,8’ini açıklamaktadır. 5 sorudan oluşan birinci faktör grubunun Cronbach Alfa değeri 0,861 bulunmuştur ve boyut “marka sadakati” olarak isimlendirilmiştir. 7 sorudan oluşan ikinci faktör grubunun Cronbach Alfa değeri 0,900 bulunmuş ve boyut “ marka farkındalığı” olarak isimlendirilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Marka Değeri Ölçeğine İlişkin Cevapların Ortalamaları

Sorular	Ort	Ss
Marka Sadakati Boyutu	19,87	3,38
Her sene sıcak çermiğe gelirim.	3,99	0,96
Sıcak çermik benim termal turizmde ilk tercihimdir.	4,00	0,85
Sıcak çermik sağlığa çok yararlıdır.	3,91	0,77
Sıcak çermiğe gelmeden önce de burası hakkında bilgiler duydum	3,95	0,83
Başka bir termalin sıcak çermikten hiç farkı olmasa da burayı tercih etmek daha mantıklıdır.	4,01	0,76
Marka Farkındalığı Boyutu	26,83	5,24
Başka termale gitme imkânım olsa bile sıcak çermiği tercih ederim.	3,78	0,93
Sıcak çermiğin kalitesi çok iyidir.	4,01	0,92
Termaller içerisinde sıcak çermik iyi bilinir.	3,80	0,87
Termal denildiğinde akla gelen sıcak çermiktir.	3,69	0,85
Termal turizmde sıcak çermik yurt içinde ve yurt dışında bilinen bir merkezdir.	3,84	0,93
Başka termaller ile aynı özelliklere sahip olsa bile sıcak çermiği tercih ederim.	3,82	0,88
Başka bir termal, sıcak çermik kadar iyi olsa da yine burayı tercih ederim	3,87	0,96
Genel Marka Değeri	46,70	8,18

Katılımcıların marka değerine ilişkin verdikleri cevapların ortalamaları değerlendirildiğinde; “Sıcak çermiğin kalitesi çok iyidir” ifadesi $X=4,01\pm 0,92$, “Başka bir termalin sıcak çermikten hiç farkı olmasa da burayı tercih etmek daha mantıklıdır” ifadesi $X=4,01\pm 0,76$, “Sıcak çermik benim termal turizmde ilk tercihimdir.” ifadesi $X=4,00\pm 0,85$ ile en yüksek ortalamalara sahipken; “Termal denildiğinde akla gelen sıcak çermiktir.” ifadesi $X=3,69\pm 0,85$ ile en düşük ortalamaya sahiptir. Katılımcıların bu iki faktör grubundan aldıkları toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, marka sadakatinden alınabilecek minimum puan 5 maximum puan 25 iken aldıkları ortalama puan $X=19,87\pm 3,38$ ’dir. Marka farkındalığından alınabilecek minimum puan 7 maximum puan 35 iken, katılımcıların aldıkları toplam puan $X=26,83\pm 5,24$ ’dür. Genel marka değerinde alınabilecek puanlar 12 ile 60 arasındayken, alınan toplam puan $X=46,70\pm 8,18$ ’dir (Tablo 4).

Tablo 5. Hizmet Kalitesine İlişkin Faktör Analizinin Sonuçları

<i>Değişkenler</i>	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Otelin personeli hizmetleri ilk seferde doğru olarak verir.	,879			
Otelin personeli hizmetleri daha önceden söylediği zaman içinde verir	,792			
Otelin binaları ve odaları hoş görünür.	,788			
Otelin personeli müşterilere yardım etmeye her zaman isteklidir.	,756			
Otelin personeli müşterilerin sorunlarını çözmede etkilidir.	,743			
Otelin personelinin davranışları müşterilerde güven duygusu uyandırır.	,724			
Otel modern görünümlü donanıma sahiptirler.	,705			
Çalışanları temiz ve düzgün görünümlüdür.	,674			
Otelin personeli verdiği sözü zamanında yerine getirir	,644			
Otel, kayıtların ve bilgilerin tutulmasında çok titizdir.	,644			
Otelin personeli hizmetlerin ne zaman verileceğini müşterilere söyler.	,632			
Müşteriler otel ile ilişkilerinde kendilerini güvende hissederler.	,569			
Otelin personeli müşterilerin özel isteklerini anlar.		,852		
Otelin personeli müşterilerin sorularına cevap verecek bilgiye sahiptir.		,800		
Otel müşterilerin çıkarlarını her şeyin üstünde tutar.		,724		
Otel çalışanları müşterilerle kişisel olarak ilgilenirler.		,645		
Otelin personeli her müşteri ile tek tek ilgilenir.			,798	
Otelin çalışma saatleri bütün müşterilere uygun olacak şekildedir.			,686	
Otelin personeli müşterilerin şikâyetlerini her zaman dikkate alır.			,680	
Otelde hizmet verilirken kullanılan malzemeler göze hoş görünür.				,840
Otelin personeli devamlı olarak müşterilere karşı saygılıdır.				,696
Otelin personeli hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda gerçekleştirir.				,556

SERVQUAL hizmet kalitesine ilişkin 22 sorudan oluşan ölçeğe uygulanan faktör analizi sonucu elde edilen 0,815 KMO örnekleme uygunluk ve 0,000 Barlett testi anlamlılık değeri elde edilmiştir. Değerler analize devam etmeye uygundur. Analiz sonucunda dört faktör elde edilmiştir ve bu faktörler toplam varyansın %73,858’ini açıklamaktadır. 12 sorudan oluşan birinci faktör grubunun Cronbach Alfası 0,958’dir ve “Fiziksel özellik ve yeterlilik” olarak isimlendirilmiştir. 4 sorudan oluşan ikinci faktör grubunun Cronbach Alfası

0,904 bulunmuştur ve boyut “Empati” olarak isimlendirilmiştir. 4 sorudan oluşan üçüncü faktör grubunun Cronbach Alfası 0,765 bulunmuştur ve “Heveslilik” olarak isimlendirilmiştir. 3 sorudan oluşan dördüncü faktör grubunun Cronbach Alfası 0,747 olarak bulunmuş ve boyut “Güven” olarak isimlendirilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların Termal Turizm Otel İşletmesinin Hizmetlerinden Beklenti Ve Algıları İle SERVQUAL Skorları

Sorular (n=304)	Algılama				Beklenti				SERVQUAL Skoru (A-B)
	Min	Max	Ort	Ss	Min	Max	Ort	Ss	
Otelin personeli müşterilerin sorunlarını çözmeye etkilidir.									
Otelin personeli hizmetleri ilk seferde doğru olarak verir.	2,00	5,00	4,16	0,90	2,00	5,00	4,03	0,80	0,13
Otelin personeli hizmetleri daha önceden söylediği zaman içinde verir.	2,00	5,00	4,06	0,85	2,00	5,00	4,02	0,77	0,04
Otelin personeli verdiği sözü zamanında yerine getirir	2,00	5,00	3,98	0,94	2,00	5,00	4,01	0,87	-0,03
Otel modern görünüşlü donanıma sahiptirler.	2,00	5,00	4,16	0,94	2,00	5,00	4,05	0,83	0,11
Otelin binaları ve odaları hoş görünür.	1,00	5,00	3,84	1,01	1,00	5,00	4,13	0,84	-0,29
Çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	1,00	5,00	3,86	1,03	1,00	5,00	3,95	1,03	-0,09
Otelde hizmet verilirken kullanılan malzemeler göze hoş görünür.	1,00	5,00	3,92	1,04	1,00	5,00	3,96	0,95	-0,04
Otelin personeli hizmetleri mümkün olan en kısa zamanda gerçekleştirir.	1,00	5,00	3,92	0,92	1,00	5,00	4,07	0,66	-0,15
Otelin personeli müşterilere yardım etmeye her zaman isteklidir.	1,00	5,00	3,84	1,11	2,00	5,00	4,05	0,80	-0,21
Otelin personeli hizmetlerini ne zaman verileceğini müşterilere söyler.	2,00	5,00	3,97	0,98	2,00	5,00	4,07	0,90	-0,10
Otel, kayıtların ve bilgilerin tutulmasında çok titizdir	2,00	5,00	4,02	0,84	1,00	5,00	3,94	0,91	0,08
Müşteriler otel ile ilişkilerinde kendilerini güvende hissederler.	1,00	5,00	4,05	0,82	1,00	5,00	3,97	0,86	0,08
Otelin personelinin davranışları müşterilerde güven duygusu uyandırır.	2,00	5,00	4,07	0,97	1,00	5,00	4,00	0,97	0,07
Otelin personeli devamlı olarak müşterilere karşı saygılıdır	1,00	5,00	3,81	1,16	1,00	5,00	4,01	0,90	-0,20
Otelin personeli müşterilerin şikâyetlerini her zaman dikkate alır	1,00	5,00	3,92	1,05	1,00	5,00	4,12	0,73	-0,20
Otelin personeli her müşteri	2,00	5,00	4,05	0,95	2,00	5,00	4,15	0,60	-0,10

ile tek tek ilgilenir										
Otelin çalışma saatleri bütün müşterilere uygun olacak şekildedir	1,00	5,00	3,94	1,06	2,00	5,00	4,34	0,73	-0,40	
Otelin personeli müşterilerin sorularına cevap verecek bilgiye sahiptir	2,00	5,00	4,03	1,02	1,00	5,00	4,23	0,78	-0,20	
Otelin personeli müşterilerin özel isteklerini anlar.	2,00	5,00	4,00	0,98	1,00	5,00	4,22	0,83	-0,22	
Otel müşterilerin çıkarlarını her şeyin üstünde tutar.	2,00	5,00	3,87	0,99	1,00	5,00	4,19	0,79	-0,32	
Otel çalışanları müşterilerle kişisel olarak ilgilenirler.	2,00	5,00	3,89	1,09	1,00	5,00	4,14	0,83	-0,25	
SERVQUAL HİZMET KALİTESİ	55,0	108,0	87,5	15,5	47,0	107,0	89,9	13,5	-2,48	
	0	0	0	8	0	0	8	3		

Tablo 6’da katılımcıların termal turizm otel işletmesinden aldıkları hizmete yönelik beklenti ve algılarının ortalamaları ile SERVQUAL skorları verilmiştir. SERVQUAL skoru her bir soru önermesine 5’li likert üzerinden verilen algı maddeleri puanları ile beklenti maddeleri puanlarının farkının alınmasıyla belirlenmektedir ve skor -4 ile +4 arasında değişmektedir. SERVQUAL skorlarının “pozitif” bulunması kaliteli hizmetin var olduğunu gösterirken, “negatif” bulunması, hizmetlere yönelik kalite algısının düşük olduğunu göstermekte, “sıfır” olması ise beklentilerin en azından karşılandığını ve algılanan hizmet kalitesinin tatminkar olduğu sonucunu vermektedir (Devebakan, 2001). Katılımcıların tüm hizmetler içerisinde; “Otelin personeli müşterilerin sorunlarını çözmeye etkilidir”, “Otel modern görünümlü donanıma sahiptirler.”, “Müşteriler otel ile ilişkilerinde kendilerini güvende hissederler”, “Otelin personelinin davranışları müşterilerde güven duygusu uyandırır”, “Otelin personeli hizmetleri daha önceden söylediği zaman içinde verir.” alanlarını kaliteli olarak değerlendirmişlerdir. Katılımcıların tüm hizmetlerde algı ve beklenti ortamlarının farkı -2,48 bulunmuştur bu bulgu da algılanan kalitenin düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Marka Değeri Bileşenleri ile Algılanan Hizmet Kalitesi Arasındaki Regresyon Analizi Sonucu

Bağımsız Değişkenler	Katsayıya İlişkin		İstatistikler			Modele İlişkin İstatistikler			
	B	Ss	Beta	T	p	R ²	Ss	F	p
Sabit	0,118	0,226		0,524	,600	0,818	0,65	674,76	0,001
Marka Farkındalığı	0,230	0,018	0,511	12,680	,000				
Marka Sadakati	0,129	0,012	0,444	11,022	,000				

Marka değeri bileşenleri olan marka farkındalığı ve marka sadakati boyutlarının algılanan hizmet kalitesine etkilerine ilişkin çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken durumundaki algılanan hizmet kalitesi % 81 oranında bağımsız değişkenler olan marka farkındalığı ve marka sadakatinden etkilenmektedir ($p < 0,01$) (Tablo 7).

Tartışma ve Sonuç

Sivas ili Sıcak Çermik Termal Turizm Merkezde yapılan çalışma da katılımcıların profilleri değerlendirildiğinde, Çermiği, orta yaş grubunda, emekli, serbest çalışan veya ev hanımlarının ve eğitim düzeyi lise olanların tercih ettiği söylenilebilir.

Katılımcıların yarısından fazlası termal merkeze geliş amacının sağlık olduğunu belirtmiştir, termal merkezlerin tedavi ve rehabilite edici özelliklerinden yararlanmak istemeleri beklendik bir bulgudur Çetin'in (2011) Kozaklı Termal Merkezinde yaptığı çalışmasında da ziyaretçilerin çoğunun tercih nedeni benzer şekilde tedavi ve sağlıktır. Bu doğrultuda da termal merkezin tedavi ve rehabilitasyon işlevinin sağlık personelleri denetiminde desteklenmesi önerilmektedir.

Termal merkezi daha çok orta yaş grubu ve emekli bireyler tercih etmektedir. Yaşın ilerlemesiyle beraber özellikle de romatizmal hastalıkların ortaya çıkmaktadır. İlban ve Kaşlı'nın (2009) Gönen Termal Turizm Merkezinde yaptıkları çalışmalarında da benzer profilde ziyaretçiler ile gerçekleştirilmiştir. Sıcak Çermik termal suyunun romatizmal hastalıklar, kemik ve kireçleme hastalıkları üzerinde ki tedavi edici etkisi, bu yaş grubunun tercihleri nedenleri arasında sayılabilir. Emekli bireyler seyahat için gerekli gelire ve zamana sahip olmaları, yaşam kalitelerini yükseltme arayışları nedenleri ile termal merkezleri tercih edebilirler. Sıcak Çermik termal suyunun tedavi edici etkisinin yanında rehabilite edici özelliği düşünüldüğünde, tüm yaş grubunda ki bireylerin yararlanması sağlayacak hizmet çeşitliliği gerçekleştirilmesi önerilebilir.

Katılımcıların çoğunluğu ülke genelinde termalleri kullandığı, yarısına yakını sıcak çermiğe dört ve üzeri kez geldiğini ve yarısından fazlası üç gün ve üzeri konakladığını belirtmiştir. Yıldırım'ın (2005) Gönen Termal merkezde yaptığı çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu bulgu, ziyaretçilerde termal merkeze gitme alışkanlığı geliştirdiğini göstermektedir, sadık müşteriler marka sadakatinin gelişimi için olumlu bir bulgudur. Sıcak Çermik termal suyunun romatizmal hastalıklar, kemik ve kireçleme hastalıkları, deri hastalıkları, kadın hastalıkları, böbrek ve idrar yolları rahatsızlıklarında 2-3 haftalık banyo kürleri şeklinde uygulandığında yararlı olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda ziyaretçilerin uzun süreli konaklaması beklendik bir bulgudur.

Katılımcıların “Sunulan hizmetlerin genel kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verdikleri cevapların incelendiğinde katılımcıların dörtte üçünden fazlası iyi ve çok iyi olarak cevap verdikleri görülmüştür. Termal merkezin hizmet kalitesi SERVQUAL tekniği ile değerlendirildiğinde ise servqual skorlarının negatif olduğu bulunmuştur bu da ziyaretçilerinin beklentilerinin karşılayamadığını ve algılanan hizmet kalitesinin düşük

olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Çelik’ in (2011) Balçova termal işletmesinde, Elenen ve Kılıç’ın (2007) Afyonkarahisar’da bir termal tesisde yaptığı çalışmasında da hizmet kalitesi algısı düşük bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunu hizmet kalitesini iyi olarak değerlendirirken, ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde algılanan hizmet kalitesinin düşük çıkması, katılımcıların olumsuz değerlendirmelerinde, işletme tarafından kendilerine negatif bir tutum sergileneceği endişesi olabilir. Sağlık turizmi içinde uluslararası düzeyde yer alan kişiler, ekonomileri iyi olan bölgelerden gelmektedirler ve yüksek kalitede hizmet talep etmektedirler. Dünya turizminde marka olmak isteyen tesislerin uluslararası standartlara, sertifikasyonlara ve akreditasyonlara sahip olması, kaliteyi içselleştirmesi gerekmektedir (Tütüncü, Kiremitçi, Çalışkan, 2011).

Katılımcıların tamamına yakını ülke genelinde termal merkezlere gittiğini belirtmiş ve Sıcak Çermik Termal Merkezini tercih etmiştir bu da merkezin tanınırlığına dair bir bulgudur. Katılımcıların çoğunluğu termal merkezi tekrar tercih edeceğini ve çevresindekiler de önereceğini belirtmiştir. Bu da tüketici sadakatinin dolayısıyla marka sadatının geliştirilmesi ve de ağızdan ağıza pazarlanması ile tanınırlığının gelişmesi açısından da olumlu bir bulgudur.

Termal merkezin marka değerine ilişkin yapılan faktör analizinde marka sadakati ve marka farkındalığı olmak üzere iki faktör grubu bulunmuştur. Bu iki grubun toplam puanları değerlendirildiğinde puanlar ortalamanın üzerindedir bu Sıcak Çermik Termal Merkezinin marka değeri açısından olumlu bir bulgudur. Marka değerinin artırılması için pazarlama ve yönetim stratejilerin geliştirilmesi önerilebilir.

Sonuç olarak çalışmamızda hizmet kalitesi ile marka değeri bileşenleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve hizmet kalitesindeki değişimin %81’i marka bileşenleri olan marka farkındalığı ve marka sadakatindeki değişimle açıklandığı sonucunda ulaşılmıştır. Kırkbir’in (2005) Türkiye genelindeki termal merkezlerde yaptığı çalışmada da müşteri sadakati ile algılanan kalite, algılanan değer, müşteri tatmini, performans, ağızdan ağıza iletişim gibi faktörlerin ilişkili olduğunu saptamıştır.

Kaynaklar

- 1.AAKER, A. David. (1991) Managing Brand Equity, New York, The Free Press.
- 2.AAKER, A. David. (1996) Building Strong Brands, New York, The Free Press.
- 3.ÇELİK, Hüseyin. (2009) Sağlık Turizminde Devlet Desteginin Önemi ve Yabancı Sermaye, II. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Antalya.
- 4.ÇELİK, Ayşegül. (2009) Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı,Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi

- 5.ÇETİN, Turhan. (2011) Termal Turizm Potansiyeli Açısından Kozaklı (Nevşehir) Kaplıcaları, Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic ,Volume 6/1 Winter, p. 878-902.
- 6.ÇİÇEK, Recep, Avderen, S. (2013) Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 15 (25): 25-35.
- 7.ELEREN, Ali, Kılıç, B.(2007) Turizm Sektöründe Servqual Analizi ile Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Termal Otelde Uygulama, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ. B.F. Dergisi, C. IX ,S.1, 235-263.
- 8.GARCÍA, Altes A. (2005) The Develepment Of Health Tourism Services Annals Of Tourism Research, Volume 32, Issue 1, January, p:262-266.
- 9.IM, H. Hyunjung, Kim, S. S., Elliot, S. Han, H. (2012) Conseptualizing Destination Brand Equity Dimensions From A Consumer – Based Brand Equity Perspective, Journal Of Travel&Tourism Marketing, 29:385-403.
- 10.İLBAN, M. Oguzhan, Kaşlı, M. (2009) Termal Turizmin Gelişmesini Etkileyen Sorunları Belirlemeye Yönelik Gönen’de Bir Araştırma, Ege Akademik Bakış, 9(4):1275-1293.
- 11.KELLER, K. Lane (1993), “Conceptualizing, Measuring, And Managing Customer-Based Brand Equity”, Journal of Marketing; 57(1): 1-22.
- 12.KIRKBİR, Fatih (2007), Türkiye’de Termal Turiz Pazarlamasında Müşteri Sadakatine Yönelik Yapısal Bir Model Önerisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilimdalı, Doktora Tezi.
- 13.KOÇOĞLU, C. Murat (2009) Hizmet Kalitesinin Müşteri Sadakati Üzerinde Etkisi ve Beş Yıldızlı Bir Otel İşletmesinde Uygulama, Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm ve Otel İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- 14.YOO, Boonghee, Donthu, N. (2001) Developing and Validating A Multidimensional Consumer- Based Brand Equity Scale, Journal of Business Research, 52, 1-14.
- 15.YILDIRIM, Ayşegül (2005), Termal Turizm İşletmelerinde Müşteri Sadakati ve Bir Araştırma, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- 16.T.C. Sağlık Bakanlığı (2012), Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012, Ankara.
- 17.T. C. Kültür ve Turizm Bakanlığı.(2007) Türkiye Turizm Stratejisi Eylem 2023 Planı 2007-2023, Ankara.
- 18.TENGİLİMOĞLU, D. (2013) *Sağlık Turizmi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- 19.TÜTÜNCÜ, Özkan, Kiremitçi İ, Çalışkan U. (2001) Sağlık Turizmi, Güvenlik ve Kalite, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, Cilt 22, Sayı 1, Bahar: 91-93.
- 20.<http://www.ktbaytirimismetmeler.gov.tr/TR,11338/tesis-bilgileri.html>

Erişim Tarihi: 26.08.2014

21.<http://sivas.bel.tr/kategori/44-73/sicak-cermik/>

Erişim Tarihi: 26.08.2014

**MEDİKAL TURİZM HASTALARININ TÜRKİYE’Yİ TERCİH ETME
NEDENLERİNİ, MEMNUNİYET VE SADAKAT DÜZEYLERİNİ BELİRLEMeye
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: ANTALYA ÖRNEĞİ**

Uğur AKDU*

Serap AKDU**

ÖZET

Sağlık ve turizm sektöründeki gelişmeler, yüksek fiyat ve uzun bekleme listeleri gibi sağlık hizmeti almada yaşanan sorunlar insanların sağlıklarını kazanabilmek üzere başka ülkelere seyahat etmesi sonucunu doğurmuştur. Bu doğrultuda dünyada, özetle ‘sağlık amaçlı başka ülkelere yapılan seyahat’ olarak tanımlanabilen medikal turizm önem kazanmış ve hızla gelişmeye başlamıştır. Medikal turist satın almak istediği hizmeti sunan ülkeler hakkında bilgi toplamakta ve alternatifler arasında seçim yapmaktadır. Sunulan hizmetin kalitesi, fiyat, hastanenin tanınmışlık düzeyi, doktorun ünü gibi birçok neden, medikal turistlerin karar verme sürecinde oldukça etkilidir. Bu çalışmada medikal turistlerin Türkiye’yi ve hizmet aldıkları hastaneleri tercih etme nedenlerini anlamak bununla birlikte memnuniyet ve sadakat düzeylerini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Araştırma bulguları medikal turizm kapsamında gelen yabancı hastaların Türkiye’yi tercih nedenleri sıralamasında önceliğin hizmet kalitesi ve sırasıyla fiyat ve sosyal medya faktörleri olduğunu, hastane tercihlerinde ise en önem verilen faktörlerin sırasıyla fiyat, doktorun ünü ve sosyal medya faktörleri olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Medikal Turizm, Hasta Memnuniyeti, Hasta Sadakati

*Yrd. Doç.Dr., Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi, akduugur@hotmail.com

** Arş. Gör., Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi, serapakdu@gmail.com

A RESEARCH FOR DETERMINING THE REASONS FOR CHOOSING TURKEY AND THE LEVEL OF SATISFACTION AND LOYALTY OF MEDICAL TOURISM'S PATIENTS.

ABSTRACT

Developments in the tourism and health sector, to get health care problems such as high prices and long waiting lists has resulted to travel to different countries for protect and regain their health and improve the quality of their life within medical tourism. In this respect, medical tourism which can be defined 'travel to other countries for healthcare' started to become important and began to develop rapidly. Medical tourists collect information about the country and hospitals for medical travel and makes a choice between alternatives. Many reasons such as the quality of services offered, price, level of awareness of the hospital and doctors are highly effective in decisions-making process of medical tourists. This study aimed to understand the causes of satisfaction and loyalty levels and how medical tourist's makes a choice for hospital and country for medical travel. Research findings indicate that service quality, price, social media factors are the most important factors for foreign patients for choosing Turkey and price, doctor's reputation and social media factors are the most important factors for foreign patients for choosing hospital.

Keywords: Health Tourism, Medical Tourism, Patients Satisfaction and Patients Loyalty

1.Giriş

Alternatif turizm faaliyetlerin artmasıyla insanlar farklı nedenlerle seyahat etmeye başlamıştır. Öyle ki, insanlar artık sadece yöresel yemekleri tatmak, alışveriş yapmak, sinema festivali, alışveriş festivali, konser organizasyonları gibi etkinliklere katılmak, sportif etkinliklere katılmak ve sağlıklarını korumak veya tedavi olmak gibi nedenlerle özel ilgi ve ihtiyaçlarına göre tatil destinasyonu belirleyerek turizm faaliyetlerine katılım göstermektedirler. Sağlık turistleri önceden tedavi olabilmek için Amerika Birleşik Devletleri ve gelişmiş Avrupa ülkelerine seyahat ederken günümüzde Uzak Doğu ve Orta Doğu Ülkelerine seyahat etmektedirler. Özellikle, teknoloji, iletişim ve ulaşım alanındaki gelişmeler, kendi ülkelerindeki uzun bekleme süreleri, bazı hastalıkların sigorta kapsamına alınmaması, daha ucuza daha kaliteli sağlık hizmeti alabilme olanaklarının artması gibi birçok etken insanları medikal seyahate yönlendirmektedir. Literatürde sağlık turizmi olarak adlandırılan bu seyahatler, medikal turizm, spa-wellnes turizmi, yaşlı ve engelli turizmi ve termal turizm gibi turizm türlerini kapsamaktadır.

Dünya çapında özellikle 2000'li yıllardan sonra hızla önem kazanan medikal turizmden daha fazla pay almak isteyen ülkeler yeni stratejiler geliştirmeye başlamış bu kapsamda özellikle sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırma çabalarına girişmiştir. Gelişen teknoloji, bilgiye ulaşmadaki kolaylıklar ve küreselleşmeyle birlikte sağlıklarını korumak veya yeniden kazanmak isteyen insanlar, beklenti ve tercihleri doğrultusunda en kaliteli ve güvenilir sağlık hizmetine ulaşma çabalarını arttırmıştır. Bu nedenle sunulan sağlık hizmetinin kalitesi, hasta memnuniyeti ve hasta sadakati artan yoğun rekabet ortamında, önemli bir rekabet unsuru olarak görülmektedir (Akdu, 2014: 2). Artan rekabet ortamında alternatiflerin de artması medikal turizm hastalarının karar verme sürecini de önemli ölçüde

etkilemektedir. Tavsiyeler, reklam ve tanıtım faaliyetleri, hastane veya doktorun uzmanlığı ve ünü, tatil fırsatları, kendi ülkelerindeki fiyat, bekleme süresi gibi bir çok etken medikal turizm hastalarının ülke veya hastaneyi tercih etmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada Antalya bölgesini medikal turizm kapsamında tercih eden sağlık turistlerinin veya diğer bir ifadeyle medikal turizm hastalarının öncelikle Türkiye’yi sonra hizmet satın aldığı hastaneyi tercih etme nedenleri ile aldıkları hizmetten ne derece memnun oldukları ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

1.1.Sağlık Turizmi

Dünya Turizm Örgütü, sağlık turizmini ‘Kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla yapılan ziyarettir’ şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık turizmi, hastaların acil sağlık hizmetini ya da seçtikleri bir sağlık hizmetini farklı ülkelerden alması olarak da tanımlanabilir. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, sağlık turizmini kısaca; ‘tedavi amacı ile yapılan seyahatlerdir’ şeklinde tanımlamaktadır. (www.kultur.gov.tr). Magablih (2001) ise sağlık turizmini ‘Hastaların bir günden az bir seneden fazla kalmamak koşuluyla, sağlıklarına kavuşma amaçlı tedavi görmek ya da sağlıklarını koruma amaçlı başka bir ülkeye seyahat etmeleri’ olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012(a), s. 15).

Sağlık turizminde temel motivasyon kişisel sağlık açısından faydalı olacak hizmetlerin satın alınması olduğundan, sağlık turizmi farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bu kapsamda sağlık turizmi 3 başlık altında incelenebilir:

- Termal ve spa-wellness turizmi,
- İleri yaş ve engelli turizmi,
- Medikal turizm.

Termal ve Spa-Wellness Turizmi: Turizm Bakanlığı Termal Turizmi ‘Mineralize termal sular ile çamurların, kaynağın yöresindeki çevre ve iklim faktörleri birleşiminde, insan sağlığına olumlu katkı sağlamak üzere, uzman hekim denetim ve programında; fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerle koordineli kür uygulamaları için yapılan turizm hareketidir’ şeklinde tanımlamıştır (Turizm Bakanlığı, 1993, s.13). Tanımı ve uygulama alanları Latince kelimelerinin kısaltması olan SPA , “Sudan Gelen Sağlık” anlamına gelmekte olup Romalılardan bugüne kadar uygulanan su terapilerine verilen isimdir. Her türlü su ve çamur uygulaması SPA kapsamına girmektedir. (www.spawellnessturkey.com).

İleri Yaş ve Engelli Turizmi: Üçüncü yaş turizmi olarak da adlandırılan ileri yaş turizmi, özellikle 65 yaş ve üzeri insanların bakım gerektiren tedavilerini kapsayan bir sağlık turizmi çeşididir (Zengingönül ve diğ., 2012, s. 13-15). İleri yaş turizmine ilişkin verilen hizmetler; gezi turları, meşguliyet terapileri, bakım evlerinde veya rehabilitasyon hizmetlerinde yaşlı bakımı hizmetleri, klinik otellerde verilen rehabilitasyon hizmetleri olarak çeşitlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012 (b), s.131-132; www.saglikturizmi.gov.tr). Engelli turizmi ise doğuştan veya sonradan bedensel, zihinsel, duygusal, ruhsal veya sosyal yeteneklerini belirli ölçüde kaybeden insanların da turizm faaliyetlerine katılımını ifade etmektedir.

Bu çalışmada özellikle medikal turizm konusuna değinilmektedir. Dolayısıyla medikal turizm konusu ayrı başlık altında detaylı olarak aşağıda yer almaktadır.

1.1.1. Medikal Turizm

Tıp dünyasındaki gelişmelere paralel olarak turizm sektöründeki gelişmeler bununla birlikte özellikle gelişmiş ülkeler başta olma üzere yüksek fiyat ve uzun bekleme listeleri gibi sağlık hizmeti almada yaşanan sorunlar insanların sağlıklarını kazanabilmek üzere başka ülkelere seyahat etmesi sonucunu doğurmuştur. Bu gelişmelerle birlikte dünyada medikal turizm önem kazanmış ve hızla gelişmeye başlamıştır.

Van Sliepen (1992) medikal turizmi, sürekli ikamet edilen yer dışında konaklamak koşulu ile boş zamanlarda tedavi amaçlı yapılan geziler olarak tanımlamaktadır. Magablih (2001)'e göre ise medikal turizm, hastaların, sağlıklarını iyileştirmek ya da en azından sağlık durumlarını bir düzene sokmak amacıyla, 24 saatten az olmamak ve en fazla bir yıl sürmek koşulu ile çalışmak ya da yaşamak gibi bir amaç güdülmeksizin başka bir ülkeye gitmektir. Suad Imran (1995)'a göre ise tedavi olmak için geçici süre ile ister doktor tavsiyesi ile isterse kişinin kendi isteği ile başka bir ülkeye gitmesi olarak tanımlanmaktadır (Harahsheh, 2002, s. 23-24; Demirer, 2010, s. 6). Medikal turizm, turizm endüstrisi içerisinde hızla büyümekte olup insanların uzun mesafedeki ülkelere medikal tedavi olabilmek için seyahat etmesini ve aynı zamanda birer tatilci olmalarını ifade eden bir kavramdır. Medikal turizm veya medikal seyahat, sağlık amaçlı başka ülkelere yapılan seyahati ifade etmektedir (Connell, 2006, s. 1094; Garcia Altes, 2005, s. 262; Akdu, 2009, s. 35, Akdu, 2014: 9).

Yukarıda verilen tanımlara ve literatürde yer alan diğer tanımlara atfen medikal turizm kavramını ‘Sağlığını yeniden kazanmak ve/veya korumak isteyen insanların sürekli ikamet ettikleri yer dışında başka yerlere en az 24 saat en fazla 1 yıl olmak üzere, herhangi bir ticari amaç güdülmeksizin ve tıbbi tedavi almak (tedavi süreci ve şekline göre turistik faaliyetlere katılmak) koşuluyla yapılan seyahatlerdir.’ şeklinde açıklamak mümkündür (Akdu, 2014: 9).

Bu kapsamda, medikal turizm hareketlerinin genel talep sınıflaması açısından Eric Cohen bir sınıflama yapmıştır. Cohen'e (2006) göre; sağlık turizm pazarı açısından turistler ya da ziyaretçiler 5 temel kategoride gruplandırılabilir. Bunlar (İçöz, 2009, s. 2261);

Yalnızca Turist: Ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir tıp hizmetinden yararlanmayan turistler ya da ziyaretçilerdir.

Tatilde Tedavi Edilen Turist: Seyahati sırasındaki rahatsızlanma ya da kaza nedeni ile tıp hizmeti ve tedavi alan turistlerdir.

Tatil ve Tedavi Amaçlı Turistler: Bu turistler ziyaret ettikleri ülke ya da bölgeye tam anlamı ile tıbbi nedenlerle gitmezler. Ancak ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanakları olması tercih nedenidir. Diğer bir deyimle tatilde tedavi amaçlı turistlerdir.

Tatil yapan hastalar: Bu ziyaretçiler esasen bir bölgeye tedavi amaçlı giderler, ancak iyileştikten sonra, ya da tedavi sonrası gittikleri bölgede tatil de yapan ziyaretçilerdir.

Yalnızca Hastalar: Bu gruptaki medikal turistlerin bir bölgeye gidiş amaçları yalnızca o bölgede tedavi olmak ya da operasyon geçirmektir. Tatil gibi bir amaçları yoktur.

Medikal turizm kavramları incelendiğinde medikal turistlerin önceliğinin tıbbi tedavi olduğu söylenebilir. Bu çerçevede Cohen'in sınıflandırılması ve medikal turizm tanımı kıyaslandığında medikal turist olarak kabul edilebilecek kitlenin öncelikli olarak sırasıyla

‘tatil yapan hastalar’, ‘yalnızca hastalar’ ve kısmen ‘tatil ve tedavi amaçlı turistler’ olarak ayrıştırılması uygun olacaktır. Çünkü diğer iki turist tipinin önceliği tatildir.

Medikal turist almak istediği tedaviyi sunan ülkeler hakkında bilgi edinmekte ve sonrasında alternatifler arasında seçim yapmaktadır. Eğer fiyat faktörü kaldırılırsa medikal turistlerin bir medikal turizm destinasyonunu diğerine tercihini etkileyen faktörlerin arasında, o bölgenin kültürel yakınlığı, uzaklığı (mesafe), medikal uzmanlaşma (Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma), ünü (hastanenin ve doktorun ünü), turizm unsuru, mahremiyet ve artı yararlar sayılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2012(c), 25; Khafizova, 2011, 2, Akdu, 2014: 11).

1.1.1.1. Türkiye’de Medikal Turizm

Dünya turizminde olduğu gibi Türkiye turizminde de son zamanlarda en çok konuşulan konulardan birisi medikal turizmdir. Dünya kalitesinde hizmet veren hastanelere ve hekimlere sahip olan bununla birlikte turizm değerleri açısından da oldukça fazla alternatif sunan Türkiye’nin sağlık turizminden aldığı pay ise yok denecek kadar azdır. Dünya ülkeleri ile kıyaslandığında genel olarak sağlık turizminde yılda 200.000 ziyaretçi ve özel olarak medikal turizmde ise yaklaşık 100.000 ziyaretçi Türkiye’ye seyahat etmektedir. Türkiye’de medikal turizm öncelikle özel hastanelerin bu konuya daha fazla ilgi duyması ile hareketlenmiştir. Aydın ve ark. (2011)’nin hazırladığı raporda bu durumu destekleyici istatistikler yer almaktadır. Yine yazarların da üzerinde önemle durduğu nokta, oranları farklı da olsa medikal turizmin çok büyük bir kısmının özel sağlık kuruluşları tarafından yürütüldüğü fakat bu durumun tüm dünyada olduğu gibi benzer bir seyir izlemekte olduğudur.

Kaya ve ark.’nın (2013: 62) hazırlamış olduğu raporda Türkiye’nin Almanya, Azerbaycan, Bulgaristan, Hollanda, İngiltere, Irak, Libya, Norveç, Romanya, Rusya başta olmak üzere Belçika, Türkmenistan, Kosova, Kuveyt, Mısır, Ürdün, Birleşik Arap Emirlikleri, Suriye gibi ülkelerden gelen medikal turizm hastalarını ağırladığı görülmektedir. Yine aynı raporda yabancı hastaların 14654 kişi gibi önemli kısmı göz hastalıkları için ülkemizi ziyaret ettiği görülmektedir. Göz ameliyatı için Türkiye’yi tercih eden turistler ülkede ortalama 4-5 gün kalmaktadır. Sadece göz ameliyatı için gelen hastalar ülkemize ortalama 2.500 Dolar döviz bırakmaktadır. Ülkeye tedavi için gelen hastaların önemli bir bölümü göz rahatsızlıkları için, ikinci sırada da kısırlık tedavisi için gelmektedir. Ülkemiz açısından medikal turizmde kişi başına ortalama harcamanın ortalama 2500 Dolar olduğu ve tatil turizmi ortalamasının da 650 Dolar olduğu düşünüldüğünde medikal pazarın ne kadar önemli olduğu kolayca anlaşılmaktadır (İçöz, 2009, s. 2273).

Türkiye’de ameliyat fiyatlarının düşüklüğü ve hastanelerin otelcilik hizmetleri vermeleri, medikal turistlerin Türkiye’yi tercih etmesinde önemli bir faktördür. Çoğu ameliyat maliyetinin hem hedef kitle hem de rakip ülkelere oranla daha ucuz olduğu bilinmektedir. Örneğin: Amerika’da by-pass ameliyatının fiyatı 130.000 \$ civarındayken, Avrupa’da 30.000 ile 45.000 \$ arasında ve Türkiye’de ise 10.000 ile 15.000 \$ arasındadır. Yüz kaldırma operasyonu ABD’de 18.000 \$ ve Avrupa’da 12.000\$ civarındayken Türkiye’de 4000 \$, dış kanal tedavisi ABD’de 1.000\$, Avrupa’da 400\$ ve Türkiye’de 150\$ civarındadır. Yine Türkiye açısından önemli bir Pazar olan göz operasyonlarında da durum benzerdir. Örneğin, lasik göz ameliyatı için yaklaşık olarak ABD’de 4.000\$, Avrupa’da 2.500\$ ödenirken Türkiye’de ise 1.500\$ bir maliyet ile bu operasyon gerçekleştirilebilmektedir (Akdu, 2009; İçöz, 2009; Khafizova, 2011; TÜSİAD, 2009, Akdu, 2014: 26).

2. Araştırmanın Yöntemi

Son yıllarda oldukça önem kazanan medikal turizm hareketlerinden daha fazla pay almak isteyen sağlık hizmeti sağlayıcıları, yöneticiler ve diğer paydaşlar tüketici odaklı çağdaş pazarlama anlayışı temelinde medikal turizm hastalarının tercihlerini anlamalı ve pazarlama stratejilerine bu doğrultuda yön vermelidir. Bu kapsamda bu çalışmada medikal turizm faaliyetlerine katılan hastaların ülke ve hastane seçiminde etkili olan faktörleri ve etki derecelerini belirlemek ve aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyet ve sadaka düzeylerini belirlemek amaçlanmaktadır. Araştırma tanımlayıcı bir araştırma niteliğindedir.

Araştırma verileri, literatür taranarak derlenen (Akdu, 2009; Yalçın, 2006) anket formu kullanılarak Antalya bölgesine medikal turizm kapsamında gelen yabancı hastalardan elde edilmiştir. Bu kapsamda hastaların sağlık hizmeti alımı için Türkiye’yi (11 faktörden oluşan 1 soru) ve hizmet aldıkları hastaneyi (6 faktörden oluşan 1 soru) seçiminde etkili olan faktörleri önem derecelerine göre sıralamaları istenmiş ve memnuniyet ve sadakat düzeyleri 10 sorudan oluşan 7’li likert ölçeği kullanılarak ölçülmeye çalışılmıştır. Veriler 2013 yılı Temmuz ve Ekim döneminde toplanmıştır. Katılımcıların turist sağlığı dışında sadece medikal turizm kapsamında gelen yabancı hastalardan seçilmesi hem katılımcı sayısını hem de süreci kısıtlayan önemli bir etken olmuştur. Dolayısıyla araştırmada kolayda örnekleme metodu tercih edilmiştir. Bu kapsamda anketi doğru olarak dolduran 36 katılımcının cevapları istatistik paket programları kullanılarak analiz edilmiştir. Memnuniyet ve sadakat ölçeğinin güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) 0,983 olarak tespit edilmiştir.

3. Araştırmanın Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bu kapsamda öncelikle katılımcılara ilişkin betimsel istatistikler yer almaktadır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, geldikleri ülke, hastaneye başvuru şekli, hasta ve refakatçi bilgilerini içeren dağılımlar çalışmanın devamında yer almaktadır. Hasta veya yakınlarının gelir düzeyleri hakkında bilgi vermek istememeleri nedeniyle, gelir düzeyine ait soru analizden çıkarılmıştır.

Tablo 1: Katılımcıların Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumu

Özellik		f (n=36)	%
Cinsiyet	Erkek	22	61,1
	Kadın	14	38,9
Yaş	18-28	10	27,8
	29-39	12	33,3
	40-50	9	25,0
	51-60	2	5,6
	61+	3	8,3
Eğitim Durumu	Ortaöğretim (lise) ve altı	9	25,0
	Önlisans	10	27,8
	Lisans	14	38,9
	Lisansüstü	3	8,3

Tablo 1 incelendiğinde araştırmaya katılan 36 kişiden %61,1’i erkek ve %38,9’u kadın katılımcıdır. Yaş özelliklerine bakıldığında %27,8 oranla en çok katılımcının 29-39 yaş

aralığında olduğu, en az katılımcının ise %8,3 oranı ile 51-60 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %38,9 oranla en çok katılımcının lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, en az katılımcının ise %8,3 ile lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Katılımcıların Ülkelerine Göre Dağılımı

Ülke	f (n=36)	%
Almanya	7	19,4
Rusya	7	19,4
Avusturya	4	11,1
Belçika	4	11,1
Hollanda	3	8,3
Fransa	2	5,6
Azerbaycan	2	5,6
İngiltere	2	5,6
İsviçre	2	5,6
Polonya	1	2,8
Irak	1	2,8
Ukrayna	1	2,8
Toplam	36	100,0

Tablo 2 katılımcıların geldikleri ülkelere göre dağılımını göstermektedir. Tablo incelendiğinde en çok katılımcının sırasıyla Almanya (%19,4), Rusya (%19,4), Avusturya ve Belçika'dan (%11,1) geldiği görülmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların Hasta veya Refakatçi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Katılımcı	f	%
Hasta	29	80,6
Refakatçi	7	19,4
Toplam	36	100,0

Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların %80,6'sı gibi büyük çoğunluğunun medikal turizm kapsamında hastaneye gelen hastalar, %19,4'ünün ise hastayla birlikte gelen refakatçiler olduğu görülmektedir.

Tablo 4: Katılımcıların Hastaneye Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı

Başvuru şekli	f	%
Bireysel başvuru	27	75,0
Sigorta şirketi aracılığıyla başvuru	4	11,1
Seyahat acenteleri ve/veya tur operatörleri aracılığıyla	2	5,6
Diğer	3	8,3
Toplam	36	100,0

Tablo 4 katılımcıların medikal turizm kapsamında geldikleri hastaneye başvuru ve geliş şeklini göstermektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %75 gibi büyük çoğunluğunun bireysel olarak başvurduğu, bunu sırasıyla sigorta şirketi aracılığıyla, diğer başvuru şekillerinin ve Seyahat acenteleri ve/veya tur operatörleri aracılığıyla başvurunun izlediği görülmektedir. Buradan hareketle medikal turizm kapsamında Türkiye’ye gelen hastaların başvuru ve geliş sürecinde aracı kurumların etkin rol oynamadığı yorumu yapılabilir.

Tablo 5: Katılımcıların Türkiye’yi Tercih Etme Nedenleri

Faktörler	f	%
Sağlık hizmetlerinin kalitesi	11	30,6
Fiyatların daha uygun olması	8	22,2
Sosyal Medya (İnternet, Facebook, tweeter vs. reklam ve tavsiyeleri)	4	11,1
Tatil yapma fırsatlarının çokluğu	3	8,3
Medyada yer alan haber, reklam ve tanıtım	3	8,3
Kendi ülkelerindeki uzun bekleme listeleri	2	5,6
Mesafenin diğer ucuz ülkelere göre daha kısa olması	2	5,6
Nitelikli personele sahip olunması	2	5,6
Yeterli teknik donanıma sahip olunması	0	0
İklim koşulları	0	0
Bazı hizmetlerin kendi ülkelerinde sigorta kapsamında olmaması	1	2,8
Toplam	36	100

Tablo 5 katılımcıların Türkiye’yi tercih etme nedenlerini göstermektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %30,6 gibi büyük çoğunluğunun sağlık hizmetlerinin kalitesini en önemli faktör olarak belirttiği görülmektedir. Takiben sırasıyla Fiyat faktörünün (%22,2) ve sosyal medya faktörünün (11,2) önemli bulunduğu görülmektedir. Teknik donanımın yeterliği ve iklim koşulları faktörlerinin ise hiçbir katılımcı tarafından tercih edilmediği görülmektedir.

Tablo 6: Katılımcıların Hizmet Aldıkları Hastaneyi Tercih Etme Nedenleri

Faktörler	f	%
Fiyat	8	22,2
Sosyal Medya (İnternet, Facebook, tweeter vs. reklam ve tavsiyeleri)	7	19,4
Doktorun Ünü	6	16,7
Önceki hastaların tavsiyesi	6	16,7
Hastanenin ünü	5	13,9
Reklam ve Tanıtım	4	11,1
Toplam	36	100

Tablo 6 katılımcıların hizmet aldıkları hastaneyi tercih etme nedenlerini göstermektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %22,2’si gibi büyük çoğunluğunun fiyat faktörünü en önemli faktör olarak belirttiği görülmektedir. Takiben sırasıyla sosyal medya faktörünün (%19,4), Doktorun ünü faktörünün (16,7) ve önceki hastaların tavsiyesi faktörünün (16,7) önemli bulunduğu görülmektedir.

Tablo 7: Memnuniyet ve Sadakat Ortalamaları

	N	Ortalama	Std. Sapma
Memnuniyet	36	4,6	1,57971
Sadakat	36	4,5	1,70148

Tablo 7 katılımcıların memnuniyet ve sadakat ölçeğine verdikleri cevapların ortalamalarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde memnuniyet ortalamasının 4,6 ve sadakat ortalamasının ise 4,5 olduğu görülmektedir. 7’li likert ölçeğinde yapılan bu çalışmada ortalamaların 5’e (Kısmen Katılıyorum) yakın olduğu yani katılımcıların aldıkları hizmetten kısmen memnun olduğu kısmen sadık hastalar olduğu yorumu yapılabilir.

Tablo 8: Katılımcıların Cinsiyetleri İle Müşteri Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Cinsiyetiniz	N	Mean	Std. Sapma	t	Anlamlılık	SD*
Memnuniyet	Erkek	22	4,2273	1,46254	-1,869	,070	34
	Kadın	14	5,2024	1,62404			
Sadakat	Erkek	22	4,2500	1,59985	-1,433	,161	34
	Kadın	14	5,0714	1,79323			

*SD: Serbestlik Derecesi

Katılımcıların cinsiyetleri ile müşteri memnuniyeti ve sadakati arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 8’de gösterilmektedir. Katılımcıların verdikleri cevapların ortalamasına bakıldığında kadınların memnuniyet düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Tablonun memnuniyet satırı anlamlılık (sig.) sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,05’ten büyük olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyeti ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur. Katılımcıların sadakat ile ilgili verdikleri cevapların ortalamasına bakıldığında kadınların sadakat düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Tablonun sadakat satırı anlamlılık (sig.) sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,05’ten büyük olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyeti ile sadakati arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 9: Katılımcıların Yaşları İle Müşteri Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık
Memnuniyet	Gruplar Arası	1,111	4	,278	,100	,982
	Gruplar İçi	86,231	31	2,782		
	Toplam	87,342	35			
Sadakat	Gruplar Arası	,569	4	,142	,044	,996
	Gruplar İçi	100,758	31	3,250		
	Toplam	101,326	35			

Katılımcıların yaşları ile müşteri memnuniyeti ve sadakati arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 9’da gösterilmektedir. Memnuniyet satırının anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,982 olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları ile müşteri memnuniyeti arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Sadakat satırının anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,996 olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları ile sadakati arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Tablo 10: Katılımcıların Eğitim Düzeyleri İle Müşteri Memnuniyeti ve Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık
Memnuniyet	Gruplar Arası	4,312	3	1,437	,554	,649
	Gruplar İçi	83,030	32	2,595		
	Toplam	87,342	35			
Sadakat	Gruplar Arası	1,028	3	,343	,109	,954
	Gruplar İçi	100,298	32	3,134		
	Toplam	101,326	35			

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile müşteri memnuniyeti ve sadakati arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablo 10’da

gösterilmektedir. Memnuniyet satırının anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,649 olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile müşteri memnuniyeti arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Sadakat satırının anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,954 olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile sadakati arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

4.Sonuç ve Öneriler

Medikal turizm günden güne büyüyen ve ekonomik katkısı diğer turizm türlerinin çoğuna göre oldukça yüksek bir turizm türüdür. Bu turizm türünün en önemli paydaşlarından birisi ise şüphesiz sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Eğer sağlık sektörü yöneticileri medikal turizm pazarında rekabet etmek ve bu turizm türünden elde ettikleri geliri arttırmak ve hizmet kalitelerini arttırmak istiyorlarsa hastaların, hastane seçimindeki karar verme sürecinde etkili olan faktörleri önemsemek ve dikkate almak zorundadır.

Medikal turizm kapsamında ülkemize gelen hastaların ülkemizi ve hastaneleri seçiminde dikkate aldıkları faktörleri ve aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve sadakat düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada, hastaların Türkiye’yi tercih etme nedenlerinden en çok önem verdikleri faktörler sırasıyla; sağlık hizmetlerinin kalitesi, fiyatların daha uygun olması ve sosyal medya (internet, facebook, tweeter vs. reklam ve tavsiyeleri) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların hastane seçiminde etkili olan faktörlere bakıldığında önem sırasına göre fiyat, sosyal medya (internet, facebook, tweeter vs. reklam ve tavsiyeleri), doktorun ünü faktörlerinin etkili olduğu görülmektedir.

Buradan hareketle özellikle sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması medikal turizm hareketleri açısından önemli bir avantaj sağlayacaktır. Bu kapsamda hastanelerin özellikle kalite çalışmalarına ağırlık vermesi ve sundukları hizmetleri ulusal ve uluslararası kalite akreditasyon belgeleriyle kanıtlanması önemli bir rekabet aracı olacaktır. Dikkat çeken bir diğer unsur fiyat unsurudur. Fiyatların hedef ülkelere göre ucuz olması önemli bir tercih sebebi olarak görülmektedir. Fakat burada dikkat edilmesi gereken husus rakip ülkelere göre ucuz olup olmadığı ve ucuzluk konusunun hizmetin kalitesinin önüne geçip geçmemesidir. Fiyat faktörü ve buna bağlı pazarlama ve tanıtım faaliyetlerinin ucuz fiyat, kalitesiz veya güvensiz hizmet kalitesi algısı yaratmamasına özellikle dikkat edilmelidir. Bir diğer faktör ise sosyal medya kullanımudur. Sonuçlardan da anlaşılacağı üzere sosyal medyayı etkin kullanan bir işletmenin rekabet gücünün de yüksek olacağıdır. Dolayısıyla sosyal medya konusuna önem verilmesi gerekli durumlarda bunun için ayrıca görevli bir personel istihdam edilmesinin önemli bir avantaj sağlayacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların memnuniyet ve sadakat düzeylerinin (ortalamaları 4,5 ve 5 arası) ortalamanın biraz üzerinde olduğu görülmüştür. Bu durumun tercih faktörlerinde hizmet kalitesine verilen önemin yüksek olmasından ve aldıkları sağlık hizmetlerinin kalitesinin beklediklerinden düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yani hizmet kalitesi algısının yüksek olması müşteri memnuniyetinin de yüksek olmasını sağlayacak ve buna paralel olarak memnun olan müşterinin de işletmeye bağlılığı artacaktır. Yapılan birçok çalışma bu görüşü desteklemektedir (Zeithalm ve ark.,1996, Moutinho, Albayrak ve Caber, 2011; Rodgers ve diğ., 2005; Cronin ve diğ., 2000) Bununla birlikte hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma (Bitner, 1990; Bolton ve Drew, 1991; Williams ve Calnon, 1991; Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1993; Taylor ve Baker, 1994; Varinli, 1999;Lassar ve diğ., 2000; Caruana, 2002, Kayral, 2012 ve Yunus ve

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2013

Diğ. 2013) müşteri memnuniyeti ile hizmet kalitesi arasında olumlu yönde bir ilişkinin olduğunu, sunulan hizmet kalitesindeki artışın, müşteri memnuniyetini de arttıracaklarını savunmaktadır. Bununla birlikte Saleeby tarafından 2008 yılında yapılan araştırmada hizmet kalitesi ile müşteri sadakati arasında olumlu bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesinin medikal turizm konusunda talepleri ve rekabet gücünü arttıracakları düşünülmektedir. Bu ve buna benzer araştırmaların Türkiye gibi medikal turizme önem veren ve bu konuda henüz gelişme aşamasında olan ülkelerdeki planlayıcılar, karar vericiler ve sağlık hizmeti sunucuları için ayrıca konuyla ilgili çalışan araştırmacılar ve akademisyenler için yol gösterici nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1.AKDU, Uğur (2014), ‘Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakatinin Değerlendirilmesi’ Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik A.B.D., Antalya
- 2.AKDU, A. Serap (2009), ‘Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul Ve Ankara Örneği’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Eğitimi Ana Bilim Dalı, Ankara.
- 3.Aydın, D., Aypek, N., Aktepe, C., Şahbaz, R. P. ve Arslan, S. (2011), ‘Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği’ Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü Medikal Turizm Raporu, Mart 2011, Ankara.
- 4.T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012(a)), ‘Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu’ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara.
- 5.T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012(b)), ‘Sağlık Turizmi El Kitabı’ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara.
- 6.T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012(c)), ‘Sağlık Turizminde Süreçler Ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu’, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara.
- 7.T.C. Turizm Bakanlığı, (1993), ‘Sağlık Turizmi ve Turizm Sağlığı’, T.B. Yatırımlar Genel Müdürlüğü, Araştırma ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, Yayın No:1993-8, Ankara.
- 8.Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D. E. ve Bingöl, PP. (2012), ‘Sağlık Turizmi: İstanbul’a Yönelik Bir Değerlendirme’ www.ekonomistler.org.tr/wp-content/.../saglik_turizmi_rapor.pdf Ekonomistler Platformu, İstanbul. (Erişim Tarihi: Eylül 2013).
- 9.Harashsheh, S. S. (2002), ‘Curative Tourism in Jordan an Potential Development’, Thesis for the Fulfillment of MA in European Tourism Management (ETM), Bournemouth University, United Kingdom, August.
- 10.Demirer, E. Ö. (2010), ‘Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi; Örnek Bir Araştırma’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik ABD. Balıkesir,
- 11.Connel, J. (2006), ‘Medical tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery’, Tourism Management, 27 pp. 1093–1100.
- 12.Garcia-Altes, A. (2005), ‘The Development of Health Tourism Service’, Annals of Tourism Research, Vol. 32, No. 1, pp. 262–266.
- 13.TÜSİAD, (2009), ‘Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi, Tıp Turizmi’ Türk Sanayicileri Ve İşadamları Derneği, Görüş Belgesi, İstanbul.
- 14.Khafizova, L., (2011), ‘Medikal Turizmin Gelişmesinde Seyahat İşletmelerinin Önemi Ve Türkiye’deki Durum’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, İstanbul.

- 15.Kaya, S., Yıldırım, H.H., Karsavuran, S., Özer, Ö., (2013), ‘Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu’ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Bşk., Ankara, (<http://www.saglik.gov.tr/BAKAN/dosya/1-87335/h/tmtr2013.docx>).
- 16.Varinli, İ., ilkay S. and Erdem O., (1999), ‘Patient Perceptions about Service Quality of a Hospital in Turkey’, in *Advances in Marketing: Theory, Practice and Education*, Joyce A. Young, Robert D. Green, and Faye W. Gilbert, Eds. , Society for Marketing Advances, Terre Haute, IN, 1999, ss.249-253.
- 17.Yalçın, Pınar, (2006), ‘Türkiye’de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma’, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- 18.Moutinho, L., Albayrak, T. And Caber, M. (2011), ‘How Far Does Overall Service Quality Of A Destination Affect Customers Post-Purchase Behaviours?’ *International Journal Of Tourism Research*, Published Online In Wiley Online Library (Wileyonlinelibrary.Com) Doi: 10.1002/Jtr.856.
- 19.Zeithaml, V.A. and Bitner, M.J. (1996), ‘Services Marketing’, McGraw-Hill, New York, NYC.
- 20.Rodgers, W.; Negash S. and Suk K. (2005), ‘The moderating effect of on-line experience on the antecedents and consequences of on-line satisfaction. *Psychology & Marketing*, 2005, 22(4), pp. 313–331.
- 21.Cronin, J. J.; Brady M. K., ve Hult, G. T. M. (2000) ‘Assessing The Effects of Quality, Value and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Sendee Environments’, *Journal of Retailing*, 76(2), pp. 193-218.
- 22.Bolton, R. N. and James H. D., (1991), ‘A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes’, *Journal of Marketing*, 55, pp. 1-9.
- 23.Bitner, M. J. (1990), ‘Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses’, *Journal of Marketing*, 54, pp. 69-82.
- 24.Cronin, J.J., Taylor, S.A., (1992), ‘Measuring Service Quality: A Reexamination And Extension’, *Journal of Marketing*, 56, pp. 55-68.
- 25.Oliver, R.L., ‘A (1993), ‘Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction’, *Advances in Services Marketing and Management Research and Practice*, JAI Press, Greenwich, Vol. 2, pp. 65–68.
- 26.Williams, S.J. And Calnan, M., (1991), ‘Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice’, *Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine*, 33 (6), pp.707–716.
- 27.Taylor, S.A. and Baker, TL., (1994), ‘An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumers’ Purchase Intentions, *Journal of Retailing*, , 70 (2), pp. 163-178.
- 28.Varinli, İ., ilkay S. and Erdem O., (1999), ‘Patient Perceptions about Service Quality of a Hospital in Turkey’, in *Advances in Marketing: Theory, Practice and Education*, Joyce A.

29. Young, Robert D. Green, and Faye W. Gilbert, Eds. , Society for Marketing Advances, Terre Haute, IN, ss.249-253.
30. Lassar, W.M., Manolis, C. and Winsor, R.D. (2000), ‘Service Quality Perspectives and Satisfaction in Private Banking’, Journal of Service Marketing, 14(3), pp. 244-271.
31. Caruana, A. (2002), ‘Service Loyalty, The Effects of Service Quality and The Mediating Role of Customer Satisfaction’, European Journal of Marketing, 2002, 36(7/8), pp. 811-828.
32. Kayral, İ.H., (2012), ‘Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Ankara’da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma’ Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., Ankara.
33. Yunus, N.M., Latiff, D.S.A., Din, C.D., Ma’on, S.N., (2013), ‘Patient Satisfaction with Access to 1 Malaysia Clinic’ Procedia - Social and Behavioral Sciences, 91, pp. 395 – 402.
34. <http://www.saglikturizmi.gov.tr/170-saglik-turizminin-bir-turevi-olarak-ileri-yas-ve-yasli-turizmi.html> [Erişim Tarihi: 10/07/2013].
35. <http://www.spawellnessturkey.com/zirve/tr/spawellness.html> [Erişim Tarihi: 05/09/2013].

SAĞLIK TURİZMİNDE TALEP DÜZEYİNİN ARAŞTIRILMASI; GAZİANTEP VE ŞANLIURFA İLLERİNDE BİR UYGULAMA

Demet POLAT*

Bülent YILDIZ**

Hediye KARATAŞLI***

Osman ÇELİK****

ÖZET

Türkiye’de sağlık turizmi, 2000’li yıllardan sonra hızla büyüyen, gelişen, sağlık ve turizm sektörlerinin birleşmesiyle oluşan, ülkemizde yeni yeni şekillenen bir sektör niteliği taşımaktadır. Sağlık turizmi dünya ekonomisi içerisinde sağlık harcamalarının artması nedeniyle büyük bir pazar payına sahip olmuştur. Sektörün, ülke ekonomisine katkısı, sağladığı sosyal-politik statünün yanı sıra ülkeye uluslararası güç, reklam olanağı ve prestij sağlamaktadır. Bütün bu avantajlar yoğun rekabet ve pazarda yer edinme yarışını da beraberinde getirmektedir.

Araştırma, tarihi, kültürel geçmişi M.Ö. dönemlere dayanan, inanç turizmi açısından oldukça önemli bir yere sahip, zengin mutfağı ve kaplıca olanağı ile turistleri cezbeden Gaziantep ve Şanlıurfa illerindeki sağlık turizmine talep düzeyini belirleyebilmek amacı ile yapılmıştır. Yapılan literatür ve sektör araştırması sonucunda anket formu oluşturulmuştur.

Bu çalışma 01.08.2013-31.08.2013 tarihleri arasında Gaziantep ilinde 22 hastane (üniversite, kamu ve özel hastane) ve 34 otelde, Şanlıurfa ilinde 17 hastane (üniversite, eğitim araştırma, kamu ve özel hastane) ve 28 otelde yapılmıştır. Sağlık turizmi alanında yetkili yöneticilerle yüz yüze görüşülerek ve izin alınarak anket formları cevaplandırılmıştır. Araştırma neticesinde elde edilen verilere tanımlayıcı istatistik ve yüzde analiz yöntemleri uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda Gaziantep ve Şanlıurfa illerinde sağlık turizmi için gelen yabancı hasta oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Her iki ilde de hastane ve otellerin yabancı hastalar için yeterli donanımı olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Turizm, sağlık, sağlık turizmi

*Hemşire (Yüksek Lisans), Gaziantep Kamu Hastaneler Kurumu Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, deplt@hotmail.com

**Dr. Muhasebe Finansman, Gaziantep Kamu Hastaneler Kurumu, bulentyildiz25@hotmail.com

***Hemşire (Yüksek Lisans), Bursa Kamu Hastaneler Kurumu İnegöl Devlet Hastanesi, hediye-karataşli@hotmail.com

****Sağlık Memuru (Yüksek Lisans), Gaziantep Kamu Hastaneler Kurumu Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi, osman--celik@hotmail.com

INQUIRY OF THE LEVEL OF DEMAND IN MEDICAL TOURISM; A SURVEY IN CITIES OF GAZİANTEP AND ŞANLIURFA

ABSTRACT

Medical tourism in turkey progressively and rapidly grew and developed after the year of 2000. It consists of medical, health tourism sectors and in our country has been forming recently. Because of huge increases in medical expenditures medical tourism has a big market share in world's economy. Medical tourism generates revenue for country's economy, provides social status and power and internationally brings publicity and prestige. All these mentioned advantages bring along intense rivalry and competition for stealing market share.

This study aimed to determine level of demand in medical tourism in cities of Gaziantep and sanliurfa. These cities' cultural and historical pasts came from before century (b.c), have rich cuisine and thermal water facilities and also significance in faith tourism. The questionnaire was formed after literature inquiry and sector analysis.

The study conducted in 22 hospitals (university, public, private) and 34 hotels Gaziantep and 17 hospitals (university, public, private) and 28 hotels in sanliurfa between dates of 01.08.2013-31.08.2013 the questionnaires were answered by face to face interview with authorised executives and after consents were obtained. Data were analysed by frequency and descriptive statistical methods.

In conclusion we determined patient ratio in regard of medical tourism very low and infrastructure and basic facilities for offering medical tourism are inadequate in both cities inquired.

Key words: *Tourism, medical, health, medical tourism*

1. Giriş

Araştırma ülkemizin Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan turizm potansiyeli yüksek, Gaziantep ve Şanlıurfa illerinde yapılmıştır. Geçmiş M.Ö. öncesi dönemlere dayanan tarihi kültürel zenginliği, bölgeye özel zengin yemek çeşitleri, sıra geceleri, kaplıca olanağı, Fırat, Halfeti, Harran, Balıklı Göl ve “peygamberler şehri” olarak da anılan Şanlıurfa değişik turist kitlelerine hitap etmektedir. Zeugma mozaikleri ile dünyaya adını duyuran tarihi M.Ö. dönemlere ait farklı medeniyetlerden izler taşıyan Gaziantep; Kalesi, Rum Kale, Karkamış Antik Kenti, Dülük Antik Kenti, Kaya Mezarları, Araban ve Yavuzeli Hüyükleri, Yesemek ve çeşitli müzeleri, hanları, hamamları, kastelleri, bedestenleri, otantik çarşısı, bakırcıları, çeşitli efsaneleri ve geçmişinin yanı sıra modern yüzüyle de öne çıkmaktadır. Türkiye'nin en büyük hayvanat bahçesi ve ilk Planetariumuyla değişik turist kitlelerinin dikkatini çekmektedir. Her iki şehir de Anadolu'yu Mısır ve Mezopotamya'ya bağlayan yolların kavşağında yer almaktadır. Son yıllarda yapılan tanıtım ve reklamlarla, Güneydoğu Anadolu'nun ve Türkiye'nin önemli turizm illeri haline gelmiştir.

Gaziantep iline; 2009 yılında 55 146 turist giriş ve 60 707 turist çıkış yapmış, 2010 yılında 58 143 turist giriş ve 61 393 turist çıkış yapmış, 2011 yılında 66 512 turist giriş ve 72 631 turist çıkış yapmıştır. Turistler ulaşım yolu olarak; ilk sırada hava yolu, ikinci sırada kara yolu ve son olarak da demiryolunu tercih ettiği tespit edilmiştir. Şanlıurfa iline ise; 2009 yılında 40 531 turist giriş ve 39 308 turist çıkış yapmış, 2010 yılında 77 154 turist giriş ve 77 045 turist çıkış yapmış, 2011 yılında 147 404 turist giriş ve 147 737 turist çıkış yapmıştır. 2011 yılında Şanlıurfa iline giriş-çıkış yapan turist sayısı iki katına çıkmıştır. Turistlerin tamamının giriş-çıkışta Akçakale karayolu ulaşımını tercih ettiği tespit edilmiştir. Nedeni Suriye'deki iç karışıklıktan kaynaklanabilmektedir (TÜİK, 2013: 14-16).

Kaya vd. (2013) araştırmasının sonuçlarına göre Türkiye'de 2012 yılında medikal turizmde hastaların en fazla başvurdukları ilk 10 Üniversite Hastanesi arasında ilk sırada Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Hastanesi, ilk 10 devlet hastanesi arasında 2. sırada Şanlıurfa Harran devlet hastanesi yer almaktadır (Kaya, vd. 2013: 28-30).

2.1. Turizm ve Sağlık Turizmi

Turizmi; dinlenmek, eğlenmek, görmek ve tanımak gibi amaçlarla, bir ülkeye ya da bir bölgeye yapılan gezi, turist çekmek için ekonomik ve kültürel olarak yapılan çalışmaların tümü olarak ifade edilmektedir. Turist ise; sürekli oturmak ve gelir elde etmekten farklı bir amaç için yabancı bir ülkeye veya bölgeye giden, geçici süreli kaldığı yerde önceden kazandığı parayı harcayan kimse olarak ifade edilmektedir (Türk Dil Kurumu 2014).

Son yıllarda Dünyada ve Türkiye'de sağlık ve turizmin birleşmesiyle hızla büyüyen ve gelişen sağlık turizmi yeni bir sektör olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık turizmi sektöre doğrudan katkı sağlar iken, bir alt sektör olarak da ülkelere sağladığı ekonomik katkılarla birlikte, dünya ekonomisinde başlı başına bir sektör haline gelmiştir (Barca vd. 2013: 69).

Sağlık turizminin tanımına baktığımızda karşımıza birçok tanım çıkmaktadır. Sağlık turizmi bazı kaynaklarda insanların termal turizm ve tedavi amaçlı turizm hizmetlerinden yararlanmak üzere gerçekleştirdikleri yurt dışı seyahatleri olarak tanımlanmaktadır (Gülmez, 2012: 5). Kostak'a göre sağlık turizmi ise; diğer turistik faaliyetlerin yanı sıra, sağlığa yönelik, önceden planlanmış kampanyalarla turist çekmek için yapılan faaliyetler bütünü olarak ifade edilmektedir (Kostak, 2007: 16).

Cohen (2006), sağlık turizmini pazarı açısından beş grupta ele almaktadır;

Yalnızca turist: Tatil amacıyla gelen, seyahati boyunca hiç bir sağlık hizmeti almayan turistler,

Tatilde tedavi edilen turist: Tatil amacıyla gittiği ülkede seyahati esnasında rahatsızlanan ve sağlık hizmeti alan turistler,

Tatil ve tedavi amaçlı turistler: Tatil yapacakları ülke veya bölgeyi seçerken aynı zamanda bazı rahatsızlıkları için tedavi olanaklarını bulan bölgeyi tercih eden turistler,

Tatil yapan hastalar: Asıl tercih nedeni tedavi olan fakat iyileştikten sonrada aynı bölgeyi tatil için tercih eden turistler,

Yalnızca hastalar: Sadece tedavi amacı olan, tatil amacı gütmeyen turistlerdir.

Sağlık kuruluşlarının büyümesine ve gelişmesine olanak sağlayan sağlık turizmi çeşitli sektörlere girdi sağlar iken; hizmet yelpazesini her geçen gün genişletmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık turizminin hizmet alanlarını üç başlık altında toplamaktadır.

- Medikal turizm,
- Termal ve spa-wellness turizmi,
- İleri yaş ve engelli turizmi (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2014).

Medikal Turizm (Tıp Turizmi): Sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan, tıbbi hizmetlerin tümünü kapsayan oldukça geniş bir uygulama alanına sahiptir. Medikal turizm kapsamında; diyaliz tedavileri, diş tedavileri, kozmetik dişçilik, basit estetik uygulamalar (botoks, lazer), plastik cerrahi, infertilite (tüp bebek) uygulamaları, cinsiyet değiştirme ameliyatları, estetik-göz kusuru düzeltme ameliyatları ve ileri tedavi yöntemleri olan; kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi, cyberknife tedaviler, transplantasyon (organ nakli) gibi çok çeşitli uygulamaları içermektedir (Kostak, 2007: 17- 24; Zengingönül, vd. 2012: 11-13; Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2014).

Termal Turizm ve SPA-Wellnes: Kaplıca ve Spa merkezlerinde sunulan, kaplıca tedavileri ve fizyoterapi, talosoterapi, balneoterapi, peloidoterapi, klimaterapi, hidroterapi, vb. sağlık hizmetlerini kapsamakta ve alanında uzmanlaşmış farklı meslek gruplarına iş olanağı sağlamaktadır. Bu kapsamdaki hizmetler özelliği gereği belirli bir konaklama süresi gerektirmektedir. Bu nedenle, doğal kaynağa yakın otel veya konaklama merkezi bulunması zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2014).

Yaşlı ve Engelli Turizmi: Klinik oteller, rekreasyon alanları, tatil köyleri ve bakım evleri vb. merkezlerde sunulan; ileri yaş turizmi (gezi turları, meşguliyet terapileri), yaşlı bakımı hizmetleri (bakım evleri ve rehabilitasyon merkezleri), klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri, engelliler için özel bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2014).

2.2. Dünyada Sağlık Turizmi

Sağlık turizminde; alternatifin çoğalması, turizm hareketlerinin hız kazanması, eğitim seviyesinin yükselmesi, kişi başı gelirin yükselmesi, paket turlar, sağlık alanındaki teknolojik yenilikler, sağlık bilincinin değişmesi, kişi başı sağlık harcamalarındaki yaşanan artış, uluslararası seyahatlerin daha ulaşılabilir, konforlu ve ucuz olması sektörde ciddi gelişmeler sağlamaktadır (Aktepe, 2013: 171; Kostak, 2007: 142). Bütün bu tercih nedenlerinin yanı sıra uzun işlem bekleme süreleri, yüksek kalitedeki hizmete daha düşük maliyetle ve daha kısa sürede ulaşılma olanağı, bireyin hayata tutunma ve yaşam isteği, tedavi olurken tatil yapma isteği, kültür ziyaretlerinde bulunma isteği sağlık turizminin büyümesini, gelişmesini etkilemekte ve teşvik etmektedir (Top, 2014). Fakat doğal afetler, iklim, terör olayları, politik ve siyasi krizler olumsuz etkilenmekte, ülkedeki güvenlik durumunun istikrarlı olmadığını gösterebilmekte ve sağlık turizmi potansiyelini daraltabilmektedir (Khafizova, 2011: 94; Gülmez, 2012: 91).

Yoğun rekabetin yaşandığı sağlık turizminde işletmelerin sayısının artması hizmet alanların seçiciliklerini de arttırmaktadır. İşletmeler hizmet alanları cezp edebilmek için değişik arayışlar içinde fark yaratmaya çalışarak hizmet alanların isteklerini, beklentilerini, memnuniyet ve şikâyetlerini dikkate alarak (Ünal ve Demirel, 2011: 106) faaliyetlerini gerçekleştirmek zorunda kalmaktadır. Örneğin Avrupa ülkelerindeki doğurganlığın düşmesi sonucu olarak genç nüfusun azalması ve yaşlı nüfusun (üçüncü yaş grubu 65 yaş üzeri) artması ileri yaş turizmini cazip hale getirmektedir. Yaşlı nüfusun artması sonucu başta alzheimer (bunama) olmak üzere, nörolojik hastalıklar ve üçüncü yaş grubu (65 yaş üzeri) bakım hastalarının sayılarının önemli düzeyde artmasına neden olabilmektedir. Tedavisi zor, uzun süreli bakım ve yüksek maliyet gerektiren bu hastalıkların tedavisi için hastalar yeni

çözüm yollarını başka ülkelerde aramaya başlamaktadırlar (Aktepe, 2013: 175; Zengingönül, vd. 2012: 11-13; Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2014).

Sağlık turizmi amacıyla yurt dışına turist gönderen ülkelerin yakın çevrelerindeki maliyeti daha düşük ülkeleri tercih ettiği gözlenmektedir. Birleşik Devletlerin hemen yakınlarında, Meksika, Küba, Panama, Costa Rica gibi ülkeler dikkat çekerken, Uzak doğu pazarı için Hindistan, Singapur, Tayland, Filipinler, Avrupa pazarı için ise Macaristan, Belçika, Almanya ve Orta doğu ülkeleri için ise İsrail ve Ürdün önemli bir yer tutmaktadır (Aktepe, 2013: 175-176). Hindistan farklı ülkelerde çalışmış uluslararası tecrübeli doktorlar reklam unsuru olarak kullanmakta ve yabancı hastalar için tercüman istihdam ederek ön plana çıkararak rekabette fark yaratmaktadır. Dubai ise, Orta Doğu turistlerinin Asya'ya gitmelerini engellemek için yeni bir Sağlık Kenti kurarak sektörde rekabet yaratmıştır (İçöz, 2009: 2263-2275). Türkiye'de diğer dünya ülkeleri gibi yeni politika ve stratejiler geliştirmekte, Avrupa ve Orta Doğu ülkelerinde uluslararası pazarda rekabet gücü elde edebilmek için mücadele etmektedir (Aktepe, 2013: 175-176).

2.3. Türkiye'de Sağlık Turizmi

Türkiye'de sağlık turizmi çalışmaları fiili olarak 2000'li yıllarda başlamıştır. Sağlık turizminin yeni sektör olması nedeniyle sağlıklı veri akışı olmayışı, “ölçülemeyenin yönetilemeyeceği” düşüncesi; hukuki zorunluluklar, yasal düzenleme ihtiyacı ve veri bankası ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Sağlık bakanlığının sektöre dair doğrudan ve dolaylı birçok çalışması bulunmakta olup; 31 Mart 2010'da Sağlık Turizmi Koordinatörlüğünü kurup resmen ve tek elden koordinasyonu sağlamıştır (Zengingönül, vd. 2012: 23). 2011 yılında ise Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kurularak çağrı merkezi oluşturulmuştur. İngilizce, Arapça, Rusça ve Almanca dillerinde yabancı hastalara ve turistlere sağlık alanında tercümanlık ve destek hizmeti verilmektedir (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 1, 2012: 2). Türkiye Cumhuriyeti Ekonomi Bakanlığı'nın 2012/4 sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ'de Sağlık Turizmi sektörüne yönelik olarak belirlenmiş olan pazara giriş desteği, danışmanlık desteği, belgelendirme desteği, yurt dışı tanıtım desteği, yurt dışı birim desteği, ticaret desteği ve alım heyeti desteği vermektedir. Devlet bu desteklerle sağlık turizminin gelişimine büyük katkıda bulunmakta ve önemli kolaylıklar sağlamaktadır (Özer, vd. 2012: 78-79).

Turistlerin Türkiye'yi sağlık turizmi için seçmesinin temel nedenin fiyat, daha sonra iklim olduğu saptanmıştır (Gülmez, 2012: 90). Türkiye; Avrupa, Asya ve Afrika kıtaları arasındaki stratejik konumu ile ön plana çıkarken, ulaşım kolaylıkları, tarihi geçmişi, termal kaynakları, zengin medikal altyapısı, uluslararası düzeyde akredite hastaneleri ve sağlık işletmeleri, diğer bazı dünya ülkelerine göre göreceli daha ucuz olması, kalifiye sağlık çalışanlarıyla pek çok ülkeden hasta çeken sağlık turizmi merkezine dönüşmeye başlamaktadır (Öztürk, vd. 2011: 137; Özer, vd. 2012: 78). Çin, Asya- Pasifik bölgesinin lideri olurken, Türkiye de Akdeniz bölgesinin en önemli 4. ülkesi haline gelmiş, Avrupa turizm bölgesi açısından ise; Fransa, İspanya, İtalya, İngiltere ve Almanya'nın ardından 6. en önemli turizm ülkesi olmuştur (Kostak, 2007: 57).

Sağlık turizminin 2011 yılı verilerine göre dünyadaki pazar payı yaklaşık olarak 400 milyar dolara ulaşmıştır (Altın, vd. 2012: 157). Türkiye'de 2008 yılında toplam 74 093 (Özel Sağlık Kuruluşları 56 276 ve Kamu Sağlık kuruluşları 17 817) turist hasta, acil sağlık hizmeti almış; 2012 yılında ise toplam 270 000 turist hasta (Özel Sağlık Kuruluşları 186 000 ve Kamu Sağlık kuruluşları 84 000) hizmet almıştır. Sağlık Bakanlığı hedeflerine göre; 2015 yılı 500.000 hasta 7 milyar dolar gelir, 2023 yılı 2.000.000 hasta 20 milyar dolar gelir sağlamayı

ve bölgesinde sağlık turizminde lider ülke olmayı, amaçlanmaktadır (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 1, 2012: 6-8). Sağlık Bakanlığının, Sudan, Afganistan, Yemen, Arnavutluk, KKTC, Kosova ve Azerbaycan ile sağlık alanında yapmış olduğu ikili anlaşmalar bulunmaktadır. Bu ülkelerden belirli sayıda hasta Türkiye’ye ilgili protokol kapsamında gelip tedavi olmaktadır (Kaya, vd. 2013: 23). Sağlık turizmi her ne kadar özel sektörün öncülüğünde yürüyen bir süreç gibi görünse de, kamu sektörü var olan tüm unsurlarıyla “yabancıya sunulan sağlık hizmeti” kavramının gereklerini yerine getirmektedir (Aktepe, 2013: 173).

Sağlık turizmi iki tarafı keskin bir bıçak görüntüsü ile bir yandan ülke ekonomisine sağlayacağı mali girdi, istihdam, siyasi ve sağlık altyapısının gelişmelerine olanak sağlar iken; bir yandan da ülke içerisinde bir takım dengesizliklerin oluşmasına neden olabilmektedir. Kalifiye sağlık personeline özel hastaneler daha fazla ücret ödediği için kamu hastanelerinde nitelikli sağlık personeli istihdam sorunu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte özel hastanelerin daha yüksek ücret ödeyen yabancı hastalara öncelik vermesi sonucu yerli hastaların yeterli hizmet alamayışı ve ikinci sınıf hasta muamelesi görmesine neden olabilmektedir (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 2, 2012: 20). Sağlık profesyonellerinin (özellikle doktorlar) güçlenen özel sağlık sektörüne kayması, özel sağlık kurumlarına talebin artması, yurt dışından salgın hastalık bulaşma riski, bulaşıcı hastalıkları olan (Tbc, AIDS gibi) hastaların gelmesi, özel sağlık kurumlarının kendi halkına hizmet sunmaktan vazgeçebilme riski gibi tehditleri de beraberinde getirebilmektedir. Ülke açısından risklerin yanı sıra fırsatlar da doğmaktadır. Bunlar; bilgi ve tecrübe transferi, iş istihdamı (sağlık personeli ve diğer personeller), hastaneler gibi yeni yatırımlar, yaşlı tatil köyleri, kaplıcalar, özel sağlık sektörünün finansal yapısının güçlenmesi, yurtdışında sosyal ve siyasi güç kazanımı, ekonomik açıdan döviz girdisi ve ülkemize yabancı sermaye girişi gibi fırsatlar sağlamaktadır (Top, 2014; Khafizova, 2011; 94).

Sağlık turizminde; pazarlama, ulaşım, otelcilik, acentecilik, sigortacılık gibi sektörler sağlık sektörüyle iç içe çalışmaktadır. Bir ülkenin yabancı turistler tarafından seçilebilmesi için tıptaki başarısının yanı sıra birçok alanda duyulmuş ve tanıtımının iyi yapılmış olması gerekmektedir (Barca, vd. 2013: 85). Aktepe (2013), yurt dışındaki tanıtım faaliyetlerini üç başlık altında toplamaktadır. Birinci hedef noktası sigorta şirketleri, ikinci aşamada aracı işletmeler, üçüncü aşama ise bireylere dönük tanıtım faaliyetleri ortaya çıkmaktadır. Tanıtım faaliyetlerindeki farklılaşma, ürün çeşitlendirmeyi de beraberinde getirmektedir (Aktepe, 2013: 183; Barca, vd. 2013: 85). Son yıllarda oldukça yaygın olan özel hastane ve kliniklerde avantajlı sağlık paketi turları sunulmaktadır. Sağlık paketi turları hizmet alana, ulaşım, konaklama, şehir içi transfer, tercümanlık hizmeti ve tedavi maliyeti dahil avantajlı seçenekler sunmaktadır (Kostak, 2007: 142). Medikal turizm araçlarının seyahat düzenlemeleri hastanın evden çıkışından tekrar evine dönüşüne kadar geçen tüm süreçleri kapsamalıdır (İçöz, 2009: 2275-2276).

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma ülkemizin Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan turizm potansiyeli yüksek iki büyük ilimiz Gaziantep ve Şanlıurfa'daki sağlık turizmine talep düzeyini belirleyebilmek amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma 01.08.2013-31.08.2013 tarihleri arasında Gaziantep ilinde 22 hastane (üniversite, kamu ve özel hastane) ve 34 otelde, Şanlıurfa ilinde 17 hastane (üniversite, eğitim araştırma, kamu ve özel hastane) ve 28 otelde yapılmıştır. Sağlık turizmi alanında yetkili toplam 101 yöneticisiyle görüşülmüştür. Yapılan anketlerin 18 tanesi geçersiz kabul edilmiştir. Araştırma Gaziantep ve Şanlıurfa illerini kapsamaktadır. Genelleme yapmak mümkün değildir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket formu yapılan literatür ve sektör araştırması sonucunda oluşturulmuştur. Anket formunda EVET, HAYIR ve beşli likert tipi soru kullanılmıştır. Yetkili yöneticilerle yüz yüze görüşülerek ve izin alınarak anket formları cevaplandırılmıştır. Araştırma neticesinde elde edilen verilere tanımlayıcı istatistik ve yüzde analiz yöntemleri uygulanmıştır.

4. Analiz ve Tartışma

Tablo 1. İllere Göre Dağılım

İl	n	%
Gaziantep	55	66,3
Şanlıurfa	28	33,7
Toplam	83	100

Araştırmaya % 66,3 Gaziantep ilinden, % 33,7 Şanlıurfa ilinden katılım olmuştur.

Tablo 2. Yabancı Hastalar Tedavi Amacıyla Geliyor mu?

İl		N	%
Gaziantep	Evet	21	38,2
	Hayır	34	61,8
	Toplam	55	100
Şanlıurfa	Evet	6	21,4
	Hayır	22	78,6
	Toplam	28	100

Gaziantep'teki yöneticilerin % 38,2'si yabancı hastaların tedavi amacıyla başvurduklarını ifade eder iken; % 61,8'i tedavi amacıyla başvurunun olmadığını ifade etmiştir. Şanlıurfa'daki yöneticilerin ise % 21,4 yabancı hastaların tedavi amacı ile başvurduğunu ifade etmiş, % 78,6'ı tedavi amacıyla başvurunun olmadığını ifade etmiştir. Tedavi amacıyla gelen turistlerin daha çok Gaziantep iline başvurduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 3. Yabancı Hastalar İçin Ayrı Kat veya Klinik Var mı?

İl		N	%
Gaziantep	Evet	1	1,8
	Hayır	54	98,2
	Toplam	55	100
Şanlıurfa	Evet	1	3,6
	Hayır	27	96,4
	Toplam	28	100

Tedavi amaçlı gelen turistler için yapılan analiz sonucunda Gaziantep ilindeki yöneticiler % 1,8’inde ayrı kat veya klinik düzenlendiğini belirtilir iken, % 98,2’inde ayrı kat veya klinik bulunmadığı ifade etmiştir. Şanlıurfa ilindeki yöneticiler ise % 3,6’sında ayrıca bir kat veya klinik düzenlendiği, % 96,4’ünde ayrı kat veya klinik bulunmadığını ifade etmiştir. Bu oranın çok düşük olması dikkat çekicidir. Yabancı hastalar için düzenlenmiş ayrıca bir kat veya klinik bulunması; tecrübe, iletişim kolaylığı ve sağladığı konfor gibi nedenlerle tercih nedeni olabilmektedir.

Tablo 4. Yabancı Dil Bilen Personel Var mı?

İl		n	%
Gaziantep	Evet	44	80
	Hayır	11	20
	Toplam	55	100
Şanlıurfa	Evet	11	39,3
	Hayır	17	60,7
	Toplam	28	100

Gaziantep’teki yöneticilerin % 80’i yabancı dil bilen personelin varlığını ifade eder iken; % 20’si yabancı dil bilen personelin olmadığını ifade etmiştir. Şanlıurfa’daki yöneticilerin ise; % 39,3’ü yabancı dil bilen personelin varlığını ifade eder iken % 60,7’si yabancı dil bilen personelin olmadığını ifade etmiştir. Tercümanlık hizmetinin doğrudan verilmesi sağladığı iletişim kolaylığı sayesinde zaman ve maliyet avantajı ile hizmet kalitesini de arttırabilecektir. Hindistan başta olmak üzere birçok ülke yabancı dil bilen elemanlar çalıştırarak rekabette avantaj sağlayarak ön plana çıkmaya çalışmaktadır (İçöz, 2009; 2263-2275; Güleç, 2011; 100).

Tablo 5. Havaalanı Yakın mı?

İl		n	%
Gaziantep	Evet	42	76,4
	Hayır	13	23,6
	Toplam	55	100
Şanlıurfa	Evet	8	28,6
	Hayır	20	71,4
	Toplam	28	100

Gaziantep ilinde yöneticilerin % 76,4’ü havaalanının yakın olduğunu belirtir iken, % 23,6’sı yakın olmadığını belirtmiştir. Şanlıurfa ilindeki yöneticilerin ise % 28,6’sı havaalanının yakın olduğunu belirtir iken, % 71,4’ü havaalanının yakın olmadığını belirtmiştir. Ulaşım, sağlık turizminde maliyeti direkt etkilemesi nedeniyle önemli bir unsur olarak karşımıza çıkabilmektedir. Yabancı hastalar ulaşımını kendisi sağlayacak ise bölgeyi bilmemesi, dil bilmemesi ve maliyet gibi nedenlerden dolayı önemli sorunlar

yaşayabilmektedir. Bu nedenle hizmet alanlar, ulaşımı kolay, ucuz ve ulaşılabilir, tedavi maliyeti daha düşük bölgeleri tercih edebilmektedir. Bu duruma alternatif olarak sağlık turu paketi avantajını ortaya çıkarmaktadır (Aktepe, 2013: 171; Kostak, 2007: 142). Sağlık turizminde araçlarının seyahat düzenlemeleri hastanın evden çıkışından tekrar evine dönüşüne kadar geçen tüm süreçleri kapsamalıdır (İçöz, 2009: 2275-2276).

Tablo 6. Diğer Sağlık Kurumları Yakın mı?

İl		n	%
Gaziantep	Evet	49	89,1
	Hayır	6	10,9
	Toplam	55	100
Şanlıurfa	Evet	15	53,6
	Hayır	13	46,4
	Toplam	28	100

Gaziantep ilindeki yöneticiler sağlık kurumlarının % 89,1'inin birbirine yakın olduğunu ifade eder iken, % 10,9'unun yakın olmadığını ifade etmiştir. Şanlıurfa ilindeki yöneticiler ise % 53,6'sının birbirine yakın olduğunu ifade eder iken, % 46,4'ünün yakın olmadığını ifade etmiştir. Sağlık kurumlarının yakınlığı acil ve komplike durumlarda önem arz etmekte ve yabancı hastalar için alternatif olarak tercih nedeni olabilmektedir. Sağlık kuruluşunun kamu ya da özel oluşu da önem arz etmektedir. Barca vd. araştırma sonuçlarına bakıldığında sağlık turisti sayıları ve türlerine göre gittikleri hastane türlerinin sıralaması; ilk sırada özel hastanelerin, ikinci sırada kamu hastanelerinin ve son sırada eğitim ve araştırma hastaneleri şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Barca vd. araştırmasında özellikle acil durumlarda turistlerin özel hastaneleri değil kamu hastanelerini tercih ettiği gözlemlenmiştir. Bu tercihin nedeni acil durumlarda özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetleri çıkarabileceği endişesinden kaynaklanabilmektedir (Barca, vd. 2013: 73-78).

Tablo 7. Turistlerin İllere Göre Tercih Etme Nedenleri

İl		n	Ortalama
Gaziantep	Uzun Bekleme Listeleri	15	2,2
	Sigorta Kapsamında Olmama	14	2,6429
	Yasal Zemin Bulunmayışı	15	2,1333
	Türk Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi	16	3,9375
	Türk sağlık Personeline olan Güven	16	3,6875
	Fiyat	17	3,5882
	İklim	14	2,2857
Şanlıurfa	Uzun Bekleme Listeleri	7	1,7143
	Sigorta Kapsamında Olmama	7	2,2857
	Yasal Zemin Bulunmayışı	7	2,1429
	Türk Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi	6	2
	Türk sağlık Personeline olan Güven	7	2
	Fiyat	6	2,3333
	İklim	6	1,8333

Gaziantep iline gelen yabancı hastaların tercih etme nedenleri sırasıyla; Türk sağlık hizmetlerinin kalitesi, Türk sağlık çalışanlarına güven, fiyat, sigorta kapsamında olmama, iklim, uzun bekleme listeleri ve yasal zemin bulunmayışı şeklinde sıralanmaktadır. Şanlıurfa ili için ise; sonuçların birbirine yakın olmakla birlikte sırasıyla fiyat, sigorta kapsamında

olmama, yasal zemin bulunmayışı, Türk sağlık çalışanlarına güven, Türk sağlık hizmetlerinin kalitesi, iklim ve uzun bekleme listeleri şeklinde olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 8. İllere Aylara Göre En Çok Gelen Turist Ortalaması

İl		n	Ortalama
Gaziantep	Mart-Nisan-Mayıs	19	2,8421
	Haziran-Temmuz-Ağustos	20	4,6
	Eylül-Ekim-Kasım	18	2,8889
	Aralık-Ocak-Şubat	18	2,6111
Şanlıurfa	Mart-Nisan-Mayıs	4	2,25
	Haziran-Temmuz-Ağustos	7	3
	Eylül-Ekim-Kasım	4	2,25
	Aralık-Ocak-Şubat	4	2,5

Yabancı hastaların her iki il için de en çok Haziran-Temmuz-Ağustos aylarını ve en az Aralık-Ocak-Şubat aylarını tercih ettiği tespit edilmiştir. Yapılan benzer çalışma sonuçları da elde etmiş olduğumuz sonuçları destekler niteliktedir (Kaya, vd. 2013: 66; Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 1, 2012: 11; Güleç, 2011:101). Gelen hastaların çoğu gurbetçi olarak anılan Türkiye dışında yaşayan Türklerden oluşmaktadır. Bu durum yaz aylarında yabancı hasta sayısının artma nedenleri arasında olabilmektedir.

Tablo 9. İllere Ülkelere Göre En Çok Gelen Turist Ortalaması

İl		n	Ortalama
Gaziantep	Türk Cumhuriyetleri	12	2,5
	Suudi Arabistan	12	2,4167
	İran	13	2,3077
	Hollanda	12	4,8333
	Almanya	16	3,625
	Belçika	12	2,0833
	İngiltere	15	2,3333
	Danimarka	10	1,5
	Amerika	12	1,6667
	Fransa	12	1,9167
	Yunanistan	11	1,0909
Diğer ülkeler (Suriye)	11	3,9091	
Şanlıurfa	Türk Cumhuriyetleri	4	1,75
	Suudi Arabistan	5	1,6
	İran	5	2,2
	Hollanda	4	1
	Almanya	6	2,1667
	Belçika	4	1
	İngiltere	4	1
	Danimarka	4	1
	Amerika	4	1
	Fransa	4	1
	Yunanistan	4	1
Diğer ülkeler (Suriye)	5	2,4	

Ülkelere göre baktığımızda Gaziantep iline en çok sırasıyla; Hollanda, Suriye, Almanya, Türk Cumhuriyetleri, Suudi Arabistan, İngiltere, İran, Belçika, Fransa, Amerika, Danimarka ve son olarak Yunanistan'dan yabancı hastaların tedavi için geldiği tespit edilmiştir. Şanlıurfa iline ise en çok sırasıyla; Suriye, İran, Almanya, Türk Cumhuriyetleri, Suudi Arabistan, Hollanda, Belçika, İngiltere, Danimarka, Amerika, Fransa ve Yunanistan'dan yabancı hastaların tedavi için geldiği tespit edilmiştir.

5. Sonuç ve Öneriler

Yabancı hasta sayısını arttırabilmek için sağlık turizmi eğitimi almış yönetici sayısını arttırmak ve yabancı dil bilen çalışan sayısını arttırmak etkili olabilecektir. Tesislerin tanıtım ve reklam faaliyetlerinin arttırılması, uluslararası tanıtım faaliyetlerinde bulunulması sağlık turizmi potansiyelini arttırabilecektir. Özellikle kamu kuruluşlarında teknolojik olanaklar ve yeterli donanımına sahip olmasına rağmen tanıtım ve reklam unsurunun yeterli düzeyde olmayışı yabancı hastalar için tercihte olumsuz etken olabilmektedir. Kamu kuruluşlarının bu alanda tanıtım ve reklam faaliyetlerini arttırması sağlık turizmi kapasitesini arttırabilecektir. Yabancı hastalar için ayrı kat veya klinikler düzenlenmesi rekabet avantajı sağlayacaktır. Gaziantep ve Şanlıurfa illerinde sağlık turizminin gelişmesi için; oteller, turizm acenteleri, sigorta şirketleri ve diğer aracı şirketlerin organize olarak alternatif sağlık paketi turları oluşturmaları gerekmektedir. Bu paket turlar “evden eve” anlayışıyla birçok ülkede olduğu

gibi hizmet alana, ulaşım, konaklama, şehir içi transfer, tercümanlık hizmeti ve tedavi maliyeti dahil, şehir içi tanıtım ve gezi turlarını, eve dönüşe kadar tamamını kapsayacak avantajlı seçenekler sunulurken sağlık turizmi kapasitesi arttırabilecektir.

Kaynakça

- 1.AKTEPE, Cemalettin. (2013), *Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar Ve Türkiye’de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları*, İşletme Araştırmaları Dergisi, 5/1 s. 170-188 [Www.İsarder.Org](http://www.İsarder.Org),
- 2.ALTIN, Ufuk. Bektaş, G. Antep, Z. ve İrban, A. (2012), *Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hastalar İçin Türkiye Pazarı*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3/3, Temmuz s.157-163
- 3.GÜLEÇ, Dilek. (2011), *Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. s. 1- 123
- 4.GÜLMEZ, Zeynep. (2012), *Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s. 1-105
- 5.İÇÖZ, Onur. (2009), *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye’nin Olanakları*, Journal of Yasar University, 4 /14, s. 2257-2279
- 6.KAYA, Sıdıka. Yıldırım, H. H. Karsavuran, S. ve Özer, Ö. (2013), *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*, TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, s. 1-86
- 7.KHAFİZOVA, Liliya. (2011), *Medikal Turizmin Gelişmesinde Seyahat İşletmelerinin Önemi ve Türkiye’deki Durum*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s. 1-134
- 8.KOSTAK, Didem. (2007), *Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s. 1-181
- 9.BARCA, Mehmet. Akdeve, E. ve Gedik, Balay, İ. (2013), *Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri*, İşletme Araştırmaları Dergisi, s. 64-92 [Www.İsarder.Org](http://www.İsarder.Org)
- 10.ÖZER, Özlem ve Songur, Cuma. (2012), *Türkiye’nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu*, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4/ 7, s. 69-81
- 11.ÖZTÜRK, Menşure ve Bayat, Murat. (2011), *Uluslararası Turizm Hareketlerinde Sağlık Turizminin Rolü ve Kalite Çalışmalarının Önemi Bir Literatür Çalışması*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İdari İktisadi Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı.2, s. 135-156

12. ÜNAL, Aydın ve Demirel, Göksu. (2011), *Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma*, Electronic Journal of Vocational Colleges December, Aralık, s. 106-115
13. ZENGİNGÖNÜL, Oğul. Emeç, H. İyilikçi, D. E. ve Bingöl, P. (2012), *Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme*, İstanbul Kalkınma Ajansı, İstanbul, s. 1-63
14. Sağlık Bakanlığı (2014), <http://www.Saglik.Gov.Tr/SaglikTurizmi/Belge/1-10451/Saglik-Turizmi-Cesitleri.Html> Erişim Tarihi 27.05.2014
15. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2014), <http://www.Saglik.Gov.Tr/SaglikTurizmi/Belge/1-10558/İleri-Yas-Ve-Engelli-Turizmi.Html> Erişim Tarihi 27.05.2014
16. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 1, (2012), *Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu*, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, s. 1-20 <http://www.Saglik.Gov.Tr/SaglikTurizmi/Dosya/1-80292/H/Trsaglik-Turizmi-2012-Faaliyet-Raporu.Pdf> Erişim Tarihi 27.05.2014
17. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 2, (2012), *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, s. 1-78
18. TOP, Mehmet. (2014), *Sağlık Turizmi İşletmeciliği Yönetimi Eğitimi Türkiye'de Sağlık Turizmi Uygulamaları ve Politikaları*, Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, <http://www.Academia.Edu/1974688/Turkiyede-Saglik-Turizmi-Uygulamaları-Ve-Politikaları> Erişim Tarihi 27.05.2014
19. Türk Dil Kurumu (2014), http://www.Tdk.Gov.Tr/Index.Php?Option=Com_Gts&Arama=Gts&Guid=TDK.GTS.538354be878104.06040398 Erişim Tarihi 27.05.2014
20. Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK), (2013), *Turizm İstatistikleri*, s. 1-68, http://www.Turkstat.Gov.Tr/Icerikgetir.Do?İstab_İd=69 Erişim Tarihi 30.05.2014

TURİZİM SEKTÖRÜNDE SAĞLIK HİZMETİ VE PAYDAŞ ALĞILARI: ANTALYA İLİ OTEL VE ACENTE YÖNETİCİLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Züleyha TOKSOY*

Erdoğan TAŞ**

ÖZET

Bu çalışmada turizm sektörünün, sağlık hizmet paydaşlarını ve bu paydaşları tercih etme nedenlerini analiz etmek amaçlanmaktadır. Bu amaçla Antalya ilinde 900 yakın otel ve acenteden oluşan evrenden, 5 yıldızlı otel yöneticileri (n:47) ve A Grubu Turizm Acenteleri yöneticileri (n: 106) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırmada veri toplamak için anket formu kullanılmıştır. Anketler iki ayrı guruba yönelik hazırlanmış ve yüz yüze görüşme ve anket formu kullanılarak yapılmıştır. Anketlerde açık uçlu sorulara da yer verilerek paydaşların görüş ve önerilerinin derinlemesine değerlendirilmesine önem verilmiştir. Veriler SPSS 18 programında analiz edilmiştir. Araştırma bulguları; Otellerin çoğunluğu (%85) özel hastanelerle anlaşmalı çalışmaktadır. Kamu hastaneleri yatak kapasitesi ve işlemlerin hızı vb. nedenlerle olumsuz bir imaja sahiptir. Acentelerin çok büyük bir çoğunluğu, getirdikleri turistlerin sağlık durumlarıyla ilgilenmemektedir. İşlemlerin daha hızlı olması, özel hastanelerden katkı payı ödemesi, acente ile özel hastane arasında olumlu bir işbirliği olması nedeniyle özel hastaneler daha çok tercih edilmektedir. Sonuç olarak elde edilen bulgular böyle bir araştırmanın ne kadar gerekli olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Turist sağlığı, Turizm taraftarları, Paydaş algıları,

* Doktora öğrencisi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, zuleyhatoksoy@hotmail.com

** Dr, Antalya Kamu Hastaneleri Birliği, Genel Sekreterlik, etas20@hotmail.com

PERCEPTIONS IN REGARD TO HEALTHCARE SERVICES AND STAKEHOLDERS IN TOURISM SECTOR: A STUDY ON HOTEL AND AGENCY MANAGERS IN THE CITY OF ANTALYA

ABSTRACT

This study is conducted with the aim of analyzing healthcare service stakeholders of the tourism sector and motives of the tourism sector in choosing such stakeholders. To that end, the sample group of the study consists of managers of 5-star hotels (n: 47) and managers of Group A Tourism Agencies (n: 106) from a population of approximately 900 hotels and agencies in the city of Antalya. In this descriptive study, data gathering was undertaken via questionnaires. The questionnaires were prepared in two versions for two groups, each version specific to one group; the data gathering via questionnaires was performed through interviews and questionnaire forms. Emphasis was also put on evaluation of the opinions and suggestions of the stakeholders, and open-ended questions were included in the questionnaires accordingly. The gathered data was analyzed in the program SPSS 18. According to the study findings, majority of hotels (85%), have contracts with private hospitals. Public hospitals project a negative image due to reasons such as inadequate bed capacity, slow operation speed, etc. The vast majority of tourism agencies do not take an interest in the health condition of the tourists they serve. Private hospitals are favored over public hospitals since process speeds in such institutions are better, contribution share fees enable people with social insurance can benefit from their services as well and an advantageous relationship can be formed between agencies and private hospitals. To conclude, these findings indicate the necessity of such a study.

Key Words: Tourist health, Tourism proponents, Stakeholder perceptions

1.Giriş

Bir sektörün uluslararası rekabet pozisyonunu bilmek ve bu duruma göre rekabet stratejileri geliştirmek, ilgili sektörde faaliyet gösteren oyuncuların ihtiyaç duyduğu önemli noktalarından birisidir. Küreselleşme ile turizm sektörü de önemli bir endüstri haline gelmiştir. Ülkemizde 1980’ler den itibaren gelişmeye başlayan turizm endüstrisi, günümüzde ekonomiye en önemli katkı sağlayan bir sektör olarak kayıtlara geçmektedir. Ülkemizin sahip olduğu stratejik konum, elverişli iklim, uygun coğrafi yapı, doğal kaynaklar, genç ve dinamik nüfus, kültürel ve tarihsel miras bu gelişmede oldukça önemli etken olmuştur. Bacasız endüstri olarak da tanımlanan turizm sektörü, ülke içinde göstermiş olduğu gelişim paralelinde, aynı zamanda farklı ihtiyaçları ve etkileşimleri gündeme getirmiştir. Turizmin ilişkisel boyutlarını bakıldığında, turist kabul eden bölgeler, turistler, tedarikçi işletmeler, hükümetler ve kamu kurumları arasında karşılıklı etkileşimin olmasına neden olmuştur. Bu etkileşimlerin en önemlilerinden birisi, sağlık sektörü ve turizm sektörü arasındaki etkileşimdir. Zira, turizm hareketinin ekonomik etkileri yanı sıra, sağlık etkileri de bulunmaktadır. Turistlerin gezileri sırasında hasta olmasının en önemli nedeni; “bulaşıcı hastalık” etkenleridir(Evci ve Tezcan, 2005,S:2). Çünkü turistler bir süre için alıştıkları ortamdan tamamen yeni ve yabancı bir ortamda yaşamaktadırlar. Beslenme düzenleri,

yedikleri yiyeceklerin türleri ve pişirilme usulleri, içtikleri su, barındıkları ortam, iklim, çevre ve alışkanlıkları değişmektedir. Bunların yanında turistlerin geçirdikleri kazalar gibi nedenlerle turistlerin sağlığı gündeme gelmektedir.

Antalya, deniz, kum, kültürel ve doğa güzellikleri ile turizmde önemli bir merkezdir. Antalya ili önemli oranda turist potansiyeline sahip bulunmaktadır. Dolayısı ile bu potansiyelin sağlığı ve medikal turizmde önemli paydaşlar olan sağlık hizmet sunucuları ve turizm işletme taraflarının etkileşimi önem kazanmaktadır. Bu etkileşim; turizm konaklama ve otelcilik sektörü ile özel sağlık kurumları arasında önem kazandığı gözlenmektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların turist tercihleri ve turizm çeşitleri üzerine yoğunlaştığı gözlenmektedir. Sağlık sektörleri ile turizm sektörleri arasındaki bağın nedenlerini sorgulayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışma, turizm sektörünün, sağlık hizmet paydaşlarını ve bu paydaşları tercih etme nedenlerini analiz ederek literatüre katkı sağlamak amacı ile yapılmıştır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada turizm sektörünün, sağlık hizmet paydaşlarını ve bu paydaşları tercih etme nedenlerini analiz etmek amaçlanmaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini TUROFED'in rehberine göre, Antalya ilinde hizmet vermekte olan 900 yakın turizm şirketi (Acente ve otel) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem gurubunu, acentelerden turist getirmeyenler çıkarılmış ve geriye kalan 321 acenteden, ulaşıla bilinen 106 tanesi ile 47 A gurubu otel yöneticisi oluşturmuştur.

2.3. Veri Toplama Aracı ve yöntemi

Araştırmada otel yöneticileri ve acentelere yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Turizm sektör yöneticileri ile yüz yüze görüşme ve anket tekniği kullanılarak yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Antalya il sınırlarında 01.09.2013 - 01.01. 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.5. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.6. Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analizi

Verilerin çözümlenmesinde SPSS 18.0 (Statistical for Social Sciences for Windows) paket programları kullanılmıştır.

3. Bulgular

3.1. Seyahat Acenteleri Yetkilileri Araştırması Sonuç Analizi

3.1.1. Çalışmaya Katılan Seyahat Acenteleri

Antalya bölgesinde hizmet veren A grubu acentelerin toplamı 335 olup 14 acenteye ulaşılammıştır. Geriye kalan 321 acentenin içerisinde, sağlıklı sonuçlar alınabilmesi için turist getirmeyenler (incoming) değerlendirme dışı bırakılmış, böylelikle çalışmaya 106 acente katılmıştır. Çalışmaya katılan acentelerin hizmet süreleri sorgulanmış ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Acentelerin Hizmet Süresi (n=106)

Süre (Yıl)	Sayı	Yüzde
1-5	24	22,6
5-10	22	20,8
11-15	28	26,4
15+	32	30,2
Toplam	106	100,0

3.1.2. Turistin Hastalandığından Haberdar Olma

Acente yetkililerine getirdikleri turistin rahatsızlanması durumunda nasıl haberdar oldukları ve ne yaptıkları sorulmuş, turistlerin sağlık problemleriyle ilgilenmeyip bu konuyu otelin veya turistin tercihi bırakarak 32 acente değerlendirme dışı bırakılmıştır. Anket çalışmasına 74 acente ile devam edilmiştir.

Tablo 2. Turistin Hastalığından Haberdar Olma (n=106)

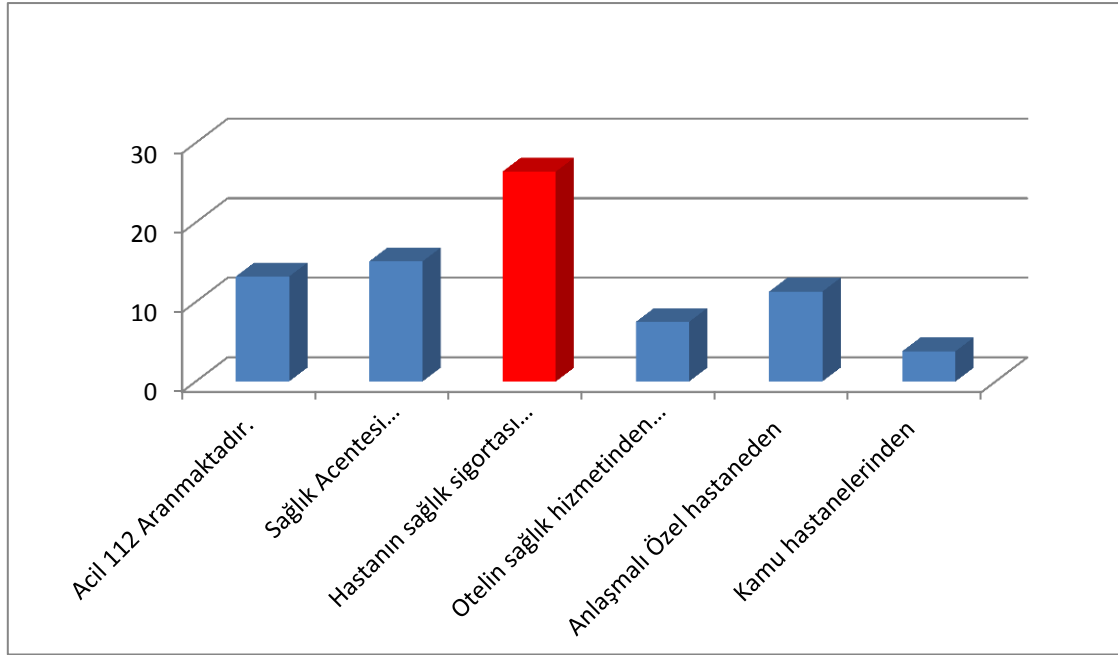
İşlem Türü	Sayı	Yüzde
Sağlık sorunu ile ilgilenmiyoruz	32	30,2
Turistin kendisi, yakını veya arkadaşı tarafından haber verilmektedir	40	37,7
Acente görevlisi tarafından haber verilmektedir	20	18,9
Otel yetkilisi tarafından haber verilmektedir.	14	13,2
Toplam	106	100,0

3.1.3. Turist Hastalandığında Yapılan İşlem

Acente yetkililerine turistin hastalanması durumunda ne yapıldığı sorulmuş ve Şekil 1.deki bulgular elde edilmiştir (birden fazla seçenek işaretlenmiştir). Turistin tedavisinin, sağlık sigortasında hangi kuruluşlarla anlaşma yaptığına göre değiştiği gözlenmiştir. Bu da çok büyük bir çoğunlukla sigorta anlaşması olan özel hastaneler tarafından yapılmaktadır.

Zorunluluk hallerinde, en yakın hastane olması nedeniyle kamu hastaneleri tercih edilmektedir. Bazı acente yetkilileri, özel hastanelerden genellikle fiyatların yüksekliği gibi konularda şikayet geldiğini belirtmiştir.

Şekil 1. Turistin Hastalanması Durumunda Yapılan İşlemler (n=74, birden fazla işaretleme yapılmıştır)



3.1.4. Kamu Hastanelerini Tercih Nedeni

Kamu hastanelerinin tercih edilmesi durumunda neden tercih edildiği sorgulanmış ve diğer bulgularda da olduğu gibi tedavi ücretlerinin daha düşük olması en çok tercih nedeni olarak gözlenmiştir.

Tablo 3. Kamu Hastanelerini Tercih Nedeni (n=74, birden fazla işaretleme yapılmıştır)

Tercih Nedeni	Sayı	Yüzde
Özel hastanelerden memnuniyetsizlik	02	0,27
Turistlerin kamu hastanelerine duyduğu güven	08	10,8
Turistin tedavi maliyetlerinin daha düşük olması talebi	12	16,20
Kamu hastanelerinin daha geniş imkanlara sahip olması	08	10,8
Diğer...	00	00,0
Yanıt Vermeyen	44	59,4
Toplam	74	100,0

Bu soruya yanıt vermeyen acente yetkilisi sayısının yüksek olmasının nedeni kamu hastaneleri ile çalışma konusunun bugüne kadar gündeme bile alınmamış olmasıdır.

3.1.5. Özel Hastaneleri Tercih Edilmesindeki Faktörler

Özel hastaneleri tercih etme nedeni olarak olası faktörlerin önem dereceleri acente yetkililerine sorulmuş ve Tablo 4.’teki bulgular elde edilmiştir (birden fazla seçenek işaretlenmiştir)

Tablo 4. Sizce acentenizin hasta sevkinde özel bir hastanenin tercih edilmesinde aşağıdaki faktörler hangi derecede etkilidir? (n=74, birden fazla işaretleme yapılmıştır)

Seçenek	Önemsiz		Önemli		Çok Önemli		Fikrim Yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Turistin yurt dışı seyahat sigortasının o yönde yapılması	0	0	10	13,5	10	13,5	54	73,0
Daha önce tedavi olmuş misafirlerin memnuniyetleri	2	2,7	8	10,8	4	5,4	60	81,1
Özel hastane personelinin yabancı dil probleminin olmaması	2	2,7	8	10,8	6	8,1	58	78,4
Özel hastanede yabancı hastalarla özellikle ilgilenen personel olması	0	0	6	8,1	12	16,2	56	75,7
Otel anlaşmalı hekiminin ya da sağlık personelinin özel hastane tarafından bilgilendirilmesi	2	2,7	10	13,5	4	5,4	58	78,4
Özel hastaneler ile otel yöneticileri arasında iyi işbirliği olması	4	5,4	10	13,5	2	2,7	58	78,4
Özel hastanenin JCI Akreditasyonuna sahip olması	2	2,7	6	8,1	6	8,1	60	81,1
Özel hastanelerin turizm acentesi ve sağlık sigortası şirketlerle uyumlu bir biçimde çalışması	0	0	8	10,8	12	16,2	54	73,0
Özel hastanelerin teknoloji ve insan kaynağı konusunda olumlu imajı olması	0	0	14	18,9	4	5,4	56	75,7
Hastaların dini ritüellerine veya kültürel ihtiyaçlarına uygun davranılması	8	10,8	6	8,1	2	2,7	58	78,4
Tedavi sonrasında hasta takibinin yapılması	2	2,7	10	13,5	6	8,1	56	75,7
Özel hastane ekiplerinin otel personeline eğitimler düzenlemesi	4	5,4	12	16,2	2	2,7	56	75,7

Bu bulgulardan; turistin sağlık sigortasında yapılan anlaşma gereği, özel hastanelerde yabancı dil bilen personel istihdamı, özel hastanelerin turizm işletmeleriyle uyumlu

çalışması, insan kaynağı ve teknolojik altyapı avantajı, otel personeline eğitimler düzenlenmesi vb. nedenlerle özel hastanelerin tercih edildiği anlaşılmaktadır. İşaretlenmiş alanlardaki bazı faktörlerin az sayıda da olsa önemsiz bulunması, özel hastanelerin de söz konusu konularda yeterince verimli olmadığı veya bu durumun acente yöneticileri tarafından önemsiz bulunduğu kanaati uyandırmaktadır. Otel yöneticilerinin beyanıyla benzer olarak hastaların dini ritüellerine veya kültürel ihtiyaçlarına uygun davranılmasının önemli bir etkisi bulunmamaktadır. Acente yöneticilerinin beyanlarına ve tutumlarına göre, kendilerinin herhangi bir tercih hakkı bulunmaması, kamu hastaneleri ile herhangi bir işbirlikleri bulunmaması ve özel hastanelerin alternatifsiz olması nedeniyle bu likert sorusuna yanıt vermeyenlerin sayısı oldukça yüksek olmuştur.

4.1.6. Kamu Hastanelerinin Tercih Edilmemesindeki Etkenler

Tablo 5: Sizce işletmenizin hasta sevinde, kamu hastanesinin tercih edilme(me)sinde aşağıdaki faktörler hangi derecede etkilidir?(n=74, birden fazla işaretleme yapılmıştır)

Seçenek	Önemsiz		Önemli		Çok Önemli		Fikrim Yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Seyahat sigortasında bağlayıcı hüküm bulunmaması	4	5,4	8	10,8	8	10,8	54	73,0
Kamu Hastaneleri Birliği'nin işbirliği konusunda herhangi bir girişimde bulunmaması	4	5,4	4	5,4	10	13,5	56	75,7
Kamu hastanelerinin fiziki şartlarının yeterli olmaması	2	2,7	8	10,8	8	10,8	56	75,7
Daha önce tedavi gören otel misafirlerinin olumsuz görüşleri	2	0	8	10,8	6	7,1	58	78,4
Yabancı hastalarla özellikle ilgilenen personel olmaması	2	2,7	8	10,8	10	13,5	54	73,0
Kamu hastanelerinin JCI Akreditasyonuna sahip olmaması	6	7,1	2	5,4	8	10,8	58	78,4
Kamu hastanelerinin turizm acentası ve sağlık sigortası şirketleriyle uyumlu bir biçimde çalışmaması	0	0	10	13,5	10	13,5	54	73,0
Kamu hastanelerinin teknoloji ve insan kaynağı konusunda olumlu imajı olmaması	2	0	10	13,5	06	10,8	56	75,7
Hastaların dini ritüellerine veya kültürel ihtiyaçlarına uygun davranılması	8	10,8	8	10,8	4	5,4	54	73,0
Tedavi sonrasında hasta takibinin yapılmaması	2	5,4	8	10,8	10	13,5	54	73,0
Kamu hastanelerinin fiziki imkanlarının yetersiz olduğu inancı	2	5,4	8	10,8	10	13,5	54	73,0

Bu beyanlara göre öne çıkan en önemli nedenler; Kamu hastanelerinin turizm acentesi ve sağlık sigortası şirketleriyle uyumlu bir biçimde çalışmaması, kamu hastanelerinin turizm

işletmeleriyle herhangi bir işbirliği içerisinde olmaması faktörleridir. Bunların yanında kamu hastanelerinin fiziki şartlarının yeterli olmaması, yabancı hastalarla özellikle ilgilenen personel olmaması, kamu hastanelerinin teknoloji ve insan kaynağı konusunda olumlu bir imajı olmaması, tedavi sonrasında hasta takibinin yapılmaması ve kamu hastanelerinin fiziki imkanlarının yetersiz olduğu **inancı** kamu hastanelerinin tercih edilmemesinde önemli rol oynamaktadır.

3.2 Otel Yöneticileri Araştırması Sonuç Analizi

3.2.1. Araştırmaya Katılan Oteller

TUROFED’in rehberine göre Antalya’da hizmet vermekte olan 5 yıldızlı otel ve tatil köyleri araştırmaya dahil edilmiştir. Otelle ilgili bilgi vermek istememek, otelin kış sezonu nedeniyle kapalı olması vb. nedenlerle 8 otel çalışma dışında kalmış, 47 otelle anket tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan otel yöneticilerinin görev ve pozisyonları Tablo 6.de sunulmuştur.

Tablo 6. Otel Yöneticilerinin Görevleri (n=47)

Unvan	Sayı	Yüzde
Ön Büro Müdürü	11	23,4
Kalite Müdürü	9	19,1
Satış Müdürü	7	14,9
İK Müdürü	5	10,6
Genel Müdür Yardımcısı	11	23,3
Otel Müdürü	2	04,2
Muhasebe & Finans	2	04,2
Toplam	47	100,0

Çalışmaya katılan otellerin hizmet süresi ise Tablo 7.de sunulmuştur.

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Acentelerin Hizmet Süresi (n=47)

Süre (Yıl)	Sayı	Yüzde
1-5	13	27,7
5-10	21	44,7
11-15	07	14,9
15+	06	12,8
Toplam	47	100,0
Ortalama Değer: 2,13 (>5-10 Yıl)		

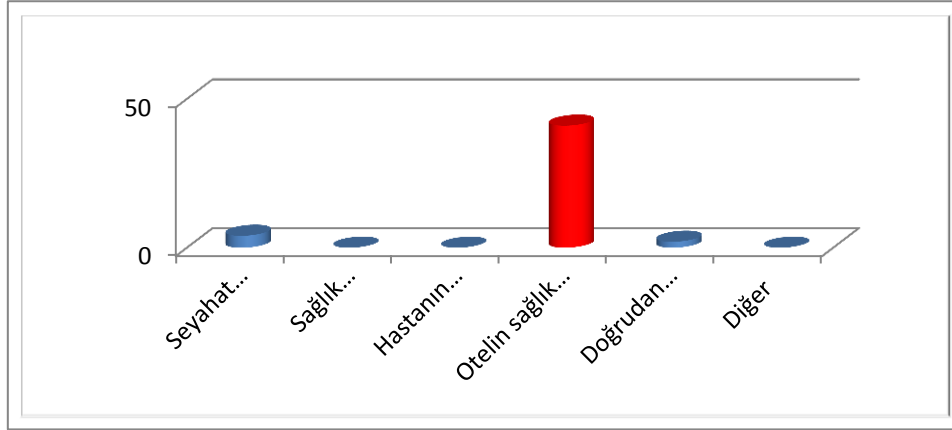
Çalışmaya katılan otellerin yatak kapasiteleri en düşük 121, en çok 2.100 olmak üzere ortalama 951,23’tür.

3.2.2. Turist Hastalandığında Yapılan İşlem

Otel yetkililerine turistin hastalanması durumunda ne yapıldığı sorulmuş ve Şekil 2.deki bulgular elde edilmiştir. Beyanlara göre hasta öncelikle oteldeki doktor ve hemşire tarafından tedavi edilmekte, eğer kurum imkânları yetersizse hastaneye sevk edilmektedir.

Otellerdeki çoğu doktor ve hemşire ise özel hastaneler tarafından istihdam edilmekte veya koordine edilmektedir. Bulgularda net bir dağılım görünmekte, turist hastalandığında yapılan işlemlerin otellerin yatak kapasitesi ile herhangi bir ilişkisi bulunmamaktadır.

Şekil 2. Turistin Hastalanması Durumunda Yapılan İşlemler (n=47)



3.2.3. Kurumdaki Acil Sağlık Hizmetleri ve Otel Yöneticisinin Özel Hastaneleri Tercih Nedeni

Otellerde verilen acil sağlık hizmetleri sorgulanmış ve Tablo 8.de sunulmaktadır.

Tablo 8. Otelde Acil Durumlarda Yapılan İşlemler (n=47, birden fazla işaretleme yapılmıştır)

Tercih Nedeni	Sayı	Yüzde
Hiçbir sağlık personeli bulunmamaktadır	00	00,0
Hemşire ya da sağlık memuru bulunmaktadır (yarı zamanlıya da tam zamanlı)	40	85,1
Yarı zamanlı hekim bulunmaktadır.	01	02,1
Tam zamanlı hekim bulunmaktadır.	04	08,5
Belirli bir özel hastane ile işbirliği yapılmaktadır.	02	04,3
Belirli bir kamu hastanesi ile işbirliği yapılmaktadır.	00	00,0
Acil 112 hizmetlerinden yararlanılmaktadır	01	00,0

Tablo 8. 'de de görüldüğü gibi otellerin çok büyük bir çoğunluğu işletmelerinde hemşire ya da sağlık memuru bulundurmaktadır ve Otel yöneticilerinin verdikleri bilgilere göre: bu personeller özel hastane personelleridir. Bu hastanelerle yapılan anlaşmalar çerçevesinde görev yapmaktadır. Bulguların otellerin büyüklüğü veya diğer faktörlerle anlamlı bir ilişkisi bulunmamaktadır. Özel hastanelerle yapılan anlaşma, hasta sevk işlemlerinde izlenen yolu belirlemektedir.

3.2.4. Hasta Sevk İşlemleri

Acil durumlarda hastanın hangi kanalla sevk edildiği Tablo 9.’de sunulmuştur.

Tablo 9. Hasta Sevk İşlemi (n=47, birden fazla işaretleme yapılmıştır)

Sevk Yöntemi	Sayı	Yüzde
112 Acil Hizmeti	02	04,4
Yurtdışı Hasta Çağrı Merkezleri aranarak	00	00,0
Ticari Taksi ile	00	00,0
Otelin aracı ile	00	00,0
Anlaşmalı hastane / ambulans hizmeti ile	45	95,6
Toplam	47	100,0

Tablodan da anlaşıldığı üzere otellerin çok büyük bir kısmı anlaşmalı oldukları özel hastanenin ambulansıyla acil hasta sevkini gerçekleştirmektedir. Tablo 9.’deki veriler de göz önüne alındığında bu işlemlerin özel hastanelerle anlaşma yapılmasının sonucu olduğu anlaşılmaktadır.

Neden özel hastanelerin tercih edildiğini anlayabilmek amacıyla katılımcılara özel hastanelerin sunduğu bir takım hizmetlerin önem dereceleri sorulmuş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 10. Sizce işletmenizin hasta sevkinde, özel bir hastanenin tercih edilmesinde aşağıdaki faktörler hangi derecede önemlidir? (n=47Birden Fazla seçenek İşaretlenmiştir.)

Seçenek	Önemsiz		Önemli		Çok Önemli		Fikrim Yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Turistin yurt dışı seyahat sigortasının o yönde yapılması	0	00,0	24	51,0	10	21,2	13	27,6
Daha önce tedavi olmuş misafirlerin memnuniyetleri	2	04,2	26	55,3	02	04,2	17	36,2
Özel hastane personelinin yabancı dil probleminin olmaması	2	04,2	18	38,3	10	21,2	17	36,2
Özel hastanede yabancı hastalarla özellikle ilgilenen personel olması	1	00,0	19	40,4	10	21,2	17	36,2
Otel anlaşmalı hekiminin ya da sağlık personelinin özel hastane tarafından bilgilendirilmesi	1	02,1	19	40,4	10	21,2	17	36,2
Özel hastaneler ile otel yöneticileri arasında iyi işbirliği olması	2	04,2	25	53,2	03	06,4	17	36,2
Özel hastanenin JCI Akreditasyonuna sahip olması	3	06,4	24	51,1	02	04,3	18	38,3
Özel hastanelerin turizm acentası ve sağlık sigortası şirketlerle uyumlu bir biçimde çalışması	4	08,5	21	25,5	05	10,6	17	36,2
Özel hastanelerin teknoloji ve insan kaynağı konusunda olumlu imajı olması	1	02,1	22	46,8	07	14,9	17	36,2
Hastaların dini ritüellerine veya kültürel ihtiyaçlarına uygun davranılması	8	17,0	17	36,2	05	10,6	17	36,2
Tedavi sonrasında hasta takibinin yapılması	4	08,5	20	42,6	06	12,8	17	36,2
Özel hastane ekiplerinin otel personeline eğitimler düzenlemesi	7	14,9	18	38,3	04	08,5	18	38,3

Bu bulgulardan; turistin sağlık sigortasında anlaşma yapılması, özel hastanelerde yabancı dil bilen personel istihdam edilmesi, özel hastanelerin JCI akreditasyonuna sahip olması, turizm işletmeleriyle uyumlu çalışması, insan kaynağı ve teknolojik altyapı avantajı, otel personeline eğitimler düzenlenmesi vb. nedenlerle özel hastanelerin tercih edildiği anlaşılmaktadır. Tercihlerin puanları sıralandığında Turistin sağlık sigortasında anlaşma yapılması birinci, daha önce tedavi olmuş hastaların memnuniyetleri ikinci ve hastanelerin JCI akreditasyonuna sahip olması üçüncü sırada gelmektedir. Hastanelerde hastaların dini ritüellerine dikkat edilip edilmemesi faktörü önemsizdir.

Özel hastaneleri tercih nedenlerinin işletme büyüklüğü ile ilişkisi sorgulandığında, yatak sayısının veya işletmenin büyüklüğünün anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p > 0.05$) görülmektedir. Hemen hemen tüm otel yetkilileri benzer eğilimdedir. Yatak sayısının özel hastaneleri tercih faktörlerinin ilk üçü için (önemsiz, önemli ve çok önemli bulunması) çapraz tablo ki-kare testi yapıldığında istatistiksel anlamlılık dereceleri aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 11. Yatak Sayılarının Tercih Nedenleri Üzerindeki Etkisi (Pearson Chi Square Testi) (n=47)

Tercih Nedeni	Assymp. Sig.(2-tailed)
Seyahat Sigortasında Yapılan Tercih	0,414
Misafir Memnuniyeti	0,384
JCI Akreditasyonu	0,381

3.1.5. Kamu Hastanelerinin Tercih Edilmemesindeki Etkenler

Tablo 12. İşletmenizin hasta sevinde kamu hastanesinin tercih edilmemesinde aşağıdaki faktörler hangi derecede etkilidir (n=47)

Seçenek	Önemsiz		Önemli		Çok Önemli		Fikrim Yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Seyahat sigortasında bağlayıcı hüküm bulunmaması	8	17,0	12	25,5	10	21,3	17	36,2
Kamu Hastaneleri Birliği'nin işbirliği konusunda herhangi bir girişimde bulunmaması	0	0	11	23,4	19	40,4	17	36,2
Kamu hastanelerinin fiziki şartlarının yeterli olmaması	1	2,1	12	36,2	17	36,2	17	36,2
Daha önce tedavi gören otel misafirlerinin olumsuz görüşleri	2	04,2	10	21,3	10	21,3	25	23,2
Yabancı hastalarla özellikle ilgilenen personel olmaması	0	0	10	21,3	19	40,4	19	40,4
Kamu hastanelerinin JCI Akreditasyonuna sahip olmaması	3	6,4	11	23,4	14	29,8	19	40,4
Kamu hastanelerinin turizm acentası ve sağlık sigortası şirketleriyle uyumlu bir biçimde çalışmaması	1	2,1	10	21,3	18	38,3	18	38,3
Kamu hastanelerinin teknoloji ve insan kaynağı konusunda olumlu imajı olmaması	1	2,1	10	21,3	10	21,3	18	38,3
Hastaların dini ritüellerine veya kültürel ihtiyaçlarına uygun davranılması	8	17,0	13	27,7	17	36,2	18	38,3
Tedavi sonrasında hasta takibinin yapılması	2	04,3	10	21,3	17	36,2	18	38,3
Kamu hastanelerinin fiziki imkânlarının yetersiz olduğu inancı	2	04,3	10	21,3	17	36,2	18	38,3

Bu beyanlara göre öne çıkan en önemli nedenler; Kamu hastanelerinin turizm işletmeleriyle herhangi bir işbirliği içerisinde olmaması, kamu hastanelerinin fiziki şartlarının yeterli olmaması, yabancı hastalarla ilgilenen personel bulunmaması, kamu hastanelerinin turizm acenteleri ve sağlık sigortası şirketleri ile uyumlu çalışmaması ve altyapı konusunda olumsuz bir imaja sahip olmasıdır. Sonuçlar diğer tüm hedef grupların beyanlarına paralel bir

görünüm arz etmektedir. Önceki tabloya benzer olarak hastaların dini ritüellerine veya kültürel ihtiyaçlarına uygun davranılması önemli bir faktör olarak değerlendirilmemiştir.

3.1.6. Kamu Hastaneleri İle İşbirliği

“Otel yöneticilerine, kamu hastaneleri ile işbirliğine sıcak bakar mısınız?” sorusu yöneltilmiş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 8. Otel Yöneticilerinin Kamu Hastaneleri İle İşbirliğine Olumlu Bakması (n=47)

İşbirliğine Olumlu Bakma	Sayı	Yüzde (%)
Evet	37	78,7
Hayır	01	02,1
Fikrim Yok	09	19,2
Toplam	47	100,0

Otel yöneticilerinin %78,7’si kamu hastaneleri ile işbirliğine sıcak bakmaktadır. Yalnızca 1 kişi, anlaşma yapılabileceğini düşünmemektedir. İşbirliğine olumlu bakan otellerin büyüklüğünün bu görüş üzerinde anlamlı bir etkisinin olup olmadığının tespiti için değişkenlere bağımsız örneklem t-testi yapılmış ve yatak sayısının (işletmenin büyüklüğünün) anlamlı bir etkisi görülmemiştir. Bulgular Tablo 9.’da sunulmaktadır.

Tablo 9. Yatak Sayısının İşbirliğine Olumlu Bakma Üzerine Etkisi (Bağımsız Örneklem T-Testi)

Yatak Sayısı	İşbirliği (N)	Sig.
>=951,23	16	0,083 (>0,05)
<=951,23	22	

4. Tartışma ve Sonuç

Antalya İl Kültür Turizm Müdürlüğü 2013 verilerine göre yaklaşık 12 milyon turist ağırlamıştır(2). Bu turistlerin sağlığı konusunda turizm sektörünün sağlık sektörü tercihlerinin nedenlerinin sorgulanarak sağlık sektörü pazar paylarının artırılmasına yönelik bir çalışma yapılmamış olması oldukça çarpıcıdır. Nitekim bu çalışmanın bulgularını karşılaştıracak literatüre rastlanmamıştır.

Tüm sektörler açısından pazarlama çalışmalarının önemi bilinmektedir. Pazarlama çalışmaları rekabeti arttırarak, verilen hizmetin kalitesinde artışların olmasına olanak sağlamaktadır. Verilen hizmetin kalitesinin artması ile de memnuniyet artacağından, tüm sektörünün olumlu etkilenmesine vesile olacağı kanaatiyle destelenmelidir.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, en başta, böyle bir araştırmanın bugüne kadar yapılmamış olmasının eksikliğini ortaya koymakta ve turistlerin sağlığı ya da sağlık turizmi

üzerine yapılan saha araştırmalarının önemine işaret etmektedir. Zira turizm sektörünün önemli aktörlerinin beyanlarına göre bugüne kadar Sağlık Bakanlığına bağlı kurum veya kuruluşlardan, sektör temsilcileri ile herhangi bir çalıştay, işbirliği çağrısı, tanıtım çalışması veya seminer yapılmamıştır. Öyle ki turizm sektör temsilcilerinin ifadelerine göre, son yıllarda kamu sağlık tesislerinde ki gelişmelerden haberdar olmadığı gözlenmiştir. Örneğin; Antalya Kamu Hastaneleri Birliği verilerine göre, 17 Kamu hastanesinden 6 adedinde uluslararası hasta birimi bulunmasına rağmen turizm sektörünün bundan bilgisi bulunmadığı gözlenmiştir. Bu durum, kamu sağlık sektörünün yabancı hasta verilerinin neden düşük olduğunun ipucunu vermektedir.

Çalışmaya katılan otel yöneticilerinin büyük bir bölümünün (%78,2) Sağlık Bakanlığı ya da Kamu Hastanelerinden gelecek bir işbirliği çağrısına sıcak bakması önemli bir bulgudur. Tanıtım ve işbirliği çalışmalarıyla kamu hastaneleri turizmden daha fazla pay alabilecektir.

Sektör temsilcilerinin özel hastaneleri tercih etmelerinin başında, bu kurumların alternatifsiz olmaları (bugüne kadar kamu hastanelerinden herhangi bir işbirliği önerisi gelmemesi), otellerde doktor veya hemşire istihdam edilmesi ve işlemlerin çok daha hızlı olması gelmektedir. Ayrıca, yabancı dil bilen personel olması özel hastaneler için avantaj olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışma sonucunda, sektör profesyonelleri olan her iki grubun da beyanları birbirine benzerdir. Ayrıca sektördeki işletmelerin büyüklüğü(yatak sayısı) ya da küçüklüğü görüşleri etkilememekte, sektör profesyonellerinin büyük bir bölümü ortak beyanlarda bulunmaktadır. Bu da sahadaki durumun net olduğunu, sorunların ve çözüm önerilerinin yalın ve tartışmasız bir biçimde ortaya konulduğunu göstermektedir. Bu durum çalışmanın önemi ve gerekliliğini bir kez daha kanıtlamaktadır.

Turizm ve sağlık sektörleri arasında daha ileri ve kapsamlı çalışmaların yapılması ile, sektörler arası işbirliğinin ve rekabetin gelişmesine, buna bağlı olarak tüm taraftarların doğrudan veya dolaylı olarak olumlu etkilenmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1.EVCİ E.Didem *, TEZCAN Sabahat, Farklı Turizm Yörelerindeki Bazı Konaklama Tesislerinin Sağlık Açısından Değerlendirilmesi ve Turistlerin Sağlık Sorunları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(2) 99-109 (2005), http://www.totmdergisi.org/articles/2005/volume12/issue2/2005_12_2_8.pdf Erişim Tarihi:22.06.2014

2.İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü 2013 yılı verileri, <http://www.antalyakulturturizm.gov.tr/TR,67092/2013-yili.html>, Erişim Tarihi:13.08.2014

3.Antalya Kamu Hastaneleri Birliği 2013 yılı Turizm verileri

HASTANELERDE BİLGİ GÜVENLİĞİ YÖNETİM SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ

Neşet HİKMET*

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN**

Bekir ATEŞ***

Menderes TARCAN****

Mehmet TOP*****

Kemal TEKİN*****

ÖZET

Bilgi sistemi uygulamalarının yaygınlaşması, veri ve bilgi güvenliği açısından bazı problemleri beraberinde getirdiği gibi, kişisel ve kurumsal bilgilerin gizlilik ve mahremiyeti açısından da sakınca oluşturmaktadır. Özellikle sağlık kurumlarının günümüzde en büyük zorluklarından ve zorunluluklarından en önemlisi; sahip olduğu bilginin gizliliğini, bütünlüğünü ve erişilebilirliğini sağlayabilmektir. Bu kapsamda hastanelerde bilgi güvenliği yönetim sisteminin değerlendirilmesi amaçlanmış ve bilgi güvenliğini etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu kapsamda “bilgi güvenliğinin alt boyutlarını” oluşturan oluşturan üç temel unsur sorgulanmıştır. Bu unsurlar sırasıyla; gizlilik (confidentiality), bütünlük (integrity) ve erişilebilirlik (availability) boyutlarıdır. Araştırma Eskişehir ili sınırları içerisinde yer alan devlet, özel ve tıp fakültesi statüsündeki beş hastanede yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini bu hastanelerde çalışan yöneticiler, bilgisayar mühendisleri ve bilgi işlem personeli olarak belirlenmiştir. Herhangi bir örneklem seçilmemiş ve evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma verileri IBM SPSS Statistics 21 programında regresyon analizi ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda hastanelerde bilgi güvenliği yönetim sisteminin farklı oranlarda uygulandığı ve bilgi güvenliği yönetim sistemi unsurlarından bilgi güvenliği eğitimleri, teknik ve bilgi güvenliği yönetim sisteminin bilgi güvenliğinin alt boyutlarını anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Güvenliği, TS ISO/IEC 27001 BGYS, Bilgi Güvenliğini Etkileyen Faktörler,

*Prof., University of South Carolina, Department of Information Technology

**Ögr. Gör. Uzm. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü.

***Hemşire, Eskişehir Devlet Hastanesi

****Doç.Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü.

*****Doç.Dr. Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü

*****Yrd. Doç. Dr. THK Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

ABSTRACT

Due to diffusion of the information system applications, some problems about data and information security came to order for personal and institutional privacy and secrecy. The most important subject for the health organizations is providing of the private knowledge security, integrity and accessibility. In this scope, purposed to evaluate the management system of information security and the all factors that affect information security. Add to this, analyzed three dimensions that set the sub components of information security. Respectively, these components are; confidentiality, integrity and availability. The study is performed in five hospitals which are public, private and medical school statute in Eskişehir province border. The study population is generated with managers, computer engineer and data processing center staff who work in these hospitals. Any sample hasn't been selected and worked for accessing all populatin. Data is analyzed with IBM SPSS Statistics program and using regression analyze method. After of differential results information confidentiality management systems are imlemented with varying rates and information confidentiality training which is element of information confidentiality management system affects tecnical and information confidentiality management system sub components significantly.

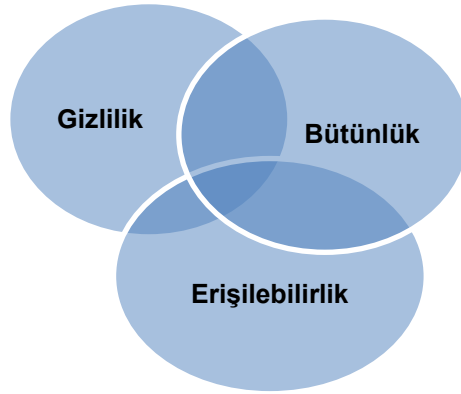
Key Words: Information Security, TS ISO/IEC 27001

1. Giriş

Günümüzde bilişim sistemlerine ve bu sistemler tarafından işlenen verilere yönelik güvenlik ihlalleri inanılmaz bir hızla artmaktadır. Bilgisayar sistemlerine ve ağlarına yönelik saldırılar, para, zaman, itibar ve değerli bilgi kayıplarına neden olabilmektedir. Bu saldırıların hastane bilgi sistemleri gibi doğrudan yaşamı etkileyen sistemlere yönelmesi durumunda ise kaybedilen insan hayatı bile olabilmektedir (4,5).

Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi deyimi ilk kez 1998 yılında BSI (British Standards Institute) tarafından yayınlanan BS 7799-2 standardında kullanılmıştır. Daha sonra bu standart Uluslararası Standartlar Kurumu ISO tarafından kabul edilmiş ve ISO/IEC 27001:2005* olarak yayınlanmıştır. BSI tarafından yayınlanan bir diğer standart BS 7799-1 ise bilgi güvenliğinin sağlanmasında kullanılacak kontrollerden bahsetmektedir. Bu da yine ISO tarafından kabul edilmiş ve ISO/IEC 27002:2005 olarak yayınlanmıştır. ISO/IEC 27002:2005 bu standardın Temmuz 2007'den itibaren kullanılan ismidir, bu tarihe kadar standart ISO/IEC 17799:2005 olarak adlandırılmaktadır (Önel ve Dinçkan, 2007:7).

Hastanelerde Bilgi Güvenliği, kurumların bilgi envanterindeki varlıkların gizliliğini, bütünlüğünü, erişilebilirliğini tehdit eden risklerin tanımlanıp, bu konuda risk yönetimi gereklerinin yapılması ve bilgi değerlerini izinsiz erişim, ifşa ve kötüye kullanma, değiştirilme veya zarar ve kayıptan korumak üzere kullanılan işlem ve teknolojilerin toplamıdır (6,7). Buna göre Bilgi Güvenliği konuları incelenirken, Şekil-1'de yer aldığı gibi üç temel bakış açısından ele alınmalıdır:



Bütünlük: Bilginin yetkisiz veya yanlışlıkla değiştirilmesinin, silinmesinin veya eklemeler, çıkarmalar yapılmasının tespit edilebilmesi ve tespit edilebilirliğin garanti altına alınmasıdır. Bilginin ve işleme yöntemlerinin doğruluğunun ve bütünlüğünün temin edilmesidir (Alberts ve Dorofee). **Gizlilik:** Bilginin içeriğinin görüntülenmesinin, sadece bilgiyi/veriyi görüntülemeye izin verilen kişilerin erişimi ile kısıtlanmasıdır. Bilginin sadece erişim yetkisi verilmiş kişilerce erişilebilir olduğunun garanti edilmesidir. Gizlilik, sistem içerisindeki hassas bilgilerin dışarıya sızmasını ifade eder (Hunter). **Erişilebilirlik:** Varlığın ihtiyaç duyulduğu her an kullanıma hazır olmasıdır. Diğer bir ifade ile sistemlerin sürekli hizmet verebilir halde bulunması ve sistemlerdeki bilginin kaybolmaması ve sürekli erişilebilir olmasıdır. Bir bilgi sistemi, bilginin CIA (**Confidentiality, Integrity, Availability**) üçlemesi de denilen gizlilik, bütünlük ve erişilebilirliği sağlıyorsa güvenli kabul edilir (Blanas[web], 2003: 22). Bilgi güvenliğinin bu üç temel boyutunun sorgulanması ve bunları etkileyen faktörlerin neler olduğunun ortaya konulması araştırmanın ana amacını oluşturmaktadır.

İdari ve mali kayıtların tutulması ve kullanılmasındaki başarılı uygulamaların, tıbbi kayıtların tutulması ve kullanılması bakımından da eşdeğer bir başarı çizgisine ulaşması gerekmektedir (8).

Hastanelerdeki hasta yoğunluğu beraberinde hizmet veren personel sayısı ve çeşitliliğini getirdiği gibi iş yoğunluğunun azaltılması için gerekli olan bilgisayar sayısını da artırmaktadır. Günlük olarak sayısı binlere ulaşan hastalar ile birlikte gerek hasta yakını ve hastane personeli gerekse taşınabilir bilgisayara sahip olma oranı %80'lere varan ilaç firması temsilcileri bir hastane ağının temel kullanıcılarını oluşturmaktadır. Tüm hastane ağları, bünyesinde hastalara ait gizli ya da özel bilgileri barındırmasının yanı sıra günlük olarak yüz binlerce TL'yi bulan para akışını içeren mali bilgileri de barındırmaktadır. Yüksek risk oranına sahip bu verilerin hastane içinden veya dışından oluşabilecek saldırılara karşı korunması için bir hastane ağı kapsamında 7 gün 24 saat temelinde durmaksızın çalışan, yüksek güvenilirlik gerektiren ve sürekli bilgi akışını devam ettiği bir otomasyon sistemine sahip olmak gerekmektedir (9).

Elektronik ortamlardaki bilgilerin geniş kitlelerin erişebileceği bir şekilde bulunması bu bilgilerin risk oranlarının çok daha fazla artmıştır. Yerel ve geniş alan ağlarını bünyesinde barındıran hastane ağlarında bilgi sistemi uygulamalarının yaygınlaşması veri ve bilgi güvenliği açısından bazı problemleri beraberinde getirmektedir. Bu ağlardaki veri ve bilgi taleplerinin her geçen gün artması gerek kişisel bilgilerin gerekse kurumsal bilgilerin gizlilik, bütünlük ve kullanılabilirlik açısından sakınca oluşturmaktadır. Özellikle hasta ve hastalık kayıtlarının gizlilik ve mahremiyeti önem arz etmektedir (4). Güvenliğin önemli bir bileşeni de; medikal kayıta kimin hangi bilgilere ulaşacağına ilişkin yetkilendirmelerdir(5). Bu yüzden verilerin korunması ve bu verilere erişimde farklı kişilerin farklı erişim haklarına ve gerekliliklerine sahip olması önem arz etmektedir.

Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi deyiimi ilk kez 1998 yılında BSI (British Standards Institute) tarafından yayınlanan BS 7799-2 standardında kullanılmıştır. Daha sonra bu standart Uluslararası Standartlar Kurumu ISO tarafından kabul edilmiş ve ISO/IEC 27001:2005* olarak yayınlanmıştır. BSI tarafından yayınlanan bir diğer standart BS 7799-1 ise bilgi güvenliğinin sağlanmasında kullanılacak kontrollerden bahsetmektedir. Bu da yine ISO tarafından kabul edilmiş ve ISO/IEC 27002:2005 olarak yayınlanmıştır. ISO/IEC 27002:2005 bu standardın Temmuz 2007'den itibaren kullanılan ismidir, bu tarihe kadar standart ISO/IEC 17799:2005 olarak adlandırılmaktadır (10).

2. Gereç ve Yöntem

Araştırmanın temel amacı; Eskişehir ilinde faaliyet gösteren hastanelerde bilgi güvenliği yönetim sisteminin değerlendirilmesi ve bu kapsamda bilgi güvenliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Araştırma evrenini, Eskişehir il merkezindeki Tıp Fakültesi Hastanesi, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastaneler olmak üzere toplam 7 hastanede görev yapan yöneticiler, bilgisayar mühendisleri ve bilgi işlem personeli oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmış ve toplanan veriler IBM SPSS V21 paket programı ile analiz edilmiştir.

Yapılan araştırmaya veri kaynağı olacak anket formlarının doğruluğu, ankete katılan yöneticilerin, bilgisayar mühendislerinin ve bilgi işlem personellerinin verdiği cevapların doğruluğuna bağlıdır ve bu verilerin de doğru olduğu, gerçeği yansıttığı varsayılmıştır. Araştırma Eskişehir ilindeki Tıp Fakültesi Hastanesinde, Devlet Hastanelerinde ve Özel Hastanelerde yürütülmüştür. Dolayısı ile bu araştırmada elde edilen sonuçlar diğer hastanelere genellenemez.

Eskişehir ilindeki Tıp Fakültesi Hastanesi, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastaneler olmak üzere toplam 7 hastanede görev yapan yöneticiler, bilgisayar mühendisleri ve bilgi işlem personelleri evren olarak belirlenmiştir. Herhangi bir örneklem seçilmemiş ve evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Geri dönüş yapan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Özel Eskişehir Sakarya Hastanesi ve Eskişehir Özel Ümit Hastanesi olmak üzere toplam 5 hastaneye anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya 47 yönetici, 26 bilgi işlem

personeli, 2 bilgisayar mühendisi ve 2 bilgisayar programcısı katılmıştır. Bu kişiler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Uygulanan ölçek çeşitli kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır. Türk Standartları Enstitüsü TS ISO/IEC 27001 (Mart 2006) Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Standardından yararlanılmıştır. Ölçeğin güvenlik boyutunun hazırlanmasında ise ise “Telekomünikasyon Sektöründe Firma İçindeki Bilgi Güvenliğini Etkileyen Faktörler ve Bu Faktörlerin Çalışanlar Üzerine Etkileri” adlı yüksek lisans tezinden yararlanılmıştır ve anket soruları hastaneye uyarlanmıştır. Bu sorular Tejaswini ve Rao’nun tezinde kullanmış olduğu anket sorularından, 2007 E-Crime Watch Survey sorularından ve Dlamini ve arkadaşlarının hazırladığı “Information Security: The Moving Target” makalesinden faydalanılarak oluşturulmuştur. Anketin ilk bölümünde katılımcılara ait kişisel bilgilerle ilgili sorular bulunmaktadır. İkinci bölümünde ise hastanelerde bilgi güvenliğini etkileyen faktörlere ilişkin 69 ifade yer almaktadır.

Tablo 1: BGYS Değerlendirme Ölçeğinin Boyutları ve Soru Adetleri

	BOYUTLAR	SORU ADEDİ
1	Yönetim Baskısı	6
2	Risk Yönetimi	5
3	Son Kullanıcı Güvenlik Bilinci	7
4	Bilgi/Ağ Güvenliği Bölümlerine Duyulan Güven	5
5	Bireysel İçgüdü	4
6	Bilgi Güvenliği Eğitimleri	4
7	Farkındalık	4
8	Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (BGYS)	4
9	Teknik	6
10	Standartlar ve Denetimler	7
11	Yaptırımlar ve Cezalar	4
12	Gizlilik	5
13	Bütünlük	4
14	Erişilebilirlik	4
	TOPLAM	69

Veri toplama işlemi, 7 Nisan 2014 – 13 Mayıs 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu uygulama öncesinde gerekli izinler alınmıştır. Anket çalışması Eskişehir ilinde yer alan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Özel Eskişehir Sakarya Hastanesi ve Eskişehir Özel Ümit Hastanesi olmak üzere toplam 5 farklı hastaneye uygulanmıştır.

3. Bulgular

Tablo araştırmaya katılan çalışanların demografik özelliklerini göstermektedir. Tablodan görülebileceği gibi çalışanların ortalama yaş düzeyi 36,85'tir. Çalışanların %75'i erkek (54 kişi) % 25'i (18 kişi) ise bayandır. Çalışanların %1,4'ü (1 kişi) hastane yöneticisi, %1,4'ü (1 kişi) başhekim, %8,3'ü (6 kişi) başhekim yardımcısı, %1,4'ü (1 kişi) başmüdür, %19,4'ü (14 kişi) müdür yardımcısı, %2,8'i (2 kişi) idari ve mali hizmetler müdürü, %2,8'i (2 kişi) sağlık bakım hizmetleri müdürü, %2,8'i (2 kişi) hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürü, %23,6'sı (17 kişi) müdür, %36,1'i (26 kişi) bilgi işlem personeli olarak görev yapmaktadır. Yine tablodan görülebileceği gibi çalışanların %8,3'ü (6 kişi) lise, %23,6'sı (17 kişi) ön lisans, %43,1'i (31 kişi) lisans, %20,8'ü (15 kişi) yüksek lisans, %2,8'i (2 kişi) doktora mezundur. Bir kişinin ise eğitim durumu bilgisi eksiktir. Buna göre çalışanların önemli bir kısmının lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Anket Uygulanan Kişilerin Bazı Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	N	Min	Maks.	Ort.		
Yaş	72	18	64	36,85		
ÖZELLİKLER					n	%
Cinsiyet						
Erkek					54	75
Bayan					18	25
Toplam					72	100
Görev Ünvanı						
Hastane Yöneticisi					1	1,4
Başhekim					1	1,4
Başhekim Yardımcısı					6	8,3
Başmüdür					1	1,4
Müdür Yardımcısı					14	19,4
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü					2	2,8
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü					2	2,8

Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü	2	2,8
Müdür	17	23,6
Bilgi İşlem Personeli	26	36,1
Toplam	72	100
Eğitim Durumu		
Lise	6	8,3
Ön Lisans	17	23,6
Lisans	31	43,1
Yüksek Lisans	15	20,8
Doktora	2	2,8
Cevapsız	1	1,4
Toplam	72	100

Çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde ise bilgi güvenliğinin alt boyutlarını oluşturan bütünlük, gizlilik ve erişilebilirlik faktörlerini etkileyen unsurların neler olduğunu ortaya koymak için yapılan regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3 : Bütünlük Boyutunu Etkileyen Faktörler

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	Beta (β)	Standart Hata	Beta (β)		
(Sabit)	2.371	.558		4.251	.000
Yönetim Baskısı	-.143	.123	-.168	-1.158	.251
Risk Yönetimi	.021	.101	.025	.212	.833
Son Kullanıcı Güvenlik Bilinci	.173	.187	.167	.924	.359
Bilgi/Ağ Güvenliği Bölümlerine Duyulan Güven	-.290	.163	-.311	-1.778	.081
Bireysel İçgüdü	.119	.114	.124	1.044	.301
Bilgi Güvenliği Eğitimleri	.261	.095	.421	2.743	.008*
Farkındalık	.101	.134	.105	.753	.454
Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi	-.312	.132	-.465	-2.356	.022*
Teknik	.568	.161	.760	3.532	.001*
Standartlar ve Denetimler	-.148	.103	-.163	-1.438	.156
Yaptırımlar ve Cezalar	.091	.106	.121	.864	.391
Regresyon Modeli Özeti	R= 0,696 R²= 0,485 F=5,130 p= 0,000 p< 0,01				

Bağımlı Değişken: Bütünlük, *p<0,05 önemli belirleyici

Bütünlük boyutunu etkileyen (belirleyen) bağımsız değişkenleri belirlemek için uygulanan regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=5,130$; $p=0,000$; $p<0,01$). Modeldeki değişkenler bütünlük boyutundaki toplam değişimin % 48,5’ini açıklayabilmektedir. Modele alınan değişkenlerden Bilgi Güvenliği Yönetim Sisteminin bütünlük üzerine anlamlı negatif etkisi ($\beta=-0,312$; $p<0,05$) vardır. Buna karşılık Bilgi Güvenliği Eğitimleri ($\beta=0,261$; $p<0,05$) ve Teknik ($\beta=0,568$; $p<0,01$) değişkenlerinin ise anlamlı pozitif etkisi tespit edilmiştir. Modele alınan diğer değişkenlerin ise bütünlük boyutunu etkilemede anlamlı bir ilişkileri yoktur. Standardize edilmiş beta katsayıları incelendiğinde, bütünlük boyutu üzerinde sırasıyla Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (std. $\beta =-0,465$), Bilgi Güvenliği Eğitimleri (std. $\beta =0,421$) ve Teknik (std. $\beta =0,760$) anlamlı etkisi belirlenmiştir (Tablo-3).

Tablo 4: Erişilebilirlik Boyutunu Etkileyen Faktörler

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P
	Beta (β)	Standart Hata	Beta (β)		
(Sabit)	1.220	.620		1.967	.054
Yönetim Baskısı	-.043	.137	-.047	-.316	.753
Risk Yönetimi	.153	.112	.162	1.357	.180
Son Kullanıcı Güvenlik Bilinci	.182	.208	.162	.875	.385
Bilgi/Ağ Güvenliği Bölümlerine Duyulan Güven	.105	.182	.103	.576	.567
Bireysel İçgüdü	-.007	.126	-.006	-.053	.958
Bilgi Güvenliği Eğitimleri	.064	.106	.095	.605	.547
Farkındalık	.084	.149	.080	.566	.574
Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi	-.227	.147	-.311	-1.541	.129
Teknik	.394	.179	.484	2.203	.031
Standartlar ve Denetimler	-.076	.114	-.077	-.662	.511
Yaptırımlar ve Cezalar	.099	.118	.120	.838	.406
Regresyon Modeli Özeti	R= 0,681 R²= 0,463 F=4,706 p= 0,000 p< 0,01				

Bağımlı Değişken: Erişilebilirlik, * $p<0,05$ önemli belirleyici

Erişilebilirlik boyutunu etkileyen (belirleyen) bağımsız değişkenleri belirlemek için uygulanan regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=4,706$; $p=0,000$; $p<0,01$). Modeldeki değişkenler erişilebilirlik boyutundaki toplam değişimin % 68,1’ini açıklayabilmektedir. Modele alınan değişkenlerden Teknik değişkeni erişilebilirlik üzerine anlamlı pozitif etkisi ($\beta=0,394$; $p<0,05$) vardır. Modele alınan diğer değişkenlerin ise erişilebilirlik boyutunu etkilemede anlamlı bir ilişkileri yoktur (Tablo-4).

Tablo 5: Gizlilik Boyutunu Etkileyen Faktörler

	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Proje
	Beta (β)	Standart Hata	Beta (β)		
(Sabit)	2.117	.518		4.085	.000
Yönetim Baskısı	-.100	.114	-.118	-.873	.386
Risk Yönetimi	-.017	.094	-.020	-.184	.854
Son Kullanıcı Güvenlik Bilinci	-.070	.174	-.068	-.404	.687
Bilgi/Ağ Güvenliği Bölümlerine Duyulan Güven	-.139	.152	-.150	-.918	.362
Bireysel İçgüdü	.199	.105	.209	1.891	.063
Bilgi Güvenliği Eğitimleri	.167	.089	.271	1.889	.064
Farkındalık	.197	.124	.206	1.585	.118
Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi	-.390	.123	-.586	-3.174	.002
Teknik	.512	.150	.689	3.427	.001
Standartlar ve Denetimler	-.140	.096	-.155	-1.467	.148
Yaptırımlar ve Cezalar	.289	.098	.385	2.943	.005
Regresyon Modeli Özeti	R= 0,742 R²= 0,551 F=6,690 p= 0,000 p< 0,01				

Bağımlı Değişken: Gizlilik, *p<0,05 önemli belirleyici

Gizlilik boyutunu etkileyen (belirleyen) bağımsız değişkenleri belirlemek için uygulanan regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (**F=6,690; p=0,000; p<0,01**). Modeldeki değişkenler gizlilik boyutundaki toplam değişimin % 74,2'sini açıklayabilmektedir. Modele alınan değişkenlerden Bilgi Güvenliği Yönetim Sisteminin gizlilik üzerine anlamlı negatif etkisi ($\beta=-0,390$; $p<0,01$) vardır. Buna karşılık Teknik değişkeninin ise anlamlı pozitif etkisi tespit edilmiştir ($\beta=0,512$; $p<0,01$). Modele alınan diğer değişkenlerin ise gizlilik boyutunu etkilemede anlamlı bir ilişkileri yoktur. Standardize edilmiş beta katsayıları incelendiğinde, gizlilik boyutu üzerinde sırasıyla Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (std. $\beta =-0,586$) ve Teknik (std. $\beta =0,689$) anlamlı etkisi belirlenmiştir (Tablo-5).

5. Sonuç ve Değerlendirme

Bu çalışmada, bilgi güvenliği, bilgi güvenliğinin unsurları, bilgi güvenliği standartlarının gelişimi, TS ISO/IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi ve bilgi güvenliğini etkileyen faktörler hakkında temel bilgilere yer verilmiştir.

Analiz bulguları, bilgi güvenliği yönetim sisteminin uygulanma durumunun devlet hastanesinde, özel hastanede ve tıp fakültesi hastanesinde farklı düzeyde uygulandığını göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre bilgi güvenliği yönetim sisteminin uygulanma oranının en yüksek olduğu hastane türü tıp fakültesi hastanesi, daha sonra devlet hastanesi ve en son en düşük orana sahip olan özel hastane gelmektedir.

Analizlerin ikinci kısmında ise regresyon analizi sonucunda bilgi güvenliği yönetim sistemi boyutlarından gizlilik ve erişilebilirlik ile yönetim baskısı, risk yönetimi, son kullanıcı güvenlik bilinci, bilgi ve ağ güvenliği bölümlerine duyulan güven, bireysel içgüdü, bilgi güvenliği eğitimleri, farkındalık, bilgi güvenliği yönetim sistemi, teknik, standartlar ve denetimler, yaptırımlar ve cezalar arasında pozitif bir ilişkinin varlığını göstermektedir. Bütünlük ile yönetim baskısı, risk yönetimi, son kullanıcı güvenlik bilinci, bilgi ve ağ



güvenliği bölümlerine duyulan güven, bireysel içgüdü, bilgi güvenliği eğitimleri, farkındalık, bilgi güvenliği yönetim sistemi, teknik, yaptırımlar ve cezalar arasında pozitif bir ilişkinin, standartlar ve denetimler arasında negatif bir ilişkinin varlığını ortaya koymaktadır.

Bilgi güvenliği yönetim sisteminin bir defaya mahsus olmadığı, yaşayan bir süreç olduğu ve buna bağlı olarak faaliyetlerin sürekliliği unutulmamalıdır. Bilgi güvenliğine dair kurumsal farkındalığının sağlanmasına dair sürekli eğitimlerin düzenlenmesi gereklidir. Bu noktada firmaların bilgi güvenliği hususunda ele almaları gereken bazı öncelikli konular mevcuttur. Kuruluşlar bilgi güvenliği yönetim sistemini bünyelerine uygulayabilmek için öncelikle üst yönetimin desteğini almalıdırlar. Bu, yönetim sisteminin kurulmasına yeterli ve doğru kaynak aktarılabilmesi için gereklidir. Tüm kurumun istisnasız uyması gereken bilgi güvenliği politikaları tanımlanmalıdır. Burada önemli olan nokta yazılacak politikaların, kurumun iş ihtiyaçlarına ve kabiliyetlerine uygun olmasıdır. Aksi takdirde politikalar yazılı olarak kalacak, süreçlere uygulanmayacaktır.

Hastanelerde bilgi güvenliği yönetim sistemleri üzerine gelecekte çalışma yapacak olan araştırmacılara; örneklem kitlesinin sadece Eskişehir ile sınırlı kalmayıp daha geniş ve daha homojen bir örneklem kitlesi kullanmaları, ülke geneli hatta mümkünse uluslararası verilere ulaşmaları, bilgi algısal bir kavram olduğundan bilgi güvenliğini etkileyebilecek yeni değişkenler de katarak teoriyi genişletmeleri, bilgi güvenliği yönetim sistemleri ile hastane yenilikçiliği arasındaki ilişkileri de inceleyerek olayı daha geniş perspektiften ele almaları önerilmektedir.

Kaynaklar

- 1.HUNTER, M. D. John. **An Information Security Handbook**, Springer-Verlag, London, 2001.
- 2.ALBERTS, C. ve A DOROFEE. **Managing Information Security Risks: The Octave Approach**, Pearson Education Inc., 2004.
- 3.BLANAS, George. **Strategic Open Software DEVELOPMENT ILInesS**,2003, 29 Aralık 2008 <<http://opensource.mit.edu/papers/blanas1.pdf>>.
- 4.Sağlık Bakanlığı, 2005 “Veri Güvenliği Konulu 2005/153 Genelgesi” Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/01249.doc>.
- 5.Hasta Hakları Yönetmeliği, 23420 sayılı Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998. http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/hasta_haklari/hasta_haklari_yonetmeliği.htm
- 6.Furnell S., 2006. IFIP Workshop-Information Security Culture,Workshop, Plymouth University
- 7.Oğut P., 2006. Küreselleşen dünyada bilgi güvenliğine yönelik politikalar:Sayısal imza teknolojisi ve Türkiye, Yüksek Lisans tezi, Ankara Üniversitesi.
- 8.Sağlık Bakanlığı, 2005/23 sayılı Bakanlığa Devredilecek Sağlık Birimlerinin Bilgi Sistemleri Konulu Genelge, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/00186.doc>
- 9.M. Çetin, M. Aydos. "Elektronik Sağlık Kayıtları Güvenliğinde IEEE 802.1x Standardının Kullanılması". Ulusal Elektronik İmza Sempozyumu. 7-8 Aralık 2006, Ankara. , 2006
- 10.ÖNEL, D., ve DİNÇKAN, A., 2007, Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Kurulumu Sürüm 1.00,TÜBİTAK-UEKAE,<http://www.bilgiguvenligi.gov.tr/bilgi-guvenligi-yonetimi-dokumanlari/uekae-bgys-0001-bilgi-guvenligi-yonetim-sistemi-kurulum-kilavuzu.html> [Ziyaret Tarihi: 14 Mart 2014].

DIŞ TEDAVİ HİZMETLERİNDE KULLANILAN MERKEZİ HASTANE RANDEVU SİSTEMİNİN DIŞ HEKİMLERİNCE DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BİR ÇALIŞMA

Mahmut AKBOLAT*

Yunus Emre KARTAL**

Gülcan KAHRAMAN***

ÖZET

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin en önemli çalışmalarından biri olan Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığına bağlı 2. ve 3. basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri için 182 No'lu telefonu arayarak operatörlerden veya web üzerinden hastane ve hekimden randevu alınabilen bir uygulamadır. Bu uygulama, hastanelerde kaynak planlamasını, tedavi sırası bekleyen hasta kuyruklarının azaltılmasını, sağlık hizmeti sunumunun kalite ve verimliliğinin artırılmasını ve sağlık politikalarının belirlenmesini kolaylaştırmaktadır. Bu çalışmanın amacı, MHRS uygulamasının diş hekimleri tarafından nasıl algılandığını ve diş hekimlerinin konuya ilişkin görüşlerini belirlemeye çalışmaktır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Hazırlanan anket 160 diş hekimine uygulanmış olup; elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, ki-kare testi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, MHRS'den alınan randevular sebebiyle acil hastalara hizmet veremeyen diş hekimleri bundan rahatsızlık duymaktadırlar. Aynı saatte iki hastaya randevu verilmesi, iletişim kesintileri ve randevu süresinin yetersizliği gibi sorunlar yaşanmaktadır. Büyük çoğunluğu günlük ortalama 30'dan fazla hastaya hizmet veren diş hekimlerine göre, MHRS aracılığı ile sağlık hizmetlerine erişen hasta sayısı çoğunlukla 6-15 arasında değişmektedir. Ortalama katılım düzeylerine göre, MHRS'nin yararlarının (2,70±0,849) sakıncalarından (1,91±0,781) daha fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri MHRS'nin sakıncaları, yararları ve eksikliklerini değerlendirme bakımından bir farklılığa sebep olmamaktadır. Sonuç olarak diş hekimlerine göre, MHRS bazı hususlarda yarar sağlamakla birlikte, eksik ve sakıncalı yönleri bulunmakta; hizmet sunumunda çeşitli problemlere sebep olmaktadır. Bu problemlerin ortadan kaldırılması için MHRS'nin diş hekimlerinin kendi randevularını verebilecekleri şekilde yeniden düzenlenmesi ve özellikle ağrı şikayeti ile gelen hastalar için özel kontenjan tahsis edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Merkezi Hastane Randevu Sistemi, Diş Hekimi, Hasta

*Yrd.Doç.Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

**Diş hekimisi, Sağlık Bakanlığı, yunusemrekartal@gmail.com

***Arş.Gör., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gkahraman@sakarya.edu.tr

EVALUATION OF CENTRAL HOSPITAL APPOINTMENT SYSTEM USED IN DENTAL TREATMENT SERVICE BY DENTISTS

ABSTRACT

Central Hospital Appointment System (CHAS), which is one of the most important studies of Health Transformation Project, is an application that is taken appointment from hospitals and physicians by calling No. 182 via operators or the web for primary and secondary step hospitals attached to Ministry of Health. This application facilitates resource planning in hospitals, reduction of queue of patient waiting treatment, increasing the quality and efficiency of health care delivery and determination of health policy. The purpose of this study is trying to determine how CHAS is perceived by dentists and their views on the subject.

In the study, questionnaire, that is developed by the researchers, was used as a tool of data collection. The prepared questionnaire was applied to 160 dentists; validity and reliability of data obtained is analyzed. In the data analysis, descriptive statistical methods, chi-square test, independent samples t test and one-way analysis of variance was used. According to findings of the study, dentists, who can not provide emergency services to patients, are uncomfortable because of appointment taken from CHAS. There are some problems such as appointment given at the same time for two patient, communication failures and lack of times in appointments. According to majority of dentists serving daily to more than 30 patients, number of patients to access health services via CHAS mostly range from 6-15. According to the average level of participation, benefits of CHAS ($2,70 \pm 0,849$) were found more than its drawbacks ($1,91 \pm 0,781$). Socio-demographic characteristics of the participants do not led to a difference in terms of evaluation of drawbacks, benefits and shortcomings of CHAS. As a result, according to dentists, there are some missing and objectionable aspects of CHAS, while it provides benefit in some respects. For eliminating these problems, rearrangement of CHAS, so that dentists can give their own appointments, and allocation of special quota especially for those patients with pain complaint is proposed.

Key Words: *Central Hospital Appointment System, Dentist, Patient.*

1. Giriş

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin en önemli çalışmalarından biri olan Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Bakanlığına bağlı 2. ve 3. basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri için 182 No'lu telefonu arayarak operatörlerden veya web üzerinden hastane ve hekimden randevu alınabilen bir uygulamadır (<http://www.mhrs.gov.tr>). Bu uygulama ile, hastanelere randevulu gelen hastaların randevu saatinde muayenesinin mümkün olacağı ve hastane açısından daha iyi kaynak planlaması sağlanacağı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, hastalar tarafından pek çok kolaylığı olacağı düşünülen MHRS'nin hekimler açısından yeterli düzeyde başarılı bulunmadığı görülmektedir. Henüz çok yeni bir uygulama olması sebebiyle, konu ile ilgili yapılan çalışmaların yeterince aydınlatıcı olmadığı görülmektedir. Bu çalışmada, diş hekimlerinin Merkezi Hastane Randevu Sistemi'ne ilişkin değerlendirmeleri incelenmektedir.

2. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)

Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile yürürlüğe konulan Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) ile, ülkemizde daha etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu amaçlanmıştır. MHRS; vatandaşların Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2 ve 3. basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri için hastane ve hekimlerden randevu alabilecekleri bir uygulamadır. Sistemde iki adet çağrı merkezi bulunmaktadır (Şahin, 2013: 3). Vatandaşlar, 182 çağrı merkezini arayarak telefonla ya da internetten randevu alabilmektedir (<http://www.mhrs.gov.tr>). Aynı branşta tüm ildeki hekimlerin yoğunluk bilgilerine tek sayfada ulaşan hasta, tek numara ile kolay erişim ve HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri) ile entegrasyon sayesinde kayıt olmadan direk randevu alınan polikliniğe gitme imkanı elde etmiştir.

İlk kez 2009 yılında pilot uygulama ile başlanan proje, 2012'de İstanbul'un da eklenmesiyle 81 ilde yürürlüğe girmiştir (<http://www.ihsm.gov.tr>). MHRS ile amaçlanan, hastanelere randevulu gelen hastaların hastanede bekledikleri süreyi kısaltmak, randevu saatinde muayene olan hastanın memnuniyet düzeyini arttırmak ve hastane işleyişine uygun bir organizasyon oluşturmaktır. Böylece hastanelerde daha iyi kaynak planlaması yapılacağı ve sistemi kullanan hastanın/vatandaşın sağlık hizmetinden deneyimlediği memnuniyetin artacağı düşünülmektedir.

Diş hekimlerinin MHRS deneyimi, diğer hastane poliklinik hizmetlerine göre farklılaşmaktadır. Diş polikliniğine başvuran hastaların hemen hemen hepsine girişimsel işlem uygulanmakta; bu işlemlerde süreyi öngörmek her zaman mümkün olmamaktadır. Tedavi esnasında değişen süreçlere bağlı olarak, 15 dakika sürmesi öngörülen kısa bir dolgu işlemi, ani gelişen bir durum sonucu kanal tedavisine dönerek, tedavi yaklaşık 1 saat 15 dakikaya çıkabilmektedir. Bu gibi durumlarda, sırada bekleyen hastalar, randevu saatlerinin geçtiğinden ve fazla bekletilmekten yakınmakta; bu bekleminin sebebini sıklıkla hekime bağlamaktadırlar (Şahin, 2013: 28).

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma, hastanelerde kaynak planlamasını, tedavi sırası bekleyen hasta kuyruklarının azaltılmasını, sağlık hizmeti sunumunun kalite ve verimliliğinin artırılmasını ve sağlık politikalarının belirlenmesini kolaylaştıran MHRS uygulamasının diş hekimleri tarafından nasıl algılandığını ve diş hekimlerinin konuya ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu tür uygulamaların değerlendirilmesi, sahada çalışan kişilerin uygulamayı nasıl gördüklerinin incelenmesi ve uygulamada ortaya çıkabilecek eksik yönlerin belirlenmesi bakımından önemlidir. Bu tür değerlendirmelerden yola çıkarak, Sağlık Bakanlığı'nın konuya ilişkin görüşleri dikkate alarak reorganizasyona gitmesi mümkün olabilir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma, Sakarya, Kahramanmaraş, Denizli, Van, Amasya, Yalova, Düzce, Kilis, Gaziantep, Ağrı, Batman ve Gümüşhane illerinde yapılmış olup, 160 diş hekiminden oluşmaktadır. Anket, yüz yüze görüşme tekniği ile gönüllü katılımcılar üzerinde, 15.10.2013-15.12.2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)’ni nasıl değerlendirdiklerine ilişkin 15 soru bulunmaktadır. İkinci bölümdeki sorular katılımcıların MHRS hakkındaki olumlu ve olumsuz değerlendirme ve önerilerinden, son bölüm ise katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. Çalışmada, dış hekimlerinin adreslerine e-posta ve kargo yoluyla anketlerin gönderilmesi ve dönen anketlerin değerlendirilmesiyle oluşan bir veri seti kullanılmıştır.

Çalışmadan elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Bu amaçla, keşfedici faktör analizi ve Cronbach Alfa katsayısından yararlanılmıştır. Ölçeğin keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre, “4. MHRS sistemine geçişin ardından hasta yoğunluğunda artış olmuştur” ve “7. MHRS’den alınan randevulara gelmeme oranı eski randevu sistemine (hastanelerin kendi randevu sistemleri) göre yüksektir” ifadeleri uyumsuzluk gösterdiğinden ölçekten çıkarıldı. Ayrıca “15. Randevu sistemi tamamen kaldırılmalıdır” ifadesi ters kodlanarak analize dahil edildi. Bu iki ifade çıkarıldıktan sonra, ölçek üç boyut altında toplandı ve 13 sorudan oluştu. Toplanan boyutların incelenmesi sonucunda, birinci boyutun *MHRS’nin yararlarından* oluşan ifadeler; ikinci boyutun *MHRS sonucunda ortaya çıkan aksaklık ve olumsuzluklardan* oluşan ifadeler ve üçüncü boyutun MHRS sisteminin sorun oluşturması sebebiyle *hekimlerin MHRS dışında hizmet sunma yöntemini* ortaya koyan ifadelerden oluştuğu görüldü. Bu bulgulardan hareketle, birinci boyut **yarar**, ikinci boyut **sakınca** ve üçüncü boyut **işlevsellik** olarak adlandırıldı. Bu haliyle ölçeğin KMO değerinin 0,768 ve Bartlett Sphericity testinin anlamlı olduğu görüldü. Ayrıca açıklanan %55,235 toplam varyans değeri ile ölçeğin geçerli olduğu kabul edildi. Daha sonra hesaplanan Cronbach Alfa değerlerinin de gerekli koşulları taşıdığı tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1: MHRS Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,768
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	55,235	df	78
Açıklanan Toplam Varyans	56,253	Cronbach Alpha Toplam	0,771
Boyutlar/ İfadeler	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Yarar		24,017	0,792
2. MHRS dış hekimlerinin çalışmalarına kolaylık sağlamaktadır.	0,877		
1. MHRS sisteminden genel hatlarıyla memnunuz.	0,850		
15. Randevu sistemi tamamen kaldırılmalıdır. (R)	0,727		
6. MHRS’de 15 gün sonrasına kadar hekim randevularının açık olması doğru bir işlemdir.	0,555		
3. MHRS hastaların hekime daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır.	0,523		
5. MHRS üzerinden başvuran hastaların tedavi ihtiyacı, doğrudan hastaneye başvuran hastalara göre daha yüksektir.	0,514		
Sakınca		18,127	0,712
14. MHRS sistemi sağlık kuruluşları daha etkin olacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.	0,733		
9. MHRS’de bazı randevular sadece dış hekimlerinin verebileceği şekilde düzenlenmesi gerekir	0,686		
8. MHRS’de dış hekimlerinin kendi randevularını ayarlayabildikleri bölümün olmaması tedavi hizmetlerinin yürütülmesinde problemlere neden olmaktadır.	0,660		
13. MHRS sistemi hekimleri uygun olmayan koşullarda çalıştırdığı için tükenmişlik yaşamalarına sebep olmaktadır.	0,643		
12. MHRS’den başvuran hastalar sebebiyle ağrı şikayeti ile gelen hastalara hizmet sunulmaması vicdani olarak rahatsız edici bir durumdur.	0,567		
İşlevsellik		14,109	0,725
11. Çalıştığım kurumda MHRS’den randevu almadan ağrı şikayeti ile gelen hastalara sağlık hizmeti sunulmaktadır.	0,880		
10. Tedavi ettiğim hastaların %50’si MHRS’den randevu alan hastalardan oluşmaktadır.	0,815		
Özdeğer: Yarar =29,522; Sakınca=16,912; İşlevsellik=9,820			

4. Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğu erkek (%61,88) ve evli (68,13) dış hekimlerinden oluşmaktadır. Katılımcıların %32,50'si 30 yaştan daha küçük ve %23,13'ü 40 ve üzeri yaşlarda olup, yaş ortalaması $34,11 \pm 7,539$ 'dur. Çalışmaya katılan hekimlerin %45,63'ü 5 yıl ve altında çalışmakta olup; ortalama görev süresi $8,39 \pm 7,349$ yıldır (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	61	38,13
	Erkek	99	61,88
Medeni durum	Bekar	51	31,88
	Evli	109	68,13
Yaş	<30	52	32,50
	30-34	43	26,88
	35-39	28	17,50
	≥40	37	23,13
Görev süresi	≤5 yıl	73	45,63
	6-10 yıl	41	25,63
	11-15 yıl	19	11,88
	≥16 yıl	27	16,88

Tablo 3'te dış hekimlerinin MHRS'yi değerlendirmeleri amacıyla oluşturulan ölçeğin madde ve boyutlar itibari ile ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Dış hekimleri tarafından en yüksek katılımın işlevsellik boyutunda olduğu görülmektedir. Bu iki ifade, randevu almadan gelen hastalara da hizmet verildiğini ve hastaların ancak %50'sinin randevu alan hastalardan oluştuğunu göstermektedir. Bu bulgular, MHRS'nin işlevsellik düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçekte ikinci yüksek ortalama değeri, MHRS'nin faydaları ile ilgili ifadeler oluşturmaktadır. Bu iki ifadeyi takip eden altı ifadenin tamamı yarar boyutunu oluşturan ifadelerden oluşmaktadır. Dolayısıyla, işlevsel olarak bazı eksiklikler olmakla birlikte, dış hekimlerinin MHRS'yi yararlı buldukları söylenebilir. Ölçeğin en az katılım alan 5 ifadesinin tamamı ise MHRS'nin olumsuzluklarını ortaya koyan sakınca boyutunu oluşturan ifadelerden oluşmaktadır.

Tablo 3: MHRS Ölçeğinin Boyut Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Ort.	S.S.
11. Çalıştığım kurumda MHRS’den randevu almadan ağrı şikayeti ile gelen hastalara sağlık hizmeti sunulmaktadır.	3,63	1,119
10. Tedavi ettiğim hastaların %50’si MHRS’den randevu alan hastalardan oluşmaktadır.	3,17	1,117
3. MHRS hastaların hekime daha kolay ulaşmasını sağlamaktadır.	3,10	1,117
15. Randevu sistemi tamamen kaldırılmalıdır (R).	3,05	1,288
2. MHRS dış hekimlerinin çalışmalarına kolaylık sağlamaktadır.	2,63	1,267
5. MHRS üzerinden başvuran hastaların tedavi ihtiyacı, doğrudan hastaneye başvuran hastalara göre daha yüksektir.	2,59	1,215
1. MHRS sisteminden genel hatlarıyla memnunum.	2,57	1,227
6. MHRS’de 15 gün sonrasına kadar hekim randevularının açık olması doğru bir işlemdir.	2,26	1,152
12. MHRS’den başvuran hastalar sebebiyle ağrı şikayeti ile gelen hastalara hizmet sunulmaması vicdani olarak rahatsız edici bir durumdur.	2,19	1,276
8. MHRS’de dış hekimlerinin kendi randevularını ayarlayabildikleri bölümün olmaması tedavi hizmetlerinin yürütülmesinde problemlere neden olmaktadır.	1,94	1,129
9. MHRS’de bazı randevular sadece dış hekimlerinin verebileceği şekilde düzenlenmesi gerekir	1,89	1,179
13. MHRS sistemi hekimleri uygun olmayan koşullarda çalıştırdığı için tükenmişlik yaşamalarına sebep olmaktadır.	1,88	1,173
14. MHRS sistemi sağlık kuruluşları daha etkin olacak şekilde yeniden düzenlenmelidir.	1,64	0,941
İşlevsellik	3,40	0,990
Yarar	2,70	0,849
Sakinca	1,91	0,781
Toplam	2,50	0,606

Çalışmada katılımcılara Sağlık Bakanlığının “gün içinde hizmet verilen hastaların %50’sinin MHRS’den alınan randevulardan olması” şartının hizmet kalite standardı olarak belirlenmesine ilişkin görüşleri sorulmuştur. Katılımcılardan %25,6’sı durumu hatalı ve %18,8’i doğru bulduğunu ifade ederken; katılımcıların büyük bir kısmı bu konuda kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4: Hizmet Verilen Hastaların %50’sinin MHRS Hastası Olmasının Kalite Standardı Kabul Edilmesine İlişkin Değerlendirmeler

	Sayı	Yüzde
Yanlış	41	25,6
Kararsız	89	55,6
Doğru	30	18,8
Toplam	160	100,0

Çalışmada dış hekimlerine MHRS’den başvuran hastaların yoğunluğu sebebiyle ağrı şikayeti ile gelen hastalara hizmet veremedikleri bir durumun olup olmadığı ve eğer bu durum söz konusu ise rahatsızlık duyup duymadıkları sorulmuştur. Tablo 5’de görüldüğü gibi, hekimlerin %75,6 gibi büyük bir oranı ağrı sebebiyle gelen hastalara MHRS’den gelen hastaların yoğunluğu sebebiyle hizmet veremediğini bildirmiştir. Bu sorunun ardından hekimlerin bu durumdan rahatsız olup olmadıklarını belirlemek amacıyla bu durumun kendilerini rahatsız edip etmediği sorulmuştur. Bu soruda hekimlerin %69,4’ünün rahatsız olduğu, %17,6’sının ise bu durumdan rahatsız olmadığını belirttikleri görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5: MHRS Sebebiyle Hizmet Verilemeyen Hasta ve Bu Duruma Hekimlerin Tutumuna İlişkin Verilerin Dağılımı

MHRS randevularının yoğunluğu sebebiyle hizmet verilemeyen hasta oldu mu?	Sayı	Yüzde
Evet oldu	121	75,6
Hayır olmadı	39	24,4
Ağrılı hastalara hizmet verememek sizi rahatsız eder mi?		
Evet	111	69,4
Hayır	17	10,6
Cevap Vermeyen	32	20,0

Katılımcılara MHRS sebebiyle sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Tablo 6’da görüldüğü gibi katılımcıların %68,8’i MHRS kaynaklı sorunlar yaşadığını belirtmişlerdir.

Tablo 6: Dış Hekimlerinin MHRS Kaynaklı Sorun Yaşama Durumları

	Sayı	Yüzde
Yaşayan	110	68,8
Yaşamayan	50	31,3

Tablo 6’daki soruya bağlı olarak katılımcılara yaşadıkları sorunların ayrıntısı sorulmuştur. Sorunların ayrıntısı sorulurken yaşanabilecek sorunlar, “aynı saate iki hastaya birden randevu verme”, “kendi kendine randevu iptali”, “sık sık yaşanan iletişim kesintileri” ve “diğer” şeklinde sınıflandırma yapılmıştır. Tablo 7’de görüldüğü gibi sorun yaşadığını bildiren 110 katılımcı sık sık iletişim kesintileri (%28,8), aynı saatte iki hastaya randevu verme (%24,2) ve kendi kendine randevu iptali (%16,7) sorunlarını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. “Diğer” başlığı altında toplanan sorunlara bakıldığında, en fazla yaşanan sorun, randevular için yeterli süre verilmemesi sebebiyle hastaların beklemesinden kaynaklanan sorunlardır (%36,8). Hastalar, beklemek istemedikleri ve hastaların tedavilerinin uzaması sebebiyle vaktinde tedavi alamadıkları için sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunu hastanın sistemde görünmemesi (%18,4), hekimin izin aldığı ya da rapor gibi görevde bulunmadığı dönemlere randevu verilmesi (%13,5) gibi önemli sorunlar takip etmektedir.

Tablo 7: MHRS Kaynaklı Yaşanan Sorunların Dağılımı

Yaşanan Sorunlar	Sayı	Yüzde
Sık sık iletişim kesintileri	38	28,8
Aynı saate iki hastaya birden randevu verme	34	25,8
Kendi kendine randevu iptali	22	16,7
Diğer sorunlar	38	28,8
Toplam	132	100,0
Diğer Başlığı Altında Belirtilen Sorunların Dağılımı	Sayı	Yüzde
Randevular için yeterli süre olmaması (10 dakika) sebebiyle yaşanan sorunlar	14	36,8
Hastanın sistemde görünmemesi	7	18,4
Hekimin izinli ya da raporlu dönemlerine randevu verilmesi	5	13,2
Geç gelen hastaların hak iddia etmesi	4	10,5
Acil durumlarda izin almak gerekirse hastaya ulaşmak için yaşanan sorunlar	3	7,9
Hasta yakınlarından kaynaklanan sorunlar	2	5,3
Tatil gününde hastaya randevu verilmesi	1	2,6
Hekimin bilgisi dışında MHRS'nin kapatılması	1	2,6
Uzman dış hekimine farklı uzmanlık alanlarından randevu verilmesi	1	2,6

Diş hekimlerine sorulan ortalama kaç hastaya hizmet verdikleri ve bu hastalardan ne kadarının MHRS kaynaklı olduğuna ilişkin verilen cevaplar Tablo 8’de görülmektedir. Diş hekimlerinin günlük baktıkları hasta sayılarının genellikle 25 hasta ve üzerinde olduğu görülmektedir (%86,3). MHRS’den atanan hastalar ise, genellikle 6-15 arasında (%63,1) yoğunlaşmaktadır. Bu bulgular, hekimlerin MHRS dışında çok sayıda hastaya baktıklarını göstermektedir.

Tablo 8: Günlük Olarak Hekimlerin Hizmet Verdiği ve MHRS’den Atanan Hastaların Karşılaştırılması

Günlük Tedavi Edilen Hasta	Sayı	Yüzde	MHRS’den Atanan Günlük Hasta	Sayı	Yüzde
15	5	3,1	≤5	7	4,4
20	17	10,6	6-10	53	33,1
25	52	32,5	11-15	48	30,0
30	32	20,0	16-20	25	15,6
>30	54	33,8	≥21	27	16,9

Randevu sürelerinin 15 gün gibi uzun bir süreyi kapsamaması diş hekimlerinin acilen izinli veya mazeretli olarak görev yerlerinden ayrılmalarını güçleştiren bir etkidir. Bu durumda randevular sürelerinin ne kadar olması gerektiği ile ilgili yöneltilen bir soruya verilen cevapların dağılımı Tablo 9’da görülmektedir. Diş hekimlerinin 5’li Likert ölçek üzerinden $2,26 \pm 1,152$ değerle düşük bir katılım sergiledikleri randevu sorusuna ilişkin benzer bir dağılım burada da kendini göstermiştir. Diş hekimlerinin %69,4’lük bir çoğunluğu, bu sürenin en fazla 5 gün ile sınırlandırılmasını arzu etmiştir. Sürenin mevcut durumda kalmasının uygun olduğunu belirten hekimlerin oranı ise %11,3’dür.

Tablo 9: Randevu Sürelerinin Uzunluğuna İlişkin Diş Hekimlerinin Görüşleri

	Sayı	Yüzde
3 gün	59	36,9
5 gün	52	32,5
10 gün	31	19,4
15 gün	18	11,3
Toplam	160	100,0

5. Tartışma ve Sonuç

Çalışmada, MHRS uygulamasının diş hekimleri tarafından nasıl algılandığının ve diş hekimlerinin konuya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. 160 diş hekimine uygulanan anket verileri, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, ki-kare analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi yardımıyla analiz edilmiştir.

Çalışmanın bulgularına göre, diş hekimleri tarafından en yüksek katılımın işlevsellik boyutunda; en az katılımın MHRS'nin olumsuzluklarını ortaya koyan sakınca boyutunda olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, Şahin (2013: 22)'in çalışmasında MHRS'nin hekimler tarafından %73,3 oranında olumsuz değerlendirildiği görülmüştür. Konuya ilişkin hastaların değerlendirmeleri incelendiğinde ise, randevu sistemine yönelik memnuniyet düzeyi yüksek bulunmuştur (Şahin, 2013: 22; Sampson ve ark., 2008: 642). Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri MHRS'nin sakıncaları, yararları ve eksikliklerini değerlendirme bakımından bir farklılığa sebep olmamaktadır.

Katılımcılara MHRS sebebiyle sorun yaşayıp yaşamadıkları ile ilgili yöneltilen soruda, genel olarak iletişim kesintileri, iki hastaya aynı anda randevu verilmesi ve kendiliğinden randevu iptali gibi sorunlar yaşandığı görülmüştür. Şahin (2013: 21)'in çalışmasında genelde sorun yaşanmadığı (%71,5); yaşanan sorunların ise randevu saatine uyulmaması, diğer hastaların problem çıkarması ve bilgisayar sisteminden kaynaklı sorunlar olduğu bulunmuştur. Benzer bir soru, Şahin (2013: 20) tarafından randevu almadan hastaneye gelenlere yöneltilmiş; hastaların yarısından çoğu randevusuz gitseler bile hastanede muayene olmada sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Sorun yaşadığını ifade edenler ise, sıra beklemekten ve muayene olamamaktan şikayet etmişlerdir.

Büyük çoğunluğu günlük ortalama 30'dan fazla hastaya hizmet veren diş hekimlerine göre, MHRS aracılığı ile sağlık hizmetlerine erişen hasta sayısı çoğunlukla 6-15 arasında değiştiği görülmüştür. Bu bulgudan hareketle, hekimlerin MHRS dışında çok sayıda hastaya baktıkları söylenebilir. Alagöz (2013: 115) de, ağız ve diş sağlığı merkezlerinde dengesiz ve yetersiz randevu dağılımı olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, sistemde yanlışlıkla eşzamanlı randevu verilen hastalar arasında ya da dayanılmaz ağrı çeken bir hastayla sistemden randevu almış bir hasta arasında tercih yapması gerektiğinde, hekimin hangisine öncelik vereceğine yönelik belirli bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu durumun, hekimleri zor durumda bıraktığı söylenebilir. MHRS'den alınan randevular sebebiyle acil hastalara hizmet veremeyen diş hekimlerinin bundan rahatsızlık duyduğu görülmüştür.

Diş hekimlerine yöneltilen randevu tarihleri ile ilgili bir soruda, hekimlerin %69,4'lük bir çoğunluğu, randevu sürelerinin 15 gün yerine en fazla 5 gün ile sınırlandırılmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Şahin (2013: 27), Alagöz (2013: 113), Downer ve ark. (2006: 390) ve Cao ve ark. (2011: 1) da, çok geç zamanlara randevu verilmesinin hastaların

randevu tarihlerini unutmalarına yol açtığını; telefon, e-posta, kısa mesaj gibi yöntemler ile hatırlatılmasının mümkün olabileceğini ifade etmişlerdir. Alagöz (2013: 113), 2012 yılı sonuna kadar 3,665.297 kişinin randevu aldığını; ancak 2,807.359'unun randevusuna gittiğini belirtmiştir.

Sonuç olarak, sisteme ilişkin problemlerin ortadan kaldırılması ve hekim endişelerinin giderilmesi için, MHRS'nin yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Bu yeniden dizayn sürecinde dış hekimlerinin görüşleri de göz önünde bulundurulmalıdır. MHRS'de dış hekimlerine ilk defa başvuran hastalar için açık olan randevular dışında, hekimlerin kendi randevularını kendileri verebilecekleri bağımsız alanlar tahsis edilebilir. Ağrı şikayeti ile gelen hastalar için özel kontenjanlar tahsis edilebilir. Doğrudan başvuran hastaların yoğunluğuna göre MHRS'de açılacak randevu sayısı hastane gruplarına göre standardize edilmesi ve hizmet kalite kriterleri bu hastane gruplarına göre yeniden belirlenmesi önerilmektedir. Randevu aralıkları işlem uzunluklarına göre hekimlerin rahat çalışmasına imkan verecek şekilde düzenlenebilir, böylelikle hem hekim sıradaki hastayı bekleme endişesinden hem de bekleyen hasta randevu saati geçtiği için ajite olmaktan kurtulabilir. Randevuya açık olan en son gün, gerek hekimin poliklinikte hasta ve tedavi planlaması için, gerekse kendi sosyal planları için daha kabul edilebilir olarak belirlenmesinin ve çok ileri bir tarih seçilmemesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1.ALAGÖZ, Mehmet Akif (2013), Kamu Hastanelerinde Kuyruk, Randevu Sistemleri: Merkezi Hastane Randevu Sistemi,, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 2.CAO, Wenjun, Yi Wan, Haibo Tu, Fujun Shang, Danhong Liu, Zhijun Tan, Caihong Sun, Qing Ye ve Yongyong Xu (2011), A Web-Based Appointment System To Reduce Waiting For Outpatients: A Retrospective Study, BMC Health Services Research, 11:318, p. 1-5.
- 3.OWNER, Sean R, John G. Meara, Annette C Da Costa ve Kannan Sethuraman (2006), SMS Text Messaging Improves Outpatient Attendance, Australian Health Review, 30(3), p. 389-396.
- 4.HARPER, P.R, Gamlin H.M (2003), Reduced Outpatient Waiting Times With Improved Appointment Scheduling: A Simulation Modeling Approach, OR Spectrum, 25, p. 207-222.
- 5."Merkezi Hastane Randevu Sistemi Projesi Uygulama Kullanım Kılavuzu", http://www.ihsm.gov.tr/indir/genel/MHRS_kullanım_kilavuzu.pdf, Erişim Tarihi: 17.07.2014.
- 6.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, "Merkezi Hekim Randevu Sistemi", <http://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.jsp>, Erişim Tarihi: 16.07.2014.
- 7.SAMPSON, F., Mark Pickin, Alicia O'Cathain, Stephen Goodall and Chris Salisbury (2008), Impact Of Same-Day Appointments On Patient Satisfaction With General Practice Appointment Systems, British Journal of General Practice, p. 641-643.
- 8.ŞAHİN, Şelale (2013), Merkezi Hastane Randevu Sistemi Uygulamasının Etkinlik, Farkındalığının, Hasta Bekleme Süresine Ve Memnuniyetine Etkisinin Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezinde Değerlendirilmesi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

KULLANICILARIN BAKIŞ AÇISIYLA İLAÇ TAKİP SİSTEMİ

Ümit ÇIRAKLI*

Rukiye NUMANOĞLU TEKİN**

Sinan ERDOĞDU***

Simten MALHAN****

ÖZET

İlaça erişim önemli olduğu kadar, ilaçların hastalara güvenilir bir biçimde sunulması da önemlidir. Türkiye’de geliştirilen İlaç Takip Sistemi (İTS), ilaçların her bir biriminin izlenmesi için kurulan bir altyapıyı tanımlamaktadır ve dünyada ilk defa Türkiye’de başarıyla uygulanan ve benzeri olmayan yenilikçi bir sistemdir. İlaç takip sistemi hastaların ilaca güvenle erişiminin sağlanması için her ilacın konumunu takip etmek üzere tasarlanmıştır. İlaçların takibi ve izlenebilirliği ile birlikte ayrıca, sahte ve kaçak ilacın, yasadışı ilaç satışının önüne geçilmesi, kupür sahteciliğinin ortadan kaldırılması, akılcı ilaç kullanımı süreçlerinin desteklenmesi ve piyasa kontrolü için ilaçlar hakkında veri sağlanması hedeflenmiştir. İTS’nin kullanılmaya başlandığı Temmuz 2009 tarihi itibarıyla kullanıcılar tarafından sistemle ilgili çeşitli görüşler ortaya atılmıştır. Bu görüşlerde sistemin yararları yanında eksiklikleri olduğu, bu eksikliklerin sıkıntılı durumlara neden olabileceği de öne sürülmüştür. Bu çalışmanın amacı da İTS’nin direkt kullanıcıları olan eczacılarla yüz yüze görüşmeler yapılarak sistemle ilgili görüşlerinin alınması ve sistemin sağladığı yararların, sistemde var olduğu düşünülen eksikliklerin ortaya konulmasıdır. Bu amaçla Ankara ili Sıhhiye bölgesinde faaliyet gösteren 40 eczacıya literatür taraması sonucu hazırlanan anket uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların büyük çoğunluğu İTS’nin belirlenen amaçlara ulaşmaya katkı sağlayacak düzeyde bir sistem olduğunu belirtmişler ancak bunun yanında sistemin daha güvenilir hale getirilmesi gerektiğini de ifade etmişlerdir. Ayrıca, katılımcıların % 65’i ise Türkiye’de geliştirilen ilaç takip sisteminin tüm dünyaya örnek olabilecek bir sistem olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: ilaç, sahte ilaç, ilaç takip sistemi

* Arş. Gör. Ümit ÇIRAKLI, Bozok Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, cirakli@bozok.edu.tr, umit.cirakli@bozok.edu.tr

** Öğr. Gör. Rukiye NUMANOĞLU TEKİN, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, numanoğlu@baskent.edu.tr

*** Sinan ERDOĞDU, erdogdusinan@hotmail.com

**** Prof. Dr. Simten MALHAN, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, bmahlan@basken.edu.tr

THE PHARMACEUTICAL TRACK & TRACE SYSTEM FROM THE PERSPECTIVE OF USERS

ABSTRACT

Providing the drugs to patients reliably is also important as well as access to the drugs. The Pharmaceutical Track & Trace System developed in the Turkey defines an infrastructure established to track every unit of the pharmaceuticals, and it is a unique and innovative system successfully implemented for the first time in the Turkey. This system is designed to track and trace the position of every drug in order to safe access of patients to the drugs. In addition to tracking and traceability, it was also targeted to prevent the sales of counterfeit and illegal drugs, to eliminate denomination fraud, to support the rational drug using processes, and to provide data about the drugs for market control. Various opinions have been raised by users since the system was introduced in July 2009. It has been suggested that beside the benefits the system has deficiencies and the deficiencies may cause troublesome situations. The aim of this study was to get opinions of the pharmacists about the system trough face to face interviews and to demonstrate benefits and deficiencies of the system. For this purpose, a questionnaire prepared after literatüre review was applied to 40 pharmacists operating in Sıhhiye district of Ankara. According to the results, the majority of participants stated that the Pharmaceutical Track & Trace System is a system that will contribute to achieving its the predetermined objectives. But they also stated that the system should be made more reliable. Also 65% of respondents expressed that they think the pharmaceutical track & trace system developed in Turkey is a system which could be an example to the whole World.

Key Words: drug, counterfeit drug, the pharmaceutical track & trace system

1. Giriş

Bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadelede önemli bir yeri olan ilaç, doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden unsurları ortadan kaldırırken, yanlış kullanıldığında insan hayatına mal olabilen bir maddedir ve bu nedenle ilaç insan ve toplum sağlığında çok önemli bir yere sahiptir (Pınar, 2012).

Hastalıkların iyileştirilmesinde en çok kullanılan yöntem “ilaçla tedavi”dir ve bu nedenle de ilaç hastalıkların tedavisinde hayati önem taşımaktadır. İlacın hastalıkların iyileştirilmesinde zorunlu olması, ilaçta yapılan sahtecilik oranını da artırmaktadır (Yorulmaz ve diğerleri, 2012).

İlacın taklidinin üretilmesi, kötüye kullanılması, kaçakçılığının yapılması ve yasal olmayan yollarla satışının yapılmasını kapsayan ilaçta sahtecilik, hasta güvenliğinin riske girmesine, ilaç üreticilerinin ekonomik kayıplar yaşamasına ve ülkeler için ulusal güvenlikte tehlikeler oluşmasına neden olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verileri incelendiğinde, ilaçta sahteciliğin gelişmiş ülkelerde en az %1’den başlayarak, gelişmekte olan ülkelere %30’a varan oranlara ulaştığı

gözlemlenmektedir. İlaçta sahteciliğin yanında, ilaçların gereğinden fazla kullanımı ve son tüketim tarihi gelen ilaçların piyasada satışta olması da göz ardı edilemeyecek sorunlardır (Yorulmaz ve diğerleri, 2012; İbrahim ve Mostafa, 2011).

Sağlık Bakanlığı, 2010 yılı Ocak ayından başlamak üzere, ilaç kutularının yeniden üretilmesi, daha önce geri ödeme kurumlarına fatura edilmiş ilaçların kutularından ayrılarak, yeni basılan bir kutuya konularak tekrar tekrar satılması gibi yolsuzlukları önlemek amacıyla ülke genelinde kısa adı İTS olan İlaç Takip Sistemi'ni kurarak uygulamaya başlamıştır (Yorulmaz ve diğerleri, 2012).

1.1. İlaç ve Sahte İlaç Nedir?

İnsanlarda hastalıklardan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonun düzeltilmesi ya da insan yararına değiştirilmesi için kullanılan, genellikle bir veya birden fazla yardımcı madde ile formüle edilmiş etkin madde veya maddeleri içeren bitmiş dozaj şekli olarak ifade edilen ilaç Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılabilen bir madde” şeklinde tanımlanmaktadır (Bayraç, 2011).

Türkiye'de ilaçlar piyasaya eczaneler yoluyla sunulmaktadır. Reçeteli ve reçetesiz ilaçların eczaneler dışında satılmasına mevzuat izin vermemektedir. 2011 verilerine göre ilaç arzı yaklaşık 24.000 eczane ve 500'e yakın ecza deposu tarafından temin edilmektedir (Bayraç, 2011). Türkiye ilaç sektöründe önemli ve her geçen gün büyüyen bir pazar durumundadır. Türkiye 2010 verilerine göre Avrupa'nın 6'ncı, dünyanın 14'üncü büyük ilaç pazarıdır (TOBB, 2012). İEİS verilerine göre; kutu bazında 2004 yılında 954 milyon kutu olan pazar, 2010 yılında 1,452 milyon kutuya ulaşmıştır (İhracat Genel Müdürlüğü, 2010).

Dünya Sağlık Örgütüne göre (DSÖ) sahte ilaç; kasten ve dolandırıcılık nedeni ile ilacın kimliği ve kaynağına ilişkin yanıltıcılıktır. Sahte ilaç, hem orijinal hem de jenerik ilaç açısından söz konusu olabilir. Aynı zamanda, sahte ilaç doğru, eksik ya da yanlış etken madde içerebileceği veya hiç etken madde içermiyor olabilir. Yada sahte paketlere sahip olabilir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, dünyada ortalama sahte ilaçların yüzdelerini Tablo 1'de sunulmuştur (<http://www.adanaeo.org.tr/dosyalar/AEO.pdf>, Erişim Tarihi: 22.04.2013).

Tablo 1: Dünyada Sahte İlaçların Ortalama Yüzdeleri

Sahte İlaç Türleri	%
Etken madde içermeyen ürünler	32,0
Yetersiz etken madde içeren ürünler	20,2
Yanlış etken madde içeren ürünler	21,4
Doğru etken madde içeren ürünler,	15,6
Orijinal ürünlerin kopyaları	1,0
Yüksek oranda saf olmayan ve kontaminant içeren ürünler	8,5

Kaynak: <http://www.adanaeo.org.tr/dosyalar/AEO.pdf> (Erişim Tarihi: 22.04.2013)

1.2. İlaç Takip Sistemi (İTS) Nedir?

Sağlık Bakanlığı ve İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde geliştirilen İlaç Takip Sistemi (İTS), Türkiye’de ilaçların her bir biriminin izlenmesi için kurulan bir altyapıyı tanımlamaktadır ve dünyada ilk defa Türkiye’de başarıyla uygulanan ve benzeri olmayan yenilikçi bir sistemdir. İTS, hastaların ilaca güvenle erişiminin sağlanması için her ilacın konumunu takip etmek üzere tasarlanmıştır ve bu nedenle piyasadaki tüm ilaçlar üretimden tüketime tüm aşamalarda bildirimlerle izlenmektedir (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 27.02.2013).

İTS, literatürde “Takip ve İzleme” olarak tanımlanan yapının, ilaç sektörüne uygulanmış halidir. “Takip ve izleme” (Track&Trace), birçok alanda her bir ürünün geçmiş ve güncel konumu gibi bilgilerin kayıt altında tutulmasıdır. Bir başka anlatımla, dağıtım ve lojistik işlemlerinde ürünlerin geçmiş/güncel durumlarının ve lokasyon (yer) bilgilerinin ürünlerin her hareketinde izlenmesi ve takip edilmesi işlemidir. Uluslararası bir organizasyon olan EPCglobal, GS1 altında piyasada bulunan ürünlerin kodlarının belirlenmesinde kullanılacak yapısal ve anlamsal özellikleri ve güvenlik metodlarını tanımlamıştır. Bu standartlar günümüzde birçok alanda başarılı bir şekilde kullanılmaktadır ve birçok ürün bu standartlara göre sertifikalandırılmıştır. İTS ile piyasada bulunan tüm ilaç birimleri GS1 standartları kullanılarak takip edilmektedir (Yorulmaz ve diğerleri, 2012; <http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 27.02.2013; www.akilciilac.gov.tr, Erişim Tarihi: 24.01.2013).

Karekod kullanımı ile ilaç birimleri tekil hale getirilmiş, birimlerin geçtiği her noktadan yapılan bildirimler ile elde edilen hareket bilgisi kullanılarak ilaç birimlerinin takibi ve bu bilgilerin oluşturduğu şecere kayıtları kullanılarak ilaç birimlerinin izlenebilirliği sağlanmıştır. (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 23.12.2012; www.akilciilac.gov.tr, Erişim Tarihi: 24.01.2013).

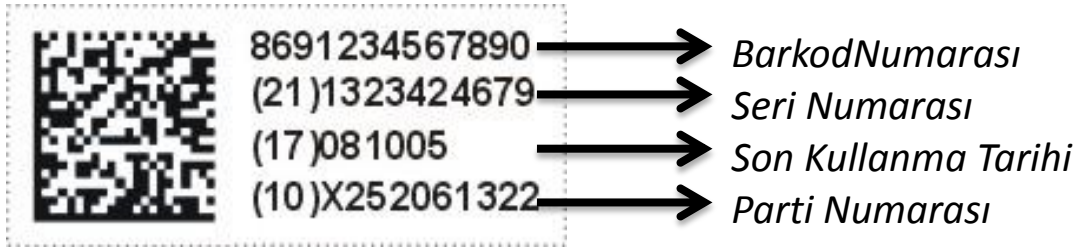
İTS kapsamında bütün ürünlerin hareketlerinin kayıt altına alınması paydaşların sorgulama yapmalarına da imkan vermektedir. Bu amaçla İTS arayüzü olan İTS Portal oluşturulmuştur. Paydaşlar İTS Portal’deki Online İşlemler bağlantısından ürün bazlı sorgulama yapabilmekte, ürünlerin son sahibini görebilmekte ve ürün geçmişi hakkında bilgi alabilmektedir. Ayrıca Ürün Doğrulama servisini kullanarak son kullanma tarihi geçmiş, yasaklanmış veya geri çekilmiş ürünleri belirleyebilmektedirler. Diğer yandan, son kullanma tarihi geçmiş, yasaklanmış veya geri çekilmiş ürünlere satış ve alım işlemlerinde dönülen hata mesajları ile bu ürünlerin satış ve alımlarının yapılması engellenmektedir (Yorulmaz ve diğerleri, 2012).

Paydaşlar, başka bir paydaştan aldıkları ürünler için alım bildirimini yaptıklarında sisteme kayıtlı olmayan ürünler, dolayısıyla sahte ürünler belirlenebilmektedirler. Bu sayede başka bir paydaşın sahte ilaç satmasının önüne geçilmektedir (Yorulmaz ve diğerleri, 2012).

1.3. Karekod

Karekod, datamatrix adlı kare veya dikdörtgen biçimlerde basılabilen 2 boyutlu barkodun Türkiye’de kullanılan karşılığıdır. Karekod, 2 boyutlu ve GS1 uyumlu bir datamatrix barkodudur. Bu uygulamada kısaca ürün bilgileri, 0-1ler olarak kare şeklinde ilaç kutularına işlenmektedir. Karekod okuyucular aracılığı ile de işlenen bu bilgiler bir seferde okunabilmektedir ve bu uygulama Türkiye’de ilk defa ilaçlar için kullanılmıştır (Yorulmaz ve diğerleri, 2012). İlaç kutusu üzerindeki örnek bir karekod Şekil 4’te yer almaktadır.

Şekil 4. İlaç Kutusu Üzerinde Yer Alan Karekod Örneği



İlaç karekodunda yer alan bilgiler şunlardır:

- **Barkod Numarası - GTIN (Global Trade Item Number - Küresel Ticari Ürün Numarası):** Ürünleri dünya genelinde tekilleyen en fazla 14 rakamdan oluşan numaradır. Küresel Ticari Ürün Numarası GS1 tarafından verilmektedir.
- **Seri Numarası - SN (Serial Number):** Üreticiler tarafından, her birim ilaç için ürün bazında tekil olarak belirlenen kayıt numarasıdır.
- **Son Kullanma Tarihi - XD (Expiration Date):** Ürünün güvenli olarak kullanılabilmesi için son kullanım tarihidir.
- **Parti Numarası - BN (Batch Number):** Üretimde, bir partinin diğer partilerden ayırt edilmesi için kullanılan kayıt numarasıdır (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 28.02.2013).

Bu bilgilerle her ürün izlenebilir ve takip edilebilir hale gelmektedir.

1.4. Paket Transfer Servisi (PTS)

İlaç Takip Sistemi’nin devreye alınmasının ardından, sektörün özellikle üretici ve ecza depoları arasındaki mal transferlerini yönetme sıkıntısı ortaya çıkmıştır. İTS’nin ilaç birimi bazında bildirimlerle çalışması, sistemin paydaşları arasındaki tedarik zincirinin yönetiminde bağ, koli, palet gibi taşıma birimlerinin ve bu birimler içerisinde bulunan ürünlerin ilişkisinin kurulmasını zorunlu hale getirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Yapılan fiziksel transferlerde her ilaç birimine ait karekod bilgisinin okutulmasına gerek kalmaksızın İTS bildirimlerini kolaylaştırmak için “Paket Transfer Sistemi (PTS)” geliştirilmiştir. Bu ihtiyacı karşılamak amacıyla geliştirilen yazılım web servisleri şeklinde hazırlanmıştır (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 28.02.2013).

Farklı sistemler arası iletişimi, etkileşimi ve uyumu sağlayan, web ortamında yayınlanabilen, aranıp bulunabilen ve çağrılarak erişilebilen yazılım araçlarına web servisi denir. Web servisleri farklı platformlarda geliştirilmiş sistemler arasında haberleşmeyi sağlar (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 28.02.2013).

PTS bildirimleri, İTS bildirimlerinden bağımsızdır. Fakat PTS, İTS'nin yetkilendirme sistemini kullanmaktadır. Böylece tüm paydaşlar ek bilgi gerekmeksizin PTS web servislerini kullanmaktadır. İki adet PTS web servisi bulunmaktadır:

- *Paket Gönderme Servisi:* Fiziksel bir transferle ilgili hazırlanan paketin herhangi bir paydaşa gönderilebileceği web servisidir.
- *Paket Alma Servisi:* Fiziksel bir transfere ait bir paketin alıcısı tarafından alınabileceği web servistir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

1.5. İlaç Takip Sistemi'nin Amaçları

İTS'nin asıl amacı, ilacın her birimine **güvenle erişimin sağlanması ve bunun garanti altına alınmasıdır**. İTS ile piyasadaki tüm ilaçlar üretimden tüketime tüm aşamalarda bildirimlerle izlenir, Sağlık Bakanlığı'nın takibi altına alınır ve herhangi bir sorun olduğunda geri çekme gibi işlemlerle duruma müdahale edilir. İlaçların takibi ve izlenebilirliği ile birlikte ayrıca; sahte ve kaçak ilacın önüne geçilmesi, yasadışı ilaç satışının önüne geçilmesi, kupür sahteciliğinin ortadan kaldırılması ve akılcı ilaç kullanımı süreçlerinin desteklenmesi, piyasa kontrolü için ilaçlar hakkında veri sağlanması hedeflenmiştir (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 28.03.2013).

İTS sayesinde Türkiye'nin bilişim sektöründeki başarısını tüm dünyaya göstermek ve ulusal marka değerini arttırmak mümkün olmaktadır. Türkiye'de geliştirilen İlaç Takip Sistemi'nin uluslararası düzeyde uygulanması ve dünya standardının Türkiye tarafından belirlenmesi hedeflenmektedir (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 28.03.2013).

1.6. İlaç Takip Sisteminin Kapsamı

1.6.1. Paydaşlar

İlaç birimleri, üretimlerinden tüketimlerine geçtikleri her noktadan yapılan bildirimlerle İTS tarafından kayıt altına alınmakta ve bu bildirimlerle paydaşlar, işlem yaptıkları ilaç birimlerinin son durumunu ve sahiyet bilgisini İTS'ye iletmektedirler (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 03.03.2013).

İlaç Takip Sistemine bildirim yapmakla mükellef olan paydaşlar; üreticiler ve ithalatçılar, ihracatçılar, ecza depoları, eczaneler, ilaç sarf eden merkezler (Hastane, Aile Hekimi vs.) ve geri ödeme kurumlarıdır (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 03.03.2013).

1.6.2. Takip Edilecek Ürünler

İlaç Takip Sistemi "[Beşeri Tıbbi Ürünler Etiket ve Ambalajlama Yönetmeliği](#)"(Ek2) kapsamına giren ürünleri takip etmektedir. Kapsam dışında kalan ürünler yönetmelikte belirtildiği gibi; serumlar (periton diyalizi solüsyonları, tıbbi mamalar ve enteral beslenme ürünleri hariç olmak üzere), radyofarmasötikler, 8°'den daha soğuk ortamlarda bekletilmesi zorunlu olan soğuk zincir ürünleri, alerji aşılı gibi kişiye özel üretilmiş ilaçlardır (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 03.03.2013).

1.7. İlaç Takip Sistemi Çalışma Prensipleri

İlaç Takip Sistemi (İTS) genel olarak;

- Üretilen ya da ithal edilen ilaç birimlerinin üzerine karekod basılması,
- Karekod ile ilaç birimlerinin izlenebilirliğinin ve takibinin sağlanması,
- Taşıma birimleriyle, bu birimlerin içerdiği diğer taşıma birimleri ve ilaç birimlerinin ilişkisini tutan XML dosyasının Paket Transfer Servisi (PTS) kullanılarak paydaşlar arasında paylaşılması,
- İlaç birimlerine ait aksiyon tipi ve karekod bilgisinin İTS'ye web servisleri kullanılarak bildirilmesi prensiplerine göre çalışır (<http://itsportal.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 04.03.2013).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

İlaç Takip Sistemi ile ilgili yapılan bu çalışmada, sistemin direkt kullanıcıları olan eczacılarla yüz yüze görüşmeler yapılarak sistemle ilgili görüşleri alınmış ve sistemin sağladığı yararlar, sistemde var olduğu düşünülen eksiklikler ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Daha önce İlaç Takip Sistemi ile ilgili kullanıcılarla görüşülerek sistemin yararlarını ve eksikliklerini belirlemeye yönelik her hangi bir çalışma yapılmamış olması bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Çalışmanın sonucunda elde edilen bilgilerle hem sistemin gelişmesine katkıda bulunmak hem de kullanıcılara yarar sağlanması amaçlanmaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı bir araştırma niteliği taşıyan bu çalışmanın evrenini Ankara ilinde Sıhhiye ilçesinde bulunan eczaneler oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeden Sıhhiye bölgesinde faaliyet gösteren tüm eczanelerle görüşmeler yapılmış, anket formuna yanıt veren 40 eczacı oluşturmaktadır. Bu çalışma 1 Nisan 2013-10 Nisan 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

2.3. Yöntem ve Veri Toplama Aracı

Tanımlayıcı türde kesitsel bir saha çalışması olarak planlanan bu çalışmada, literatür araştırması sonucunda sistemi kullanan kişilerin görüşlerini belirlemeye yönelik hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Hazırlanan bu anket formunun Ankara ili Çankaya ilçesi Sıhhiye semtinde faaliyet gösteren 49 (kırk dokuz) eczanede yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanması planlanmış ve bu eczanelerdeki eczacılara ulaşılmıştır.

Eczacılarla yapılan yüz yüze görüşme sonucunda elde edilen anket verileri SPSS paket programına girilerek gerekli analizler yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede öncelikle çalışmaya katılan eczacıların tanımlayıcı bilgileri elde edilmiş, daha sonra İlaç Takip Sistemi ile ilgili düşünceleri değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Ankara ili Çankaya İlçesi Sıhhiye semtinde hizmet sunan 49 eczane ile görüşülmüş, 40 eczane çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Çalışmaya katılan 40 eczacıdan elde edilen veriler doğrultusunda, bu bölümde ilk kısımda eczacıların tanımlayıcı bilgilerine, ikinci bölümde ise İlaç Takip Sistemi ile ilgili değerlendirmelerine yer verilmiştir.

3.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya toplam 40 eczacı katılmıştır. Tablo 2’de görüldüğü üzere, bu eczacıların % 57,5’i kadın ve % 42,5’i erkektir.

Tablo 2. Eczacıları Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kadın	23	57,5
Erkek	17	42,5
Toplam	40	100,0

Tablo 3’te araştırmaya katılan eczacıların yaş gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Ankete katılan katılımcıların yaş ortalamalarındaki dağılımına bakıldığında %25,0’inin 20-30 yaş aralığında, %27,5’inin 31-40 ve 51 ve Üstünü oluşturmuştur. Ayrıca katılımcıların en düşük yüzdeyle 41-50 (%20) yaş aralığı oluşturmuştur.

Tablo 3. Eczacıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı(n)	Yüzde(%)
20-30	10	25,0
31-40	11	27,5
41-50	8	20,0
51 ve Üstü	11	27,5
Toplam	40	100,0

Tablo 4’te katılımcıların mezun olduğu okullara göre dağılımına bakıldığında Gazi Üniversitesinden mezun olanlarının oranı % 30,0, Ankara Üniversitesinden mezun olanların oranı % 27,5 ve Hacettepe Üniversitesinden mezun olanların oranı % 25,0 ile en yüksek oranları oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra katılımcıların mezun olduğu okullar sıralamasında en düşük oranı % 5 ile İstanbul ve Marmara Üniversitesi oluşturmaktadır.

Tablo 4. Eczacıların Mezun Oldukları Üniversiteye Göre Dağılımı

Üniversite	Sayı(n)	Yüzde(%)
Ankara Üniversitesi	11	27,5
Ege Üniversitesi	3	7,5
Gazi Üniversitesi	12	30,0
Hacettepe Üniversitesi	10	25,0
İstanbul Üniversitesi	2	5,0
Marmara Üniversitesi	2	5,0
Toplam	40	100,0

Tablo 5’te ankete katılan katılımcılara ne kadar süredir bu mesleği icra ettirdikleri sorulmuştur ve 11-20 (%40,0’ni), 1-10 (%25,0’ni) örneklemin çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Tablo 5. Ankete katılanların Demografik Özelliklerine Göre Eczacılık Sürelerinin Dağılımı

Kaç yıllık eczacısınız?	Sayı(n)	Yüzde(%)
1-10	10	25,0
11-20	16	40,0
21-30	7	17,5
31-41	7	17,5
Toplam	40	100,0

3.2. İlaç Takip Sistemi ile İlgili Değerlendirmeler

Tablo 6’da ankete katılan katılımcıların “İlaç Takip Sistemi” ile ilgili ifadelerle vermiş oldukları cevaplar yer almaktadır. Verilen cevaplar değerlendirilirken, her ifade için “katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” ifadeleri dikkate alınmıştır. Buna göre; katılımcıların % 87,5’i ilaç takip sisteminin ilaç israfını önlediğini, % 62,5’i akılcı ilaç kullanımını desteklediğini, % 95’i sahte ilacı engellediğini, % 92,5’i kaçak ilacı engellediğini, % 95’i ambalaj ve kupür sahteciliğini engellediğini, % 82,5’i ilaç hırsızlığını engellediğini, % 75’i eczanelerin ilaca güvenle ulaşmasını sağladığını, % 57,5’i uyuşturucu ile mücadeleyi desteklediğini, % 57,5’i ambalajı kesilen ilaçların düşme ve kırılma sebebi ile kullanılamaz hale gelmesini engellediğini, % 62,5’i vergi kaçakçılığını önlediğini, % 52,5’i belirli dönemlerde ilaçta oluşan karaborsayı engellediğini, % 70’i piyasadan toplatılacak olan ürünler hakkında anlık ve kesin bilgiler sağladığını, % 65’i hastalar açısından ilaç ile ilgili doğabilecek sorunlarının önüne geçtiğini, % 52,5’i paydaşlar arası etkin bir iletişim sağladığını, % 77,5’i piyasa kontrolü için veri aktarımı sağladığını, % 67,5’i ilaç endüstrisinin yönetimi için etkin rapor hazırlanmasına katkıda bulunduğunu, % 77,5’i anlık güncel veriler sayesinde daha tutarlı tahminler yürütülmesini ve daha hızlı kararlar alınmasını sağladığını, % 57,5’i eczanelerde daha iyi hizmet verilmesini sağladığını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 32,5’i sistemin düzgün çalıştığını, % 47,5’i sistemde oluşan aksaklıkların kısa sürede giderildiğini, % 50’si sistem ile eczane giderlerinde azalma sağlandığını, % 72,5’i sistemin eczanelerdeki iş yükünü azalttığını

belirtmişlerdir. Katılımcıların % 72,5’i ilaç takip sistemini genel olarak başarılı bulurken, % 87,5’i sistemin daha güvenilir hale getirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların % 65’i ise Türkiye’de geliştirilen ilaç takip sisteminin tüm dünyaya örnek olabilecek bir sistem olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 6. İlaç Takip Sistemiyle İlgili Değerlendirmelerin Dağılımı (%)

İlaç Takip Sistemi İle İlgili İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Toplam (%)
İlaç israfını önlemektedir.	2,5	7,5	2,5	32,5	55,0	100,0
Akılcı ilaç kullanımını desteklemektedir.	5,0	5,0	27,5	37,5	25,0	100,0
Sahte ilacı engellemektedir.	0,0	2,5	2,5	25,0	70,0	100,0
Kaçak ilacı engellemektedir.	0,0	2,5	5,0	22,5	70,0	100,0
Ambalaj ve kupür sahteciliğini engellemektedir.	0,0	0,0	5,0	25,0	70,0	100,0
İlaç hırsızlığını engellemektedir.	2,5	0,0	15,0	32,5	50,0	100,0
Eczanelerin ilaca güvenle ulaşmasını sağlamaktadır.	2,5	2,5	20,0	32,5	42,5	100,0
Uyuşturucu ile mücadeleyi desteklemektedir.	2,5	15,0	30,0	25,0	27,5	100,0
Ambalajı kesilen ilaçların düşme ve kırılma sebebi ile kullanılamaz hale gelmesini engellemektedir.	2,5	15,0	25,0	30,0	27,5	100,0
Vergi kaçakçılığını önlemektedir.	12,5	12,5	12,5	40,0	22,5	100,0
Belirli dönemlerde ilaçta oluşan karaborsayı engellemektedir.	10,0	7,5	30,0	25,0	27,5	100,0
Piyasadan toplatılacak olan ürünler hakkında anlık ve kesin bilgilere ulaşılmasını sağlamaktadır.	5,0	7,5	17,5	32,5	37,5	100,0
Hastalar açısından ilaç ile ilgili doğabilecek sorunlarının önüne geçmektedir.	10,0	7,5	17,5	42,5	22,5	100,0
Paydaşlar arası etkin bir iletişim sağlamaktadır.	10,0	10,0	27,5	32,5	20,0	100,0
Piyasa kontrolü için veri aktarımı sağlamaktadır.	7,5	5,0	10,0	40,0	37,5	100,0
İlaç endüstrisinin yönetimi için etkin rapor hazırlanmasına katkıda bulunmaktadır.	7,5	12,5	22,5	32,5	35,0	100,0
Anlık güncel veriler sayesinde daha tutarlı tahminler yürütülmesi ve daha hızlı kararlar alınmasını sağlamaktadır.	0,0	12,5	10,0	40,0	37,5	100,0
Eczanelerde daha iyi hizmet verilmesini sağlamaktadır.	7,5	7,5	27,5	25,0	32,5	100,0
Sistem düzgün çalışıyor.	5,0	27,5	35,0	15,0	17,5	100,0
Sistemde oluşan aksaklıklar kısa sürede gideriliyor.	7,5	17,5	27,5	25,0	22,5	100,0
Sistem ile eczane giderlerinde azalma sağlanmıştır.	10,0	17,5	22,5	30,0	20,0	100,0
Sistem eczanelerdeki iş yükünü azaltmıştır.	10,0	10,0	7,5	37,5	35,0	100,0
Sistem genel olarak başarılıdır.	5,0	7,5	15,0	40,0	32,5	100,0
Sistem daha güvenilir hale getirilmelidir.	2,5	2,5	7,5	40,0	47,5	100,0
Tüm dünyaya örnek olabilecek bir sistem olduğunu düşünmekteyim.	5,0	7,5	22,5	37,5	27,5	100,0

4. Sonuç ve Değerlendirme

İlaçla tedavi yönteminin gelişmesi, ilaç giderlerinde artış gözlemlenmesi gibi durumların ortaya çıkması; ilaçta oluşan karaborsayı, sahteciliği ve kaçakçılığı engellemek amacıyla gelişen dünya teknolojisine paralel olarak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından kısa adı İTS olan İlaç Takip Sistemi adı altında bir yazılım geliştirilmiştir. Bu yazılım ile ilacın üretim tesislerinden çıkıp ecza depolarına taşınması ile birlikte, daha sonrada eczanelerin ve hastaların ilaca daha güvenli şekilde ulaşmasını sağlamak amaçlanmıştır.

Araştırma gerekli literatür araştırmasından tamamlanmasından sonra sahaya inilerek Ankara ili Çankaya ilçesi Sıhhiye semtinde 40 eczacıya 2 bölüm ve 29 sorudan oluşan bir anket düzenlemiştir. Ankete katılan eczacıların çoğunluğu kadındır. Eczacıların yaş ortalamalarına bakıldığında 30 yaş ve üzerini oluşturmaktadır. Bu bölgede faaliyet gösteren eczacılar büyük bir çoğunluğunun Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun olmuştur. Eczacıların büyük bir kısmı meslekte geçirilen süre on yıldan fazladır.

Yapılan anketlerde çıkan sonuçlar göz önünde alındığında eczacıların büyük bir kısmı bu yöntemle ilaç israfını önlediğini, akılcı ilaç kullanımının desteklendiğini, sahte ilacı, ambalaj ve kupür sahteciliğini, ilaç hırsızlığını, ambalajı kesilen ilaçların düşme kırılma sebebi ile kullanılamaz hale gelmesini engellediğini düşünmektedirler. Ankette katılan eczacılar verdiği yanıtlara göre en dikkat çekici olanı ise uyuşturucu ile mücadeleyi ve belirli dönemlerde karaborsayı engellediği konusunda kararsız kaldıklarıdır.

Eczacılara yönetimle ve paydaşlar arası etkileşim ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Sonuçlara baktığımızda sistemin vergi kaçakçılığını önlediğini, piyasadan toplatılacak olan ürünler hakkında anlık ve kesin bilgiye ulaşıldığı, güncel veriler sayesinde daha tutarlı tahminler yürütülmesini sağladığını düşünmektedirler. Bununla birlikte paydaşlar arası etkin bir iletişim sağladığını, piyasa kontrolü için veri aktarımını, ilaç endüstrisinin yönetimi için etkin rapor hazırlanmasını ve eczanelerde daha iyi hizmet verildiğini düşünmektedirler.

Sistemin etkin ve verimli olup olmadığı hakkında eczacıların düşünceleri sorulduğunda; eczacılar sistemin düzgün çalıştığını, neden olduğu aksaklıkların kısa sürede giderildiği, giderlerde azalma sağladığını, iş yükünü azalttığını, başarılı olduğunu ve tüm dünyaya örnek teşkil edebilecek bir sistem olduğu konusunda katılmışlardır. Ancak sistemin daha güvenilir hale getirilmesini istemektedirler.

Araştırmanın bulguları değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular araştırmanın örnekleme ile sınırlı kalmıştır. Araştırma sonuçlarının tüm bireyler için genelleştirilebilmesi ve kabul görebilmesi için bu alanda daha fazla çalışmanın yapılması gerekmektedir. Bu tür araştırmanın farklı bölgelerde gerçekleştirilmesi ilaç takip sisteminin daha verimli kullanımı açısından daha genel veriler sağlanacaktır.

Kaynaklar

1. Bayraç, B. *Türkiye’de İlaç Pazarının Gelişimi ve Karaman İli Örneği*. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
2. İbrahim, S.A. ve Mostafa, N.A. 2011. Using Multi-Agent Systems for Securing Pharmaceutical Supply Chains. *International Journal of Economics and Researches*, 2(2): 109-123.
3. İhracat Genel Müdürlüğü. 2010. *Kimya Ürünleri ve Özel İhracat Daire Başkanlığı Sektör Raporu*. Ankara.
4. İlaç Takip Sistemi Portalı. <http://itsportal.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 27.02.2013).
5. Pınar, N. 2012. *Ülkemizde İlaç Harcamaları*. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(1): 59-65
6. T.C.Sağlık Bakanlığı. 2012. *PTS Çalışma Prensipleri*. Ankara.
7. TOBB, 2012. *Türkiye İlaç Sanayi Meclisi Sektör Raporu*. Ankara.
8. Yorulmaz, M., Altuncan, S.M., Yasemin, A. ve Keleş, N. 2012. Türkiye’de İlaç Takip Sistemi (İTS) Uygulaması ve Çalışma Biçimi. *Akademik Bilişim '2012*, 1-3 Şubat 2012, Uşak Üniversitesi, Uşak.
9. <http://www.adanaeo.org.tr/dosyalar/AEO.pdf> (Erişim Tarihi: 22.04.2013)
10. <http://www.akilciilac.gov.tr/index.php> (Erişim Tarihi: 24.01.2013)

**TEKNOLOJİ KULLANILABİLİRLİK DURUMU VE BİREYSEL TEKNOLOJİK
HAZIRLOŞUN ELEKTRONİK BELGE YÖNETİM SİSTEMİ (EBYS)
KULLANIMINA ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

*Fatma MANSUR**

*Dilek USLU***

ÖZET

Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS), kurum ve kuruluşların iş ve işlemlerini yerine getirirken yapmış oldukları tüm yazışmaların orijinal özelliklerinin ve içeriklerinin korunarak elektronik ortamda oluşturulması, gönderilmesi, saklanması kısacası yönetilmesini sağlayan sistemdir. Araştırmada kullanıcıların teknoloji kullanılabilirliğine dair görüşleri ve teknolojik hazıroluş düzeyleri ile EBYS kullanıp kullanma durumları arasındaki farklılık incelenmiştir. Araştırmanın örneklemini Ankara’da bir üniversite hastanesinde görev yapan 189 idari personel oluşturmaktadır. Araştırmanın bulgularına göre teknoloji kullanılabilirliğini ait boyutlardan etkin kullanılabilirlik, öğrenilebilirlik, yardımcı olma, memnuniyet ve kullanım kolaylığı boyutları ve teknolojik hazıroluş alt boyutlarından rahatsızlık ve güvensizlik ile EBYS kullanıp kullanmama durumu arasında istatistikî olarak farklılık bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *teknoloji kullanılabilirliği, teknolojik hazıroluş, elektronik belge yönetim sistemi*

*Arş. Gör., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fatma.akdemir@gazi.edu.tr

**Arş. Gör., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, duslu@gazi.edu.tr

A RESEARCH ON DETERMINING THE EFFECTS OF TECHNOLOGY USABILITY AND INDIVIDUAL TECHNOLOGY READINESS TO UTILIZATION STATUS OF ELECTRONIC DOCUMENT MANAGEMENT SYSTEM (EDMS)

ABSTRACT

Electronic Document Management System (EDMS) is software which is utilized for writing, sending and storing, briefly managing the processes and operations of the corporations and institutions. In this empirical research, the statistical differences are investigated between users' concerns about usability of mentioned technology, users' technological readiness levels and users' utilization status of EDMS. The research sample is formed by 189 administrative staff of a university hospital in Ankara. According to findings, significant statistical differences are found between some dimensions of technology usability (usability effectiveness, learnability, helpfulness satisfaction), some dimensions of technology readiness (discomfort and insecurity) and the utilization status (user, nonuser) of EDMS.

Key Words: *technology usability, technology readiness, electronic document management system*

1. Giriş

Küreselleşme ile birlikte artan rekabet, işletmelerin yönetim anlayışlarını gözden geçirmelerini zorunlu kılmıştır. Günümüzde bilgisayar ve iletişim teknolojilerinin hayatın her alanında yoğun olarak kullanılması ile klasik işletme anlayışından bilgi işletmesi anlayışına geçiş süreci iyice hızlanmıştır. İşletmeler artık sahip oldukları bilgi ile rekabet ortamı oluşturmaktadırlar. Sahip oldukları örtük ya da açık her türlü bilgiyi daha verimli kullanan organizasyonlar, daha dinamik bir iş ortamına sahip olmaktadır (Odabaşı, 2005:119).

Bilgi çok önemli stratejik bir güçtür ve bu nedenle iyi yönetilmesi gerekmektedir. Küresel rekabetin şiddetini her geçen gün artırdığı günümüzde rekabet üstünlüğünü elde etmek için karar üstünlüğüne, karar üstünlüğünü elde etmek için bilgi üstünlüğüne sahip olmak gerekmektedir, bilgi üstünlüğüne sahip olmak için ise iyi bir bilgi yönetimi gerçekleştirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Teknoloji, insan ve prosedürlerin iç içe yer aldığı karmaşık bir süreç olan bilgi yönetiminin önemli bir bileşeni olan EBYS, kurumda yıllardır süre gelen doküman yönetimi kültürünü değiştirerek geliştirirken, kuruma da çok önemli faydalar sağlamaktadır (Önaçan, Medeni ve Özkanlı, 2012: 1).

Teknoloji açısından bakıldığında, bir kurumda teknolojinin mevcut olması o teknolojinin etkin ve verimli olarak kullanıldığını göstermemektedir. Teknolojinin etkin ve verimli kullanımı yani teknoloji entegrasyonu birçok bileşeni içermektedir. Teknoloji kabul ve kullanımına yönelik pek çok teori bulunmakta ve çalışanların teknolojiyi kabul etmesi ve kullanmasını açıklamaya yönelik çalışmaların temelinde yer almaktadır (Ajzen ve Fishbein, 1977; Davis, 1986; Davis, 1989, Ajzen, 1991; Thompson, Higgins ve Howel, 1994; Taylor ve Todd, 1995; Rogers, 1995; Venkatesh, Moris, Davis ve Davis, 2003)

Teknolojinin kabulü ve kullanımı donanım, yazılım, alt yapı, yönetsel faktörler, kolaylaştırıcı durumlar, sosyal normlar gibi birçok faktörü barındırmaktadır. İnsan yani kullanıcı olarak değerlendirildiğinde ise, kullanıcıların teknolojinin kullanılabilirliğine yönelik algıları ve teknolojik hazıroluş durumları da yeni teknolojilerin kabul ve kullanımını etkileyen diğer unsurlar arasında yer almaktadır.

1.1. Elektronik Belge Yönetim Sistemi

Bilişim teknolojilerinin iş hayatında daha fazla kullanılmaya başlanması ile elektronik ortamda, fiziksel ortama (kâğıt ortam) oranla, gün geçtikçe daha fazla belgenin üretilir ve depolanır olması, üstelik de üretilen belgenin sayısının sürekli olarak artması daha büyük ve daha organize olmuş sistemlerin kullanılması ihtiyacını doğurmaktadır. Elektronik ortamın sağladığı avantajlardan faydalanmak maksadıyla dünyada ve Türkiye’de gün geçtikçe daha çok organizasyonun elektronik belge kullanır olması, küreselleşmenin de etkisiyle bu alanda uluslararası standartlara uygun işlem yapma gerekliliği ve değişime ayak uydurmak maksadıyla hükümetin yapmış olduğu düzenlemeler ile yayımladığı planlar ve mevzuat, organizasyonları EBYS kullanımına zorlamaktadır (Önaçan, Medeni ve Özkanlı, 2012:13).

EBYS, kurumların iş süreçlerinde yasal hükümler çerçevesinde iş ve işlemlerini yerine getirirken ürettikleri/aldıkları her türlü bilgi ve belgenin orijinal özelliklerinin ve içeriklerinin korunarak, delil sayılabilecek ve hesap vermeye temel olacak biçimde, elektronik ortamda yönetilmelerinin sağlanması süreçlerinin bütününden oluşan sistemlerdir (Özdemirci ve Bayram, 2012).

EBYS’ler ile yapılmaya çalışılan; kâğıtların, belgelerin düzene sokulmasından çok, bilginin yönetilmesi gayretidir. Yapılması gereken, mümkün olduğunca çok bilginin elektronik ortamda ele geçirilmesi, kaydedilmesi ve organize edilmesidir (Freedman,2005:2).

EBYS kamu harcamalarında tasarrufu; kurum içi ve kurumlar arası belge üretiminde standart uygulamaları; kamu kurumlarında hesap verilebilirliği; kurum içi ve kurumlar arası hızlı ve etkili iletişimi; belgenin üretimi, yeniden kullanımı, saklama, koruma ve imha işlemlerinin en doğru, sağlıklı, hızlı ve kolay yürütülmesini; kurumsal hafızanın korunmasını ve geleceğe aktarılmasını sağlamak ve iş ve hizmet akışının kontrolünü sağlayarak karar verme sürecine destek olmak amacıyla “kamuda elektronik kayıt yönetimi” adı altında E-devlet uygulamalarının bir bileşeni olarak 2005 yılı E-dönüşüm Eylem Planında yerini almıştır.

EBYS’nin kurumda yapılandırılması sürecinde, standartların önemli ölçüde belirlenmiş olması ve bu konuda tecrübeli firmaların geliştirmiş olduğu yazılımların bulunması sebebiyle piyasadan ihtiyaçları karşılayacak bir EBYS temin edilmesinde büyük bir güçlük yaşanmayacağı değerlendirilmektedir. Ancak bu aşamada titizlikle üzerinde durulması gereken husus kurumun iş süreçleri ile uygulama yazılımının uyumlaştırılabilmesi ve daha da önemlisi personelin bahse konu sistemi kabullenmesinin sağlanmasıdır (Önaçan, Medeni ve Özkanlı, 2012: 23).

1.2. Teknoloji Kullanılabilirliği

Uluslararası Standartlar Örgütüne (ISO) göre kullanılabilirlik; bir ürünün belirli amaçları gerçekleştirmek üzere kullanıcılar tarafından etkin, verimli ve tatmin edici biçimde kullanılabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Çakmak, Güneş, Çiftçi ve Üstündağ, 2011: 32).

EBYS’nin etkili ve verimli çalışması, diğer Bilgi Yönetim Sistemlerinde de olduğu gibi, ortaya konulan yazılımın kullanılabilir olmasına bağlıdır. Türk Standartları Enstitüsü’nün tanımladığı ISO 9241 no’lu standardın bir bölümü olan "Kullanılabilirlik Kılavuzu"na göre; kullanılabilirlik, bir ürünün belirli kullanıcılar tarafından belirli amaçlarla etkili, verimli ve belirli bir kullanım çerçevesinde memnuniyetle kullanabilme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bir ürünün etkili olarak kullanılması, kullanıcıların belirli amaçlardaki

doğruluk ve bütünlüğe ulaşması; verimli olarak kullanılması ise ulaşılan amaçların doğruluk ve bütünlüğü için harcanan kaynakların ölçülmesi ile değerlendirilir (ODTÜ, 2014).

Literatürde birçok farklı tanımı mevcut olan kullanılabilirlik çok boyutlu bir kavramdır. Temel olarak kullanıcıların donanım ve yazılım unsurlarından oluşan sistem arayüzlerini hızlı ve kolay bir şekilde kullanabilmelerini mümkün kılar. Kullanılabilirlik; etkinlik, verimlilik, öğrenilebilirlik, hatırlanabilirlik, hata, memnuniyet, esneklik ve tutum gibi çeşitli parametrelerle incelenebilmektedir (Rubin, 1994).

Teknolojinin kullanılabilirliğini sorgulama yöntemi ile ölçmek için birçok kriter bulunmaktadır. Ancak araştırma kapsamında kullanılacak olan SUMI (Software Usability Measurement Inventory) kullanılabilirliğe dair 9 boyutu kapsamaktadır. Bu boyutlar; *etkin kullanılabilirlik, öğrenilebilirlik, yardımcı olma, anlaşılabilirlik, güvenlik, bireyselleştirme, tasarım, memnuniyet ve kolay kullanılabilirliktir.*

- **Etkin kullanılabilirlik**, sistemin en verimli şekilde kullanılabilmesi ve sistemin işleri kolaylaştırması ve bu işlemleri güvenli bir şekilde veri kaybı olmadan gerçekleştirmesidir. Yazılımın giriş ve çıkış aygıtlarına etkili bir biçimde yanıt verebilmesi, yazılımın beklenmedik bir şekilde çalışmasını durdurması, yazılım kilitlenmesi durumunda yazılım ve kullanıcıların yapabilecekleri, yazılımda kullanıcıların o an ne yapabildiğini bilip bilmemesi yani bir yazılımın fonksiyonunu kullanırken onu bilerek kullanıp kullanmaması gibi hususlar ayrıca yazılımın, diğer birimlerle eş zamanlı olarak çalışıp çalışmadığı ortaya konulmuştur (Yılmaz ve Demirkan, 2012:24).
- **Öğrenilebilirlik**, kullanıcıların sistemi kısa bir sürede, kolaylıkla öğrenebilmeleri, ilk kullanmaya başladıklarında dahi sorunla karşılaşmamaları, uygulamaların akılda kalması ve herhangi bir eğitime ihtiyaç duymadan kendi kendilerine kullanabilmeleridir.
- **Yardımcı olma**, kullanılan sistemde kullanıcıları yönlendirecek yönergelerin ve yardım menüsünün olup olmadığıyla ilgilidir. Kullanım sırasında bir sorunla karşılaşıldığında bu sorunu çözmeye yarayacak pratik, çok karışık olmayan, anlaşılır yardım menüsü ve hata mesajlarının bulunmasıdır.
- **Anlaşılabilirlik** faktörü yazılımda sunulan sistem bilgilerinin açık ve anlaşılır olması, yazılım menülerinin ve fonksiyonlarının kullanıcıların anlayabileceği şekilde tasarlanması, yazılımda kullanılan fonksiyon ve işlevlerin kullanıcılar tarafından nasıl kullanılacağını ve kullanım sonunda ortaya çıkan sonuçları anlayabilmesi, yazılımın sağladığı bilgileri anlayarak, çıkarımlar yapabilmesi ve özellikle yazılımda meydana gelen hatalar sonucunda ortaya çıkan hata mesajlarının kullanıcılar tarafından anlaşılabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Demirkan, 2012: 25).
- **Güvenlik** faktörü, sistemin hem kendi sistem işleyişi içerisinde güvenli olması hem de kullanıcılar açısından kullanımda kendilerini güvende hissetmeleridir. Yazılımın veri güvenliği olması oldukça önemlidir. Veri güvenliği, verilerin kaybının gerçekleşmemesi ya da böyle bir durum karşısında verilerin yedekleri vasıtasıyla geri döndürülebilmesi, her hangi bir elektrik kesintisinde devreye girecek kesintisiz güç kaynağı vasıtası ile sistemde meydana gelecek aksaklığın önüne geçilmesi, verilerin kurumdan kuruma ya da bölümden bölüme gönderilirken güvenli bir şekilde kriptolu olarak gönderilmesidir (Yılmaz ve Demirkan, 2012: 25).

- **Bireyselleştirebilme** faktörü ise sistemin, standart görüntüsünden farklı olarak kullanıcının dilediği şekilde renk, boyut, arka plan vb. unsurları değiştirebilmesine imkân sağlamasıdır.
- **Tasarım** faktörü yazılımın menü renklerini, menü tasarımını, kullanılan yazı tipi ve büyüklüğünü ayrıca yazılımda kullanılan dili kapsar.
- **Memnuniyet** faktörü, sistemini kullananların, sistemi tatmin edici bulması, sistemi kullanmaya yönelik istek duyması, yazışmalarda geleneksel yazışma şekli yerine bu yazışma türünü tercih etmesi ve arkadaşlarının da kullanması için onlara yazılımın avantajlarını anlatarak tavsiye etmesi gibi unsurları kapsamaktadır.
- **Kullanım kolaylığı** ise adından da anlaşılacağı üzere sistemin kullanım açısından kolay olması, tasarımının basit ve anlaşılır olması gibi durumları kapsamaktadır.

1.3. Teknolojik Hazıroluş

İnsanların sahip oldukları özellikler teknolojiye karşı bakış açılarını da değiştirmektedir. 2000 yılında Parasuraman tarafından, kişilerin teknolojiye karşı kendilerini ne ölçüde hazır hissettiklerini ve teknolojiye yönelik bakış açılarını belirlemek üzere Teknolojik Hazıroluş Endeksi olarak adlandırılan bir ölçek geliştirilmiştir (Parasuraman, 2000). Bu ölçekte Parasuraman teknolojik hazıroluşu “kişinin işinde ve özel hayatındaki amaçlarını başarmak amacıyla yeni teknolojileri kullanma ve benimseme eğilimi olarak” tanımlamaktadır. Buna göre, kişinin teknolojik hazıroluşu, teknolojiye karşı olumlu ve olumsuz duygularının da bileşimidir.

Parasuraman tarafından kavramlaştırılan Bireysel Teknolojik Hazıroluş dört bileşenden oluşmaktadır (Parasuraman, 2000):

- **İyimserlik (Optimism):** Teknolojiye karşı olumlu bakış açısına sahip olma ve teknoloji sayesinde kişinin, hayatının kontrolünü, esnekliğini ve etkililiğini artıracığına yönelik inancıdır.
- **Yenilikçilik (Innovativeness):** Yeni teknolojiyi ilk kullanan olma, teknoloji öncüsü ya da lideri olma eğilimidir.
- **Rahatsızlık (Discomfort):** Teknoloji üzerinde kontrol eksikliği algılamak ve kendini teknoloji karşısında ezik hissetmektir diğer bir ifadeyle tam kontrol sağlayamama duygusu ile birlikte kişinin bunalmasdır.
- **Güvensizlik (Insecurity):** Gizlilik ya da kişisel nedenlerle teknolojiye güvenmeme ve onun yapabileceklerine karşı şüpheli olma eğilimidir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Ankara’da bir üniversite hastanesinde çalışan idari personelin teknolojinin kullanılabilirliğine dair görüşleri ve bireysel teknolojik hazıroluş durumları yeni uygulamaya konulan EBYS kullanıp kullanmamaları arasında bir farklılık bulunup bulunmadığı ortaya koymaya çalışmaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Üniversite bünyesinde Ocak 2014 tarihinden itibaren uygulamaya konulan EBYS Tıp Fakültesi ve Hastane bünyesinde kullanıcı sayısı (akademik ve idari personel olmak üzere) 1287’dir. Araştırmaya sadece idari personel dâhil edilmiştir. Ancak EBYS’de bir personelin

birden fazla kullanıcı adı bulunmaktadır. Çünkü bir personel aynı zamanda birden fazla Anabilim Dalı yazışmalarını gerçekleştirmektedir. Dolayısıyla idari personel kullanıcı sayısı ile ilgili net bir bilgi olmamakla birlikte, hastane bünyesinde idari görev yapan ve EBYS kullanan kullanıcılara anketler dağıtılmış olup, 189 anketin geri dönüşü sağlanmış ve değerlendirilmeye alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veriler katılımcılara uygulanan anket yolu ile sağlanmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ait demografik bilgiler yer almaktadır. İkinci bölümde EBYS'nin kullanılabilirliğini ölçmek amacıyla Jurek Kirakowski tarafından 90'ların sonunda geliştirilen ve Yılmaz ve Demirkan (2012) tarafından Türkçeye uyarlanarak, hastane yönetim ve bilgi sistemlerinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan SUMI (Software Usability Measurement Inventory) uygulanmıştır. SUMI araştırmacılar tarafından devlet hastanesinde 20 sağlık personeli üzerinde ön teste tabi tutulmuş ve Cronbach Alpha Güvenlik Katsayı değeri 0.921 olarak bulunmuştur. Uygulanan anket etkin kullanılabilirlik, öğrenilebilirlik, yardımcı olma, anlaşılabilirlik, güvenlik, bireyselleştirebilme, tasarım, memnuniyet ve kullanım kolaylığı olmak üzere 9 kullanılabilirlik faktörünü içermektedir. Üçüncü bölümde ise katılımcıların bireysel teknolojik hazıroluş düzeylerini belirlemek için Parasuraman tarafından geliştirilen ve bireylerin teknolojik hazıroluş düzeylerini iyimserlik, yenilikçilik, rahatsızlık ve güvensizlik olmak üzere dört boyutta inceleyen “Teknolojik Hazıroluş Ölçeği” uygulanmıştır. A. Parasuraman'ın orijinal Teknoloji Hazıroluş Ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır. Ancak Esen (2011) tarafından Türkçeye çevrilen ve faktör analizi yapılan ölçek 24 maddeye düşürülmüştür. Araştırmada Esen (2011) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan 24 maddelik ölçek kullanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmada kullanılan Teknoloji Kullanılabilirlik Ölçeğinin Cronbach Alpha Güvenlik Katsayı değeri 0,910, Teknoloji Hazıroluş Ölçeğinin Cronbach Alpha Güvenlik Katsayı değeri 0,813 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo 1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Veriler

Demografik Özellikler		n	%
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	134	70,9
	Erkek	55	29,1
<i>Medeni Durum</i>	Evli	124	65,6
	Bekâr	65	34,4
<i>Çalıştığı Birim</i>	İdari birim	68	36,0
	Poliklinik	81	42,9
	Yataklı Servis	40	21,2
<i>Yaş</i>	18-25	41	21,7
	26-35	109	57,7
	36-45	35	18,5
	46-55	4	2,1
<i>Öğrenim Durumu</i>	Lise ve dengi	99	52,4
	Ön lisans	49	25,9
	Lisans	36	19,0
	Lisansüstü ve doktora	5	2,6
<i>Çalışma Süresi</i>	1 yıldan daha az	1	,5
	1-5 yıl arası	86	45,5
	6-10 yıl arası	64	33,9
	11-15 yıl arası	32	16,9
	16 ve üzeri	6	3,2
<i>Elektronik Belge Yönetim Sistemi ile İlgili Eğitim Alma Durumu</i>	Eğitim Alan	89	47,1
	Eğitim Almayan	100	52,9
<i>Elektronik Belge Yönetim Sistemi ile İlgili Alınan Eğitimin Yeterlilik Durumu</i>	Yeterli	29	32,6
	Yeterli Değil	60	67,4

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %70,9'unun kadın, %65,6'sının evli, %57,7'sinin 26-35 yaş arasında ve %52,4'ünün lise ve dengi okul mezunu olduğu görülmektedir. İdari birim, poliklinik ve yataklı servislerde çalışanların oranları arasında büyük farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%79,4) çalışma süresi 1-10 yıl arası görülmektedir. Katılımcıların daha önce EBYS ile ilgili bir eğitim alıp almadıkları sorulmuş ve 189 katılımcıdan 89 katılımcı eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alan katılımcılara almış olduklarını eğitimi yeterli bulup bulmadıkları sorulmuş ve eğitim alan 89 katılımcıdan %67,4'ü almış oldukları eğitimin yeterli olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2 Katılımcıların Bireysel Teknolojik Hazıroluş Boyutları ve Elektronik Belge Yönetim Sistemi Kullanma Durumları

Boyutlar	Grup	n	ort.	Std.sapma	df	t	p
<i>İyimserlik</i>	Düşük	82	2,1220	,86624	187	-,142	,887
	Yüksek	107	2,1402	,88434			
<i>Yenilikçilik</i>	Düşük	85	2,0471	,85782	187	-1,213	,227
	Yüksek	104	2,2019	,88548			
<i>Rahatsızlık</i>	Düşük	86	2,3372	,86242	187	3,007	,003
	Yüksek	103	1,9612	,85086			
<i>Güvensizlik</i>	Düşük	89	2,3708	,78887	187	3,653	,000
	Yüksek	100	1,9200	,89533			

Tablo 2’de katılımcıların bireysel teknolojik hazıroluş boyutlarına göre EBYS kullanıp kullanmama durumları arasında fark olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. EBYS kullanma durumu bireysel teknolojik hazıroluş boyutlarından iyimserlik ve yenilikçilik özelliklerine göre bir farklılık göstermez iken, rahatsızlık ve güvensizlik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Buna göre rahatsızlık düzeyi düşük olan (n=86) katılımcıların, EBYSni kullanıp kullanmama durumlarına ilişkin ortalaması (2,3372) daha yüksek görülmektedir başka bir ifadeyle, rahatsızlık düzeyi düşük olan kişilerin EBYS kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (p=0,003). Aynı şekilde güvensizlik düzeyi düşük olan (n=89) katılımcıların, EBYS kullanıp kullanmama durumlarına yönelik ortalaması (2,3708) daha yüksek görülmektedir yani güvensizlik durumu ile EBYS kullanma arasında istatistikî olarak bir farklılık bulunmaktadır (p=0,000).

Tablo 3 Elektronik Belge Yönetim Sistemi Kullanılabilirlik Boyutları ve Elektronik Belge Yönetim Sistemi Kullanma Durumu

Boyutlar	Grup	n	ort	Std.Sapma	df	t	p
<i>Etkin Kullanılabilirlik</i>	Düşük	89	1,9663	,87190	187	-2,496	,013
	Yüksek	100	2,2800	,85375			
<i>Öğrenilebilirlik</i>	Düşük	72	1,9583	,89502	187	-2,167	,032
	Yüksek	117	2,2393	,84741			
<i>Yardımcı Olma</i>	Düşük	87	1,9655	,89505	187	-2,454	,015
	Yüksek	102	2,2745	,83437			
<i>Anlaşılabilirlik</i>	Düşük	67	2,0896	,91670	187	-,497	,620
	Yüksek	122	2,1557	,85300			
<i>Güvenlik</i>	Düşük	83	2,0482	,93579	187	-1,171	,243
	Yüksek	106	2,1981	,82138			
<i>Bireyselleştirebilme</i>	Düşük	70	1,9714	,91638	187	-1,954	,052
	Yüksek	119	2,2269	,83805			
<i>Tasarım</i>	Düşük	90	2,1667	,86440	187	,515	,694
	Yüksek	99	2,1010	,88635			
<i>Memnuniyet</i>	Düşük	74	1,8108	,91675	187	-4,234	,000
	Yüksek	115	2,3391	,78234			
<i>Kullanım Kolaylığı</i>	Düşük	65	1,9385	,96626	187	-2,230	,027
	Yüksek	124	2,2339	,80757			

Tablo 3'te EBYS kullanımının, teknoloji kullanılabilirlik boyutlarına göre bir farklılık gösterip göstermediğine dair bulgulara yer verilmiştir. Teknoloji kullanılabilirlik boyutlarından anlaşılabilirlik, güvenlik, bireyselleştirebilme ve tasarım boyutları ile EBYS kullanımı arasında istatistikî olarak bir farklılık bulunmamaktadır ($p=,620$, $p=,243$, $p=,052$, $p=,694$). Tablo 3'te görüldüğü üzere EBYS'nin etkin kullanıldığını ($n=100$, ortalama=2,2800), öğrenilebilir olduğu ($n=117$, ortalama=2,2393), kullanıcıya yardımcı olduğunu ($n=102$, ortalama=2,2745), sistemi kullanmaktan memnun olduklarını ($n=115$, ortalama=2,3391) ve sistemin kullanımının kolay olduğunu ($n=124$, ortalama=2,2339) belirten katılımcıların EBYSni kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yani teknoloji kullanılabilirliğinin etkin kullanılabilirlik, öğrenilebilirlik, yardımcı olma, memnuniyet ve kullanım kolaylığı boyutları ile EBYS kullanıp kullanmama durumu arasında istatistikî olarak farklılık bulunmaktadır ($p=,013$, $p=,032$, $p=,015$, $p=,000$, $p=,027$).

4. Tartışma ve Sonuç

Araştırma, Ankara'da bir üniversite hastanesinde görev yapan idari personel ile sınırlı tutulmuştur. Araştırmanın bulguları teknoloji kullanılabilirlik boyutlarından etkin kullanılabilirlik, öğrenilebilirlik, yardımcı olma, memnuniyet ve kullanım kolaylığı ile EBYS kullanıp kullanmama durumları arasında farklılık olduğunu göstermektedir. Araştırmanın diğer bir değişkeni olan teknolojik hazıroluş boyutlarından ise rahatsızlık ve güvensizlik ile EBYS kullanıp kullanmama durumları arasında farklılık görülürken, iyimserlik ve yenilikçilik boyutlarında bir farklılık görülmemektedir.

Araştırma sonuçlarına göre teknolojiye karşı güvensizlik ve rahatsızlık düzeyi düşük olan katılımcıların EBYS kullanma eğilimleri daha yüksek bulunmuştur.

EBYS'nin kullanılabilirliğine dair katılımcıların vermiş oldukları cevaplar değerlendirildiğinde ise bu teknolojinin etkin kullanılabilir, öğrenilebilir, kullanıcıya yardımcı olan, kullanımının kolay olduğunu düşünen ve kullanmaktan memnun olduğunu belirten katılımcıların bu teknolojiyi kullanma eğiliminin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların tamamına EBYS eğitiminin verilmediği, eğitimi alan katılımcıları da bu eğitimi yeterli bulmadıkları söylenebilir. Herhangi bir kurumda kullanılacak olan yeni bir teknolojiye yönelik kullanıcıların etkin ve etkili kullanımının sağlanması kullanıcıların o teknolojiyi benimsemelerine ve kullanmaya istekli olmalarına bağlıdır.

Kullanıcıların sisteme yönelik etkili bir hizmetiçi eğitim almaları, bu teknolojinin faydaları, kullanımı, öğrenilebilirliği konusunda onlara yardımcı olacak ve teknoloji kullanımına yönelik memnuniyet düzeylerini de artıracaktır.

Araştırmada EBYS kullanımını etkileyebileceği düşünülen iki değişkene yer verilmiştir ancak teknoloji kullanımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bundan sonraki araştırmalarda diğer boyutlar da ele alınarak daha bütünsel bir çalışma yapılabilir.

Araştırmaya idari personel dâhil edilmiştir. Sonraki çalışmalarda hem idari hem akademik personel dâhil edilerek örneklem sayısı artırılabilir.

Kaynaklar

- 1.AJZEN, Icek (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- 2.AJZEN, Icek, ve Martin Fishbein, (1977). Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918
- 3.ÇAKMAK, E.K., E. Güneş, S.,Çiftçi, M.T., Üstündağ (2011), Web Sitesi Kullanılabilirlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik, Güvenirlik Analizi ve Uygulama Sonuçları, *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 1(2), 31-40
- 4.DAVIS, Fred D., (1986). A Technology Acceptance Model for Empirically Testing New End User Information Systems: Theory and Result., (Unpublished Doctoral Dissertation). Sloan School of Management: Massachusetts Institute of Technology.
- 5.DAVIS, Fred D., (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- 6.ESEN, Murat (2011). Bireysel ve Kurumsal Hazıroluşun Teknoloji Kabulüne Etkisi: Elektronik İnsan Kaynakları Yönetiminde (E-İKY) Alanında Ampirik Bir Araştırma, (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- 7.FREEDMAN, Ellen (2005), The Paperless Office: Real or Legend?, Freedman Consulting Inc.
- 8.ODABAŞ, Hüseyin (2005), “*Bilgi Yönetimi Sistemi*”, Ed. Coşkun Can Aktan ve İstiklal Y. Vural, *Bilgi Çağı Bilgi Yönetimi ve Bilgi Sistemleri*, Çizgi Kitabevi, Konya,101-120
- 9.ODTÜ. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı İnsan Bilgisayar Etkileşimi Araştırma ve Uygulama Laboratuvarı <http://ibe.bidb.odtu.edu.tr/kullanilabilirlik>, Erişim tarihi: 02.06.2014.
- 10.ÖNAÇAN, M.B.K, T.D., Medeni ve Ö.,Özkanlı (2012). Elektronik Belge yönetim Sistemi (EBYS)’nin faydaları ve kurum bünyesinde EBYS Yapılandırmaya Yönelik Bir Yol Haritası. *Sayıştay Dergisi*, Sayı:85, Nisan-Haziran,1-26.
- 11.ÖZDEMİRCİ, Fahrettin ve Özlem Bayram (2012); “*Elektronik Belge Yönetimine Geçiş: Sistem Gereksinimleri ve Kurumsal Model Oluşturma Çalışması*”, [http:// 80.251.40.59/humanity.ankara.edu.tr/odemirci/? bil=bil_icerik&icerik_id=36](http://80.251.40.59/humanity.ankara.edu.tr/odemirci/?bil=bil_icerik&icerik_id=36), Erişim tarihi: 04.08.2014.
- 12.PARASURAMAN, A. (2000). *Technology Readiness Index (TRI) A Multiple-Item Scale to Measure Readiness to Embrace New Technologies. Journal of Service Research*, 2(4), 307-320.
- 13.ROGERS, Everett. M. (1995). “*Diffusion of innovations*” (Fifth Edition). New York: Free Press.
- 14.RUBIN, Jeffrey, (1994). *The handbook of usability testing: How to plan, design, and conduct effective tests. New York: John Wiley.*
- 15.THOMPSON, Ronald. L., C., Higgins ve J. Howell, (1994). "Influence of Experience on Personal Computer Utilization: Testing a Conceptual Model.". *Journal of Management Information Systems*, 11 (1), 167-187



- 16.TAYLOR, Shirley ve Peter A., Todd, (1995). “Understanding Information Technology Usage: A Test of Competing Models,” Information Systems Research, 6(4), 144-176.
- 17.VENKATESH, V., Morris, M., Davis, G., ve Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. MIS Quarterly, 27(3), 425-478.
- 18.YILMAZ, Mithat ve Alp Eren Demirkan (2012), Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. Bilişim Teknolojileri Dergisi, 5(3), Eylül, 19-27.

HASTANE YÖNETİM BİLGİ SİSTEMİNİN KULLANILABİRLİĞİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: ANKARA'DA BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

Dilek USLU*

Anıl TOYGAR**

Fatma MANSUR***

ÖZET

Bu çalışmada Ankara'da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde kullanılan hastane yönetim bilgi sisteminin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla SUMI (Software Usability Measurement Inventory) Yazılım Kullanılabilirliği Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekte kullanılabilirliğe yönelik dokuz faktör yer almaktadır. Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerine de yer verilmiştir. Pilot uygulamada Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,92 gibi yüksek bir rakam çıkan anketin verilerinin değerlendirilmesinde ise aritmetik ortalama, standart sapma ve t testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmıştır. Buna göre araştırmaya katılan personelin %52,5'i 38 yaş ve altında, %60,3'ü kadın, %68,8'i evli, %56,7'i idari personel ve %37,6'sı da 10 yıldan daha az iş tecrübesine sahiptir. Memnuniyet ve Kullanım Kolaylığı boyutları en yüksek puan ortalamasına sahip olup, en düşük ortalama Yardımcı Olmak faktörüne aittir. Güvenlik faktörü ile yaş faktörü arasında ve Kullanım Kolaylığı ile iş tecrübesi değişkeni arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

***Anahtar Kelimeler:** hastane yönetim bilgi sistemi, kullanılabilirlik, kullanılabilirlik faktörleri, kullanılabilirlik testi*

* Arş.Gör., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, duslu@gazi.edu.tr

** Arş.Gör., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, aniltoygar@gazi.edu.tr

*** Arş.Gör., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fatma.akdemir@gazi.edu.tr

ABSTRACT

In this study, Software Usability Measurement Inventory is used to measure the usability of a hospital management information system used in a training and research hospital in Ankara. There are 9 factors aimed at usability in measurement. Demographic features of the patients are also included in the study. mean, standard deviation, t test and one way variance analysis (Anova) are carried out to evaluate the data, Cronbach Alfa reliability co-efficient of which is found to be as high as 0,92 in pilot scheme. Accordingly, 52.5% of the personel attending the research is under 38, 60.3% is women, 68.8% is married, 56.7% is administrative personel, and 37.6% has less than 10 years of work experience. While “Satisfaction” and “Ease of Use” aspects have the highest mean, “Being Helpful” has the lowest mean. A statistically meaningful difference is determined between safety and age factor and between ease of use and work experience.

Key Words: hospital management information system, usability, usability factors, usability test

1. Giriş

Hastane bilgi yönetim sistemleri, Türkiye’de hem içinde bulunduğumuz AB entegrasyon süreci nedeniyle hem de hükümetin, sağlık alanında uygulamaya koyduğu çeşitli düzenlemeler ve politikalar gereği, e-Sağlık projesi kapsamı içerisinde son dönemde göz önünde olan ve son derece önem verilen bir konu haline almıştır

Hastane bilgi yönetim sistemi, hastanenin günlük işlerinin düzgün yürütülmesini sağladığı, hastanenin karar ve kontrol mekanizmasını yönlendirecek olması nedeniyle hastanenin her düzeyinde çalışanların katılımını gerektiren ve uzun bir dönemi kesintisiz içine alan teknolojik ve sosyolojik bir süreçtir (Akkoc, 2006: 34).

Hastane bilgi sistemlerinin iki boyutu vardır. Bunlardan biri **klirik** boyut diğeri ise **idari** boyuttur. Klinik bilgi sistemleri hasta merkezli bilgi sistemleridir. Burada gerek ayaktan gerekse de yatarak tedavi edilen hastalara ilişkin veriler bulunur ve kullanılır. İdari boyut içerisine ise finans, malzeme, personel, teknik konular, eğitim ve hastanenin genel işlevleri girer.

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

1.1.Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

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

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

1.2. Kullanılabilirlik

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

Nielsen (1993) ise kullanılabilirliği şu şekilde tanımlamıştır; kullanıcının bir ürün veya sistemle olan etkileşimini etkileyen faktörlerin bir kombinasyonudur. Ayrıca kullanılabilirlik, bir uygulamada belirlenen işlerin hedef kitle olarak belirlenen kullanıcılar tarafından, gerekli eğitimin ve teknik desteğin verilmesinin ardından, uygun çevre koşullarında kolaylıkla ve etkili biçimde kullanılabilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Acartürk ve Çağiltay, 2006: 2).

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

Kullanılabilirlik Değerlendirme Yöntemleri

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

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

- a. **Kullanılabilirlik Testleri:** Kullanılabilirlik testlerinde işlem süresince gerçek kullanıcıları temsil eden kullanıcıların sistem ile etkileşimleri detaylı olarak incelenerek, kullanıcıların performanslarına ilişkin veriler ve sistemde yaşadıkları problemler tespit edilmeye çalışılmaktadır. Test sırasında veri toplama amacıyla; video kaydı, ekran görüntüsü yakalama, işlem kütüğü analizi, sesli düşünme protokolü gibi çeşitli tekniklerden de yararlanılmaktadır.

- b. **İnceleme Yöntemleri:** Bu yöntemde ürün ve sistem arayüzleri kullanılabilirlik mühendisleri olarak da adlandırılan uzmanlar tarafından standart kullanılabilirlik ilkeleri doğrultusunda değerlendirilmektedir.
- c. **Sorgulama Yöntemleri:** Sorgulamaya dayalı değerlendirme yöntemleri, sistemin gerçek kullanıcılarından veri elde etmek amacıyla uzmanlar tarafından yürütülen çalışmalardır. Bunlardan bazıları; *Alan Gözlemi*, *Görüşme ve Odak Grupları*, *Anketler* ve *Bağlamsal Sorgulama* şeklindedir. *Alan Gözlemi*'nde, uzmanlar kullanıcıları gerçek işlem süreçleri sırasında yerinde gözlemekte ve kullanıcıların sistemi ne şekilde kullandığına dair bilgiler elde etmeye çalışmaktadırlar. *Görüşme ve Odak Grupları*'nda ise kullanıcıların arayüzle ilgili yaşadıkları problemler, tercihleri, önerileri gibi çeşitli konularda doğrudan bilgi edinilmektedir. Sorgulama yöntemleri kategorisinde yer alan *anketler* kullanılabilirlik değerlendirmelerinde yaygınlıkla kullanılan önemli araçlardır. Kullanılabilirlik anketleri, sistem tasarımcıları tarafından hazırlanabildiği gibi, yazılım ve arayüz değerlendirmeleri amacıyla geliştirilen standart anketler de olabilmektedir. Literatürde geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış olan “*The Questionnaire for User Interaction Satisfaction (QUIZ)*”, “*WebSite Analysis and Measurement Inventory (WAMMI)*”, “*Software Usability Measurement Inventory (SUMI)*” gibi pek çok anket sistemlerin kullanılabilirlik tespiti için kullanılmaktadır (Shneiderman ve Plaisant, 2004, Harper ve Norman, 1998, Claridge ve Kirakowski, 2011, Kirakowski, 1994). Geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanan bu anketler dışında geliştirilen farklı anketler ile de sistemlerin kullanılabilirlik analizleri yapılmaktadır. Mevcut anketlerin farklı dillere çevrimlerinde test sorularının güvenilirlik ve geçerlilikleri de değişmektedir.

Araştırmada Kullanılan Kullanılabilirlik Ölçeğine Ait Faktörler

Kullanılabilirlik değerlendirme yöntemlerinden SUMI kullanıcı anketi kullanıcı *etkin kullanılabilirlik*, *öğrenilebilirlik*, *yardımcı olma*, *anlaşılabilirlik*, *güvenlik*, *bireyselleştirebilme*, *tasarım*, *memnuniyet* ve *kullanım kolaylığı* olmak üzere 9 kullanılabilirlik faktörünü içermektedir (Kılıç, Güngör 2006: 2), (Yılmaz, Demirkan, 2012: 24).

1. **Etkin kullanılabilirlik**, sistemin en verimli şekilde kullanılabilmesi ve sistemin işleri kolaylaştırması ve bu işlemleri güvenli bir şekilde veri kaybı olmadan gerçekleştirmesidir.
2. **Öğrenilebilirlik**, kullanıcıların programı kullanmayı ne kadar kolay öğrenebildiklerinin derecesidir.
3. **Yardımcı olmak**, kavramı ise yazılımda yardım menüsünün olup olmadığıyla ilgilidir.
4. **Anlaşılabilirlik** faktörü, yazılım menülerinin ve fonksiyonlarının kullanıcıların anlayabileceği şekilde tasarlanması, yazılımın sağladığı bilgileri anlayarak, çıkarımlar yapabilmesi ve özellikle yazılımda meydana gelen hatalar sonucunda ortaya çıkan hata mesajlarının kullanıcılar tarafından anlaşılabilmesi olarak tanımlanmaktadır.
5. **Güvenlik** faktörü, veri kaybının gerçekleşmemesi ya da böyle bir durum karşısında verilerin yedekleri vasıtasıyla geri döndürülebilmesi, verilerin kurumdan kuruma

ya da bölümden bölüme gönderilirken güvenli bir şekilde kriptolu olarak gönderilmesidir.

6. **Bireyselleştirebilme** faktörü, yazılımın işleyiş fonksiyonları değiştirilmeden, font, renk, görsel öğeler ve arka plan rengini değiştirebilme olarak nitelendirilmektedir.
7. **Tasarım** faktörü, yazılımın menü renklerini, kullanılan yazı tipi ve büyüklüğünü ayrıca yazılımda kullanılan dilin açık ve etkili olmasını ifade etmektedir.
8. **Memnuniyet** faktörü, kullanıcıların yazılımdan memnun kalması, yazılımı kullandığında işleri daha hızlı ve etkili yapabilmesi, yazılımın çalışma hızından ve doğruluğundan memnun olması ve yazılımı kullanırken kendini gergin hissetmemesi şeklinde tanımlanmaktadır.
9. **Kullanım kolaylığı** yazılımda menü organizasyonunun kullanım açısından kolaylık sağlayacak şekilde tasarlanmış olması, yazılımda kullanılan kısa yol tuşlarının kullanım kolaylığı sağlaması ve yazılımda giriş ve çıkış aygıtlarından veri alış verişinin sağlanmasındaki kolaylıktır. Kullanım kolaylığının olması, verimliliği artıracak ve daha hatasız bir çalışma ortamı sunacaktır.

Kullanılabilirlik İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

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

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

Yılmaz ve Demirkan (2012) “*Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi*” adlı çalışmalarında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yönetim ve bilgi sisteminin kullanılabilirliği, 68 doktor ve 30 hemşireye uygulanan kullanıcı anketleriyle ölçülmüştür. SUMI (Software Usability Measurement

Inventory) temel alınarak geliştirilen anket, dokuz kullanılabilirlik faktörünü içermektedir. Araştırma bulguları doktor ve hemşirelerin hastane yönetim ve bilgi sisteminin genel kullanılabilirlik düzeyine karşı kararsız bir tutum içerisinde olduğunu göstermiştir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

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

2.2. Evren ve Örneklem

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

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada hastane yönetim bilgi sisteminin kullanılabilirliğini ortaya koymak için literatürde yer alan kullanılabilirlik değerlendirme çalışmalardan (SUMI v.s.) derlenen, Yılmaz ve Demirkan (2012) tarafından oluşturulan kullanıcı anketinden yararlanılmıştır. 73 sorudan oluşan ankette 5 seçenekli (5=Kesinlikle Katılıyorum, 4=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 2=Katılmıyorum, 1=Kesinlikle Katılmıyorum) likert skalası kullanılmıştır. Yılmaz ve Demirkan tarafından yapılan pilot uygulamada Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,92 gibi yüksek bir rakam çıkan anketin verilerinin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmış olup ankete katılanların her soruya verdiği cevapların aritmetik ortalamaları alınmıştır. İfadeler kullanılabilirlik faktörlerine ayrılmış ve ilgili faktörlerin aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanarak kullanılabilirlik seviyeleri belirlenmiştir. Kullanıcılar arasında sistemin kullanılabilirliği ile ilgili olarak demografik açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığı ise t testi ve tek yönlü varyans analizi ile tespit edilmiştir.

3.Bulgular

Tablo 1: Demografik Özelliklere Ait Bulgular

Değişkenler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Yaş</i>	22-31	41	29,1
	32-38	33	23,4
	39-45	34	24,1
	46+	33	23,4
	Toplam	141	100,0
<i>Cinsiyet</i>	<i>Erkek</i>	56	39,7
	<i>Kadın</i>	85	60,3
	Toplam	141	100,0
<i>Medeni Durum</i>	<i>Evli</i>	97	68,8
	<i>Bekâr</i>	44	31,2
	Toplam	141	100,0
<i>Görev Türü</i>	<i>Tıbbi</i>	61	43,3
	<i>İdari</i>	80	56,7
	Toplam	141	100,0
<i>İş Tecrübesi</i>	<i>10'dan az</i>	53	37,6
	<i>11-15</i>	36	25,5
	<i>16-20</i>	31	22
	<i>21+</i>	21	14,9
	Toplam	141	100,0

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

Tablo 2: Kullanılabilirlik Faktörlerine Ait Değerler

Kullanılabilirlik Faktörleri	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma	Aralık Değeri
GENEL	141	3,30	0,590	Orta
<i>Etkin Kullanılabilirlik</i>	141	3,26	0,819	Orta
<i>Öğrenebilirlik</i>	141	3,31	0,624	Orta
<i>Yardımcı Olmak</i>	141	3,10	0,579	Orta
<i>Anlaşılabilirlik</i>	141	3,16	0,934	Orta
<i>Güvenlik</i>	141	3,29	0,687	Orta
<i>Bireyselleştirebilme</i>	141	3,11	0,418	Orta
<i>Tasarım</i>	141	3,39	0,604	Orta
<i>Memnuniyet</i>	141	3,64	0,785	Olumlu
<i>Kullanım Kolaylığı</i>	141	3,51	0,563	Olumlu

Ankete katılan 141 personelin analiz sonuçlarına bakıldığında (Tablo 3) tüm katılımcılar sistemin genel kullanılabilirlik düzeyini 3.30 ile *orta* düzeyde olduğunu değerlendirmişlerdir. Anketin genel ortalamasının 3 civarında olması çalışanların sistemin kullanılabilirliği ile ilgili olarak *kararsız* bir tutum içerisinde olduklarını göstermektedir. Bütün katılımcılar için kullanılabilirliği oluşturan faktörlerin aritmetik ortalamaları tek tek

incelendiğinde *memnuniyet ve kullanım kolaylığı faktörlerinin olumlu* geri kalan faktörlerin ise *orta* düzeyde olduğu görülmektedir. Buna göre kullanıcılar yazılımın memnuniyet ve kullanım kolaylığı faktörlerinden *memnun* olmakla birlikte diğer faktörler açısından *kararsız* bir tavır sergilemektedirler.

Tablo 3: Kullanılabilirlik Faktörlerinin Yaşa Göre Ortalamaları

Kullanılabilirlik Faktörleri	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
<i>Etkin Kullanılabilirlik</i>	22-31	41	3,325	0,056	3,028	0,098	
	32-38	33	3,487	0,452			
	39-45	34	3,112	0,863			
	46+	33	3,249	0,567			
<i>Öğrenilebilirlik</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
	22-31	41	3,457	0,429	3,237	0,473	
	32-38	33	3,169	0,886			
	39-45	34	3,248	0,613			
46+	33	3,385	0,593				
<i>Yardımcı Olma</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
	22-31	41	3,125	0,196	1,593	0,281	
	32-38	33	3,394	0,394			
	39-45	34	3,287	0,296			
46+	33	3,946	0,467				
<i>Anlaşılabilirlik</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
	22-31	41	3,163	0,861	2,127	1,107	
	32-38	33	3,227	0,654			
	39-45	34	3,331	0,571			
46+	33	3,166	0,717				
<i>Güvenlik</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
	22-31	41	3,641	0,981	4,263	0,046	1>4
	32-38	33	3,408	0,819			
	39-45	34	3,356	0,352			
46+	33	3,289	0,627				
<i>Bireyselleştirebilme</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
	22-31	41	3,125	0,689	7,625	0,069	
	32-38	33	3,196	0,906			
	39-45	34	3,351	0,867			
46+	33	3,254	0,615				
<i>Tasarım</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
	22-31	41	3,304	0,486	6,951	0,238	
	32-38	33	3,293	0,637			
	39-45	34	3,196	0,984			
46+	33	3,246	0,684				
<i>Memnuniyet</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
	22-31	41	3,612	0,804	3,154	0,091	
	32-38	33	3,362	0,635			
	39-45	34	3,553	0,552			
46+	33	3,467	0,487				
<i>Kullanım Kolaylığı</i>	Grup	N	Ort	Ss	F	p	
	22-31	41	3,625	0,652	4,256	0,089	
	32-38	33	3,568	0,907			
	39-45	34	3,612	0,529			
46+	33	3,406	0,318				

Araştırmaya katılan hastane personelinin hybs kullanılabilirlik faktörlerine ilişkin puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmıştır. Analiz sonucunda, güvenlik

boyutunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,263$; $p=0,046<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ortaya çıkan farkın 22-31 yaş grubundaki çalışanlarla 46 yaş ve üzeri çalışanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4: Kullanılabilirlik Faktörlerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

Kullanılabilirlik Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Etkin Kullanılabilirlik	<i>Kadın</i>	85	3,492	0,694	1,241	0,084
	<i>Erkek</i>	56	3,341	0,845		
Öğrenilebilirlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,151	0,661	0,817	0,098
<i>Erkek</i>	56	3,247	0,542			
Yardımcı Olma	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,224	0,642	1,345	0,105
<i>Erkek</i>	56	3,287	0,284			
Anlaşılabilirlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,276	0,485	1,429	0,089
<i>Erkek</i>	56	3,337	0,684			
Güvenlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,190	0,378	1,631	0,312
<i>Erkek</i>	56	3,209	0,235			
Bireyselleştirebilme	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,204	0,571	0,924	0,065
<i>Erkek</i>	56	3,319	0,453			
Tasarım	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,108	0,924	1,178	0,123
<i>Erkek</i>	56	3,196	0,867			
Memnuniyet	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,651	0,618	1,452	0,097
<i>Erkek</i>	56	3,593	0,749			
Kullanım Kolaylığı	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Kadın</i>	85	3,545	0,765	1,927	0,184
<i>Erkek</i>	56	3,508	0,691			

Araştırmaya katılan personelinin hybs kullanılabilirlik faktörleri puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Kullanılabilirlik Faktörlerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

Kullanılabilirlik Faktörleri	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Etkin Kullanılabilirlik	<i>Evli</i>	97	3,124	0,951	1,968	0,189
	<i>Bekar</i>	44	3,268	0,486		
Öğrenilebilirlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,159	0,753	0,996	0,094
<i>Bekar</i>	44	3,279	0,751			
Yardımcı Olma	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,109	0,478	0,472	0,061
<i>Bekar</i>	44	3,671	0,684			
Anlaşılabilirlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,471	0,963	0,859	0,271
<i>Bekar</i>	44	3,468	0,718			
Güvenlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,274	0,562	0,877	0,074
<i>Bekar</i>	44	3,418	0,719			
Bireyselleştirebilme	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,387	0,854	1,235	0,096
<i>Bekar</i>	44	3,361	0,749			
Tasarım	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,418	0,840	1,473	0,084
<i>Bekar</i>	44	3,189	0,859			
Memnuniyet	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,594	0,707	1,658	0,097
<i>Bekar</i>	44	3,641	0,694			
Kullanım Kolaylığı	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Evli</i>	97	3,512	0,752	0,732	0,176
<i>Bekar</i>	44	3,642	0,593			

Araştırmaya katılan personelinin hybs kullanılabilirlik faktörleri puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Kullanılabilirlik Faktörlerinin Göreve Göre Ortalamaları

Kullanılabilirlik Faktörleri	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Etkin Kullanılabilirlik	<i>Tıbbi</i>	61	3,450	0,419	1,224	0,084
	<i>İdari</i>	80	3,361	0,905		
Öğrenilebilirlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,356	0,703	1,455	0,067
<i>İdari</i>	80	3,248	0,843			
Yardımcı Olma	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,394	0,965	1,526	0,292
<i>İdari</i>	80	3,410	0,876			
Anlaşılabilirlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,325	0,548	1,112	0,094
<i>İdari</i>	80	3,418	0,985			
Güvenlik	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,242	0,879	1,754	0,069
<i>İdari</i>	80	3,350	0,924			
Bireyselleştirebilme	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,147	0,851	1,027	0,080
<i>İdari</i>	80	3,334	0,748			
Tasarım	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,404	0,794	0,743	0,102
<i>İdari</i>	80	3,381	0,693			
Memnuniyet	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,516	0,587	0,957	0,095
<i>İdari</i>	80	3,567	0,926			
Kullanım Kolaylığı	Grup	N	Ort	Ss	t	p
	<i>Tıbbi</i>	61	3,614	0,742	1,213	0,102
<i>İdari</i>	80	3,503	0,994			

Araştırmaya katılan personelinin hybs kullanılabilirlik faktörleri puan ortalamalarının yapılan görev değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7: Kullanılabilirlik Faktörlerinin İş Tecrübesine Göre Ortalamaları

Kullanılabilirlik Faktörleri	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Etkin Kullanılabilirlik	10 yıldan az	53	3,102	0,856	4,258	0,216	
	11-15 yıl	36	3,240	0,263			
	16-20 yıl	31	3,295	0,495			
	21+	21	3,406	0,918			
Öğrenilebilirlik	Grup	N	Ort	Ss	7,845	0,091	
	10 yıldan az	53	3,278	0,749			
	11-15 yıl	36	3,145	0,637			
	16-20 yıl	31	3,304	0,429			
Yardımcı Olma	Grup	N	Ort	Ss	6,295	0,309	
	10 yıldan az	53	3,177	0,842			
	11-15 yıl	36	3,351	0,923			
	16-20 yıl	31	3,410	0,974			
Anlaşılabilirlik	Grup	N	Ort	Ss	5,541	0,079	
	10 yıldan az	53	3,103	0,544			
	11-15 yıl	36	3,216	0,728			
	16-20 yıl	31	3,242	0,931			
Güvenlik	Grup	N	Ort	Ss	7,774	0,134	
	10 yıldan az	53	3,224	0,815			
	11-15 yıl	36	3,417	0,792			
	16-20 yıl	31	3,255	0,688			
Bireyselleştirebilme	Grup	N	Ort	Ss	6,749	0,066	
	10 yıldan az	53	3,302	0,665			
	11-15 yıl	36	3,418	0,588			
	16-20 yıl	31	3,427	0,927			
Tasarım	Grup	N	Ort	Ss	3,624	0,0728	
	10 yıldan az	53	3,143	0,921			
	11-15 yıl	36	3,209	0,874			
	16-20 yıl	31	3,417	0,746			
Memnuniyet	Grup	N	Ort	Ss	6,248	0,081	
	10 yıldan az	53	3,512	0,528			
	11-15 yıl	36	3,524	0,671			
	16-20 yıl	31	3,610	0,918			
Kullanım Kolaylığı	Grup	N	Ort	Ss	2,573	0,037	1>4
	10 yıldan az	53	3,124	0,469			
	11-15 yıl	36	3,258	0,637			
	16-20 yıl	31	3,396	0,573			
	21+	21	3,557	0,799			

Araştırmaya katılan hastane personelinin hybs kullanılabilirlik faktörlerine ilişkin puan ortalamalarının iş tecrübesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmıştır. Analiz sonucunda, **kullanım kolaylığı** boyutunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=2,573; p=0,037<0.05). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla

tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ortaya çıkan farkın 10 yıl ve daha az iş tecrübesine sahip çalışanlar ile 21 yıl ve üzeri çalışanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada Ankara’da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde kullanılan hastane yönetim bilgi sisteminin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan personelin %52,5’i 38 yaş ve altında, %60,3’ü kadın, %68,8’i evli, %56,7’i idari personel ve %37,6’sı da 10 yıldan daha az iş tecrübesine sahiptir.

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

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

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

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

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

Kaynaklar

- 1.Acartürk, C. ve Çağıltay, K. (2006). İnsan Bilgisayar Etkileşimi ve ODTÜ'de Yürütülen Çalışmalar. 8. Akademik Bilişim Konferansı, 9-11 Şubat. Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- 2.Akkoç, L., (2006) “Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)’nin Isparta’da Bulunan Sağlık Kuruluşları Üzerindeki Etkililiğinin Araştırılması” Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- 3.Ateş, V., Karacan, H. (2010) “Abant İzzet Baysal Üniversitesi Web Sitesi Kullanılabilirlik Analizi” *International Journal of Informatics Technologies*, 2(2).
- 4.Claridge N., Kirakowski J., WAMMI (2011): Website Analysis and Measurement Inventory questionnaire, <http://www.wammi.com/samples/index.html> (Erişim tarihi: 20.05.2013)
- 5.Gürses, E., (2005) “Web Sitelerinde Kullanılabilirlik Çalışmaları ve Kullanılabilirlik Değerlendirme Yöntemleri”, *Akademik Bilişim*, Adana.
- 6.Gürses, E. A., (2006) “Kütüphane Web Sitelerinde Kullanılabilirlik ve Kullanıcı Merkezli Tasarım”, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilgi Belge Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- 7.Harper B. D., Norman K. L. (1998), Improving user satisfaction: the questionnaire for user interaction satisfaction version 5.5, *Proceedings of Mid Atlantic Human Factors Conference*, Virginia Beach, pp. 224–228.
- 8.Karahoca, A., Yalçın, Ş., Karahoca, D., Erdoğan, B., Metin, Çakmakçı, Gökçöl, O., “Mobil Acil Servis Yazılımı için Tablet PC Kullanılabilirlik Analizi” <http://inet-tr.org.tr/inetconf10/bildiri/53.doc>. (Erişim Tarihi: 15.08.2014)
- 9.Kılıç E., Güngör, Z. (2006) “Web Site Tasarımlarında Kullanılabilirlik Değerlendirme Yöntemlerinin Önemi” *Akademik Bilişim Konferansı*.
- 10.Kirakowski J. (1994), SUMI, Software Usability Measurement Inventory, <http://www.ucc.ie/hfrg/questionnaires/sumi/index.html>. (Erişim Tarihi: 20.05.2013)
- 11.Ömürbek, N., Altın, F., (2009) “Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği” Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:19, ss.211-232.
- 12.Öz, S., (2012) “Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin Kullanılabilirlik Testi” Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tıp Bilişimi, Ankara.
- 13.Özdemir S., Atasoy B., Somyürek S.,(2007) “Bilimsel Dergilerin İş Süreçleri Yönetimini Gerçekleştiren Bir Yazılımın Kullanılabilirlik Araştırması: Türkiye’deki İlk Örneğin İncelenmesi” Gazi Üniversitesi, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, vol. 27, no. 2, pp. 57-80.
- 14.Shneiderman B., Plaisant, C. (2004), Designing the user interface : strategies for effective humancomputer interaction, **Pearson/Addison Wesley**, Boston.
- 15.Yılmaz, M., Demirkan, A. E. (2012). “Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi” *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 5(3), 19-28.

SAĞLIK KURULUŞLARINDA MEYDANA GELEN İZHARCILIĞA KARŞI KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ömer L. ANTALYALI*

Fatma TAŞ **

ÖZET

Bu araştırmacının amacı; özel ve kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin izharcılık eylemine karşı tutum ve davranışları arasındaki farkı ortaya koyabilmektir. Araştırma verilerini toplamak için Park ve arkadaşları tarafından oluşturulan izharcılık ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin geçerliliğinin sınanması için Antalya'da çalışan 75 hemşireden veri toplanmıştır. Toplanan verilerin analizi sonucunda ölçek maddelerinde değişiklikler yapılarak, Isparta il merkezinde toplam 280 hemşireden veri toplanmıştır. Toplanan veriler sonucunda izharcılık ölçeği beş faktörden oluşmuştur. Bu faktörler; dışsal, resmi, içsel, anonim ve informal olarak adlandırılmıştır. Araştırma bulgularına göre kamu ve özel hastanede çalışan hemşirelerin izharcılık eylemine karşı tutum ve davranışları arasında çok büyük farklılıklar bulunmamaktadır. Kamu ve özel hastanede çalışan hemşirelerin izharcılık eylemini yüksek oranda informal, düşük oranda ise anonim olarak gerçekleştireceği sonucuna ulaşılmıştır. Özel hastanede çalışan hemşireler kamu hastanesinde çalışan hemşirelere oranla, içsel izharcılığı ve anonim izharcılığı daha fazla gerçekleştireceği tespit edilmiştir. Özel hastanede çalışan hemşirelerin informal ve içsel izharcılık eylemleri arasında fark bulunmamıştır. Özel hastanede çalışan hemşireler kamu hastanesinde çalışan hemşirelere oranla içsel izharcılık ve anonim izharcılık boyutlarında daha yüksek puan almıştır ve istatistik sonuçlarına göre aralarında fark vardır.

Anahtar kelimeler: *İzharcılık, İzharcı, sağlık sektöründe İzharcılık*

İzhar: Belirtme, gösterme, açığa vurma (<http://www.tdk.gov.tr/>)

Bu çalışmada, Türkçe literatürde net bir Türkçe karşılığı olmayan whistleblowing'e karşılık izharcılık, whistleblower'a karşılık ise izharcı kavramları kullanılmıştır

*Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF, omer_antalyali@yahoo.com

**Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, fatmatas27@gmail.com

ABSTRACT

Purpose of this researcher is to reveal behavior difference between nurses that working for public and private hospitals, towards whistleblowing. Whistleblowing scale which is created by Park and his friends is used to collect data of research. The data was collected from 75 nurses, working at Antalya, to prove validity of scale. Collected data was used to make changes on some subjects of scale and then some other data was collected from total 280 nurses, working at Isparta centrum. As a result of collected data, scale is comprised of five factors. These factors are external, formal, internal, anonymous and informal. There are not many differences between behaviors of nurses, working for public and private hospitals, towards the whistleblowing according to research findings. As a result of research; nurses, working for public and private hospitals, will perform whistleblowing action highly informally and less anonymously. The fact that nurses, working for private hospital, will perform more internal whistleblowing and informal whistleblowing than nurses, working for public hospitals, is concluded. Differences between internal and informal whistleblowing actions of nurses, working for private hospitals, could not be found. The nurses, working for private hospitals, scored more than nurses, working for public hospitals, at interior and anonymous whistleblowing dimensions and according to statistics results, there is no differences between them.

Key Words: Whistleblowing, whistleblower, whistleblowing in health organizations.

1.Giriş

Birçok örgütte yaşanan suiistimal, yolsuzluk ve kanun dışı uygulamalar, güncel hayatta gazetelerde, dergilerde ve televizyonda karşımıza çıkan haberler arasında yer almaktadır. Bu haberleri dinlerken Türkiye'de ya da başka bir ülkede veya kamu ya da özel şirkette olmasına bakmazsınız merakımız artarak, olaya kaç kişinin dahil olduğunu, kimlerin adının geçtiğini ve yolsuzluk tutarının ne olduğunu öğrenmek isteriz. Fakat hiç birimiz bu yolsuzlukların nasıl ortaya çıktığını sorgulamayız. Olayı ortaya çıkaran kişinin kurum çalışanı olduğunu, neden olayı kendine saklamayıp kamuoyuyla paylaştığını ve kim olduğunu merak etmeyiz (Zamantılı Nayır, 20012: 13).

Sağlık sektöründe izharcılık denildiğinde, bir hastanede meydana gelen sebepsiz ölümlerin ortaya çıkarılması ya da bazı hekimlerin ün yapabilmek, prestij sağlayabilmek için sağlıklı bireyleri, sağlık sorunları varmış gibi gösterip ameliyat etmelerinin ortaya çıkartılması yeterli değildir. Bunların yanında sağlık sektöründe izharcılık eylemi kapsamına, sağlık örgütlerindeki her türlü yasadışı ahlaki değerlere uygun olmayan davranış ve olaylar da girmektedir.

2. İzahcılığın Kavramsal Çerçevesi

2.1. İzahcılık ve İzahcı

Hersh (2002:243), izahcılık teriminin ilk olarak 1963 yılında güvenlik risklerinin yer aldığı hukuki bir belgede ele alındığını öne sürmüştür.

İzahcılık Anglo-Sakson literatüründe, bir faul olduğunda çalınan bir düdükle oyunun durdurulması ya da bir suç işlendiğinde polisin düdüğü çalarak halkın dikkatini çekmeye çalışması anlamını taşımaktadır. Ortak bir yanlış olduğunda kamuoyuna başvurmak anlamında da kullanılmaktadır (Aydın,2002–2003:81).

Örgütlerdeki, eski ya da yeni çalışanlar tarafından, işverenlerin kontrolü altındaki yasadışı, ahlaki olmayan ve gayrimeşru uygulamaları, kişi ya da kuruluşlara bildirilmesi izahcılık olarak tanımlanmaktadır (Near ve Marcia, 1985: 4).

İzahcı; skandal, tehlike, malpraktis veya yolsuzlukla ilgili olaylara karşı kendi içinde çatışma yaşayan ve bunu gerekli mercilere bildirmeye hazırlanan kişidir. Kısaca izahcılık sürecini başlatan kişi izahcı olarak tanımlanır. Rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık ve istihdamda ayrımcılık gibi yasal suçlara ek olarak ihmal, kaynak israfı, yanlış beyan ve güvenlik ihlalleri de izahcılık kapsamında ele alınmaktadır (Dawson 2001:1).

2.2. İzahcılık Türleri ve Süreçleri

İzahcılık birçok yol ile tanımlanmaktadır. Fakat izahcılık eyleminin kurum içine ya da dışına bildirilmesinde farklılıklar söz konusudur. En basit anlamıyla bilgi kaynağının örgüt içerisinde bildirilmesine içsel izahcılık, bilgilerin örgüt dışına aktarılması ise dışsal izahcılık denilmektedir (Eaten ve Akers, 2007:67).

Geleneksel izahcılık süreci 5 aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama, etik dışı olayın fark edilmesidir. İkinci aşama, gözlemcinin nasıl hareket edeceğine karar vermesidir. Üçüncü aşama, örgüt içerisinde harekete geçmektir. Dördüncü aşama, etik dışı olayların rapora dökülmesidir. Beşinci aşama ise kişinin izahcı olarak ifade edilmesinden oluşmaktadır (Henik, 2008:112).

2.3. İzahcılığın Olumlu ve Olumsuz Yönleri

İzahcılık eylemi sadece izahcı olan bireyleri değil aynı zamanda örgütleri, ülke genelini ve kamuoyunu etkileyerek olumlu ve olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

İzharcılığın, izharıcı açısından olumlu ve olumsuz yanları

—olumlu yanı; psikolojik ve vicdani rahatlama hissetmesidir ki, en büyük kazanım da vicdani rahatlama. Çünkü kişi ele verdiği bilgi sayesinde suç işlenmesini engellemiş, çevreye ve insanlara gelebilecek zararı ortaya çıkarmıştır.

—olumsuz yanları ise; ele veren kişinin kurum içinde ayrımcı ve kötü muameleye maruz kalması, işten çıkartılması, kuruma sadakatsizlikle suçlanması, tehditler alması, düşük pozisyona geçirilmesi, şantaj maruz kalması v.s.

İzharcılığın, kurum açısından olumlu ve olumsuz yanları

—olumlu yanları; etik sorunu ele veren kişi sorunu üstlerine bildirmekle kurumun iç denetim uygulamalarını harekete geçirmiş olmakta ve böylece kurumdaki uygulama ve stratejiler gözden geçirilerek, bu davranış mal ve hizmet kalitesine yansımaktadır. Bu durumda kurum daha sonraki çalışmalarında daha dikkatli ve daha düzenli çalışmak durumundadır.

—olumsuz yanları; ele verilen etik sorunun gerçeği yansıtması durumunda kurum kapsamlı bir denetleme sürecine girer, bazı yöneticiler cezalandırılır hatta işsiz kalırken, kurumun kamuoyu önündeki itibarı ve imajı zedelenir, zaman zaman da işletmenin bütünüyle kapatılması söz konusu olabilir.

İzharcılığın, ülkenin geneli ve kamuoyu açısından olumlu ve olumsuz yanları

—olumlu yanları; etik sorunu ele verenin en temel katkısı, toplum ve kamu yararınadır. Yanlış yapanların açığa çıkarılması, yanlış yapma potansiyeli olanların korkmalarına ve çekinmelerine neden olur.

—olumsuz yanları ise; kamuoyuna yönelik sistemli ve bilinçli manipülatif iletişim ve halkla ilişkiler çalışmalarıyla kamuoyu yanıltılabilir ve yanlış yönlendirilebilir. Bu durumda etik sorunu ele veren korkutulabilir ve olayın üstü örtülüp kurum yaşananlara kayıtsız kalabilir ve toplumun sisteme olan güveni zedelenebilir.

Şekil 1. İzharcılığın Olumlu ve Olumsuz Yönleri (Kaynak: Yılmaz, 2010;8)

2.4. İzharcılık İle İlgili Yasal Düzenlemeler

İzharcılık yeni ve güncel bir kavram olması itibarıyla hukuki ve yasal açıdan da düzenlenmesi gereken konulardan birisidir. Ulusal alanda izharcılık ile ilgili düzenleme sadece İngiltere'de bulunmaktadır. İngiltere dışında ABD'de de içtihat hukukunda izharcılık ile ilgili önemli kararlar yer almaktadır. Diğer ülkelerde ise izharcılık ile ilgili genel bir durum yaşanması halinde, söz konusu yanlış, iş hukuku ve hukukun genel ilkeleri ile çözülmeye çalışılmaktadır. İzharcılık ile ilgili ayrıntılı hukuki düzenlemeye sahip ilk ve tek ülke İngiltere'dir (Aydın, 2002-2003: 89-97).

Türkiye'de ise izharcılık hakkında genel bir yasal düzenleme mevcut değildir. Hatta iş kanununun 17. Maddesinde; işçinin işverenin güvenini kötüye kullanmak, hırsızlık yapmak, işverenin meslek sırlarını ortaya atmak gibi, doğruluk ve bağlılığa uymayan davranışlarda bulunması, işverene bildirmsiz fesih imkânı vermektedir (4857 Sayılı İş Kanunu, 17. Md).

3. Sağlık Sektörünün İzharcılık ile ilişkisi

İnsanlar yaşamları boyunca sağlıklı kalmak isterler. Bu açıdan sağlık kavramı ile yaşam kavramı eş değerdir. Yeryüzündeki her oluşum kendi karşıtını içermektedir. Sağlık çalışanları; ilerleme ve gerileme, yapıma ve bozma, doğma ve ölüm kısaca iyi ve kötü ile

karşı karşıya kalan bir çalışandır (Aksakoğlu, 1999:24). Bu açıdan izharcılık kavramı ile sağlık sektörü arasındaki ilişki önemlidir. Sağlık sektöründe izharcı konumunda sadece hekim, hemşire ya da hasta bakıcıları düşünmek yanlıştır. Çünkü sağlık personelinin kapsamı oldukça geniştir.

İşçi; çalıştığı hastanede engelli doğan çocukların ölüme terk edildiğini, işverenin fiyatları belirli bir seviyenin üzerinde tutmak amacıyla başka bir işveren ile anlaşarak kartel oluşturduğunu, yapılan kimyasal araştırmalarda insan sağlığı için son derece önemli bazı bulguların gizlendiğini veya belgelerde sahtecilik yapıldığını, vergi ve muhasebe yolsuzlukları olduğunu öğrenebilmektedir. Elde edilen bu bilgileri işyeri içinde yöneticilere ya da işyeri dışında yetkili mercilere, hatta medyaya bildirmesinin sadakat yükümlülüğüne aykırı olup olmadığı tartışılabilir bir konudur (Aydın, 2002-2003: 84).

3.1. Sağlık Alanında Yaşanan İzharcılık Örnekleri

Sağlık alanında izharcı olabilmek için sadece hekim ya da hemşire olmak gerekmemektedir, sağlık sektöründe çalıştığı konuma bakılmaksızın her çalışan kendi istemiyle izharcı olabilir. Sağlık alanında yaşanan ve kayıtlara geçen izharcılara' örnekler şu şekildedir(www.wikipedia.org):

Pfizer ilaç şirketinin eski başkan yardımcısı olan hekim Peter Rost şirketteki muhasebe usulsüzlüklerini ve diğer düzensizlikleri ABD yetkililerine bildirdi. Bunun sonucunda da 2004 yılında tüm sorumlulukları ve karar verme yetkileri elinden alınarak, Aralık 2005'de işinden kovulmuştur.

2009 İran seçimlerini protesto eden göstericiler hapse atılmış ve bu hükümlülere işkence yapıldığı, Doktor Ramin Pourandarjani tarafından rapor edilmiştir. Bu olayın ardından Doktor Ramin Kasım 2009 da gizemli bir şekilde ölmüştür. Yapılan araştırmalara göre salatasına yüksek dozda zehir katıldığı anlaşılmıştır.

Pfizer'in ürettiği bir epilepsi ilacının mikrobiyoloji uzmanı olan David Franklin tarafından incelenmesiyle bu ilacın (Neurontin) epilepsi hastalığına uygun olmadığı ortaya çıkarılmıştır. Pfizer suçunu kabul ederek 430 milyon dolar ceza ödemiştir. Bu davayla birlikte ilaç pazarlarındaki uygulamaların yeni standartlara kavuşturulması, yanlış kullanımların önüne geçilmesi, hileli pazarlama stratejilerinin suç olarak kabul edilmesi gündeme gelmiştir. Ayrıca bu düzenlemelerin içinde söz konusu suçlara ortaklık eden hekimlerin ve ücretli klinik danışmanlarının da hukuki cezaya çarptırılacağı ifade edilmiştir.

4. Araştırma Yöntemi

4.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Park ve arkadaşları tarafından geliştirilen İzharcılık ölçeğinden faydalanılarak, kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin izharcılık eylemine karşı tutum ve davranışları arasındaki farkları ortaya koymak amaçlanmıştır.

4.2. Araştırma Örnekleme

Bu çalışmanın örneklem grubunu Isparta il merkezinde faaliyet gösteren, kamu ve özel hastanelerde çalışan 280 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %73.9'u kamu hastanelerinde %26.1'i ise özel hastanelerde çalışmaktadır. Katılımcıların %87.1'ini kadınlar oluştururken, %12.9'unu erkek hemşireler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, %36.1'i 25 yaş ve altında, %31.8'i 26-35 yaş aralığında, %25.4'ü 36-44 yaş aralığında ve %6.4'ü ise 45 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Örneklem grubunun eğitim düzeyi ise; %31.8'i lise mezunu, %22.7'si ön lisans mezunu, %41.9'u lisans ve %3.6'sı yüksek lisans mezunu şeklindedir. Katılımcıların %57,7'si evli, %40,9'u bekadır.

4.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada, hemşirelerin izharcılık eylemine karşı tutum ve davranışlarını ortaya koyabilmek için Park ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen 14 maddelik ölçek kullanılmıştır. Bu anket farklı dilbilimciler tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Türkçeye uyarlanan bu anket çalışmasının ön geçerliliğinin sınanması için Antalya'da çalışan ve izharcılık ölçeği sorularının yaklaşık 5 katı olan 75 hemşireden veri toplanarak analize tabi tutulmuştur. KMO örneklem yeterliliği kat sayısı 0,719 ve Barlett testi değeri ise 415,481 olarak hesaplanmıştır ($p < 0,01$). Buna göre verilerin faktör analizine uygunluğuna karar verilmiştir. Uygulamada az sayıda madde için faktör yükü sınır değeri 0,30 olarak belirlenmiştir. Faktör analizine tabi tutulan veriler sonucunda Öz Değeri 1'in üzerinde olan 4 faktörden oluşan ve yaklaşık %68 açıklayıcılığı olan bir yapı ortaya çıkmıştır. İçsel izharcılık ve Dışsal izharcılık sorularından birer tanesi kendi grubundaki diğer sorulardan ayrışarak, farklı faktör yapısı altına toplandığından dolayı, bu sorular üzerinde değişiklikler yapılarak, yeni anket formu oluşturulmuştur. Yeni oluşturulan anket formu kullanılarak, Isparta il merkezindeki 1 tıp fakültesi, 4 devlet hastanesi ve 3 özel hastanede çalışan, toplam 280 hemşireden veri toplanmıştır. Bu uygulama esnasında örnek olay sonrası sorulan sorularda 4'lü likert ölçeği kullanılmıştır. Bunun nedeni ise hemşirelerin karşılaştıkları izharcılık olayı karşısında net cevaplar alabilmektir.

4.4. Faktör Analizi, İstatistikler ve Bulgular

Verilere daha anlaşılır yorumlar yapılması adına faktör analizine tabi tutulmuştur. KMO örneklem yeterliliği kat sayısı 0,807 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucu ulaşılan tablo ve yorumu aşağıdaki gibidir.

Tablo1. Faktör Rotasyonu

	FAKTÖR 1 (Dışsal)	FAKTÖR 2 (Resmi)	FAKTÖR 3 (İçsel)	FAKTÖR 4 (Anonim)	FAKTÖR 5 (İnformal)
İÇ2.			0,708		
İÇ3.			0,802		
D1.	0,710				
D2.	0,752				
D3.	0,828				
K1.		0,765			
K2.		0,733			
A1.				0,796	
A2.				0,871	
F1.		0,794			
IF1.					0,889
IF2.					0,710

Ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak amacıyla, temel bileşenler yöntemi ve varimaks eksen döndürme yöntemi kullanılarak faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, öz değeri 1'in üzerinde olan 3 faktör bulunmuştur. Ancak yorumlanabilme durumu temel alınarak varimaks eksen döndürme yöntemi kullanılarak yapılan analiz sonucunda rotasyonlu olarak 6 faktör yapısına kadar modeller incelenmiştir. Bunun sonucunda orijinal ölçek boyutuna bağlı kalabilmek için beşli faktör yapısının %72 varyans açıklayıcılığı ile en anlamlı yapıyı oluşturduğu görülmüştür. Uygulamada az sayıda madde için faktör yükü sınır değeri 0.30 olarak belirlenmiştir. Analizlere tabi tutulan içsel izharcılık maddelerinden İÇ1 ve formal izharcılık sorularından F2 maddeleri çift ve farklı faktörlere yüklendikleri için çıkarılmıştır. Çıkarılan maddeler sonucunda orijinal ölçeğe bağlı kalmak adına 5 faktörlü yapı oluşturulmuştur.

Oluşturulan boyutlardan ilki; örgüt dışarısında raporlama eylemini açığa çıkaracağından "**Dışsal**", olarak adlandırılmaktadır. İkinci faktör boyutu "**Resmi**" olarak adlandırılmış olup, bu boyut altında kişinin izharcılık eylemi gerçekleştirirken resmi yolları tercih edeceği ve kimliği hakkında bilgi vermesini kapsamaktadır. Kendisi hakkında bilgi veren kişilerin resmi yolları tercih etmesi de kaçınılmaz olacağından üçüncü boyutun resmi olarak adlandırılmasında sakınca görülmemiştir. Üçüncü boyut örgüt içindeki kişi ve mercilere bilgi sağlayacağından "**İçsel**" ismini almıştır. Dördüncü boyut ise "**Anonim**" olarak adlandırılıp, izharcılık sürecini kişinin kendisini hakkındaki bilgileri saklayarak yapmasını içermektedir. Son faktör boyutu ise; gayri resmi yolları kullanarak izharcılık eylemini gerçekleştirmeyi ifade eden, "**İnformal**" olarak adlandırılmıştır.

Tablo.2. Boyutlara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Bileşenler	Başlangıç Öz Değerleri			Döndürülmüş Kareli Yüklerin Toplamı		
	Toplam	% Varyans	Kümülatif %	Toplam	% Varyans	Kümülatif %
Dışsal	3,956	32,963	32,963	2,118	17,653	17,653
Resmi	1,779	14,822	47,785	2,015	17,164	34,817
İçsel	1,259	10,488	58,273	1,511	12,590	47,407
Anonim	0,879	7,322	65,595	1,488	12,399	59,806
İnformal	0,776	6,468	72,063	1,471	12,257	72,063

Faktör testi analizine göre, İzharcılık maddeleri 5 faktöre yüklenmiştir. Dışsal boyut, toplam içerisinde 2,118 Öz değer ile toplam varyansın 17,653'sünü açıklamaktadır. Resmi boyut 2,015 Öz değer ile toplam varyansın 17,164'ünü açıklamaktadır. İçsel boyut, 1,511 Öz değer ile toplam varyansın 12,590'ını açıklamaktadır. Anonim boyut 1,488 Öz değer ile toplam varyansın 12,399'unu açıklamaktadır. Anonim boyut, 1,471 Öz değer ile toplam varyansın 12,257'sini açıklamaktadır. Bu beş faktör toplam varyansın %72,063'ünü açıklamaktadır.

Tablo3. Elde Edilen Boyutlara Göre Ölçek Güvenilirliği

	İçsel Madde Grubu (2 Madde)	Dışsal Madde grubu (3 Madde)	Resmi Madde Grubu (3 Madde)	Anonim Madde Grubu (2 Madde)	İnformal Madde Grubu (2 Madde)
Cronbach'ın Alpha Değeri	0,742	0,765	0,624	0,619	0,645

Faktör analizinden elde edilen boyutların her birinin içerisinde yer alan maddelere göre güvenilirlik testi yapılmıştır. Elde edilen Cronbach'ın Alpha değerleri yukarıdaki tabloda verilmiştir. Tablodan da anlaşıldığı üzere bütün faktör boyutlarının güvenilirlikleri 0,6'dan büyük çıkmıştır. 0,6'dan büyük olmasından dolayı güvenilirlik değeri oldukça yüksektir diyebiliriz (Kalaycı, 2010;405).

Tablo. 4. Boyutlara Göre Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İstatistik Test Sonuçları

Test İstatistikleri	Dışsal-İçsel	Resmi-İçsel	Anonim-İçsel	İnformal-İçsel	Resmi-Dışsal	Anonim-Dışsal	İnformal-Dışsal	Anonim-Resmi	İnformal-Resmi	İnformal-Anonim
Z	10,442	4,800	11,383	5,295	9,060	7,474	11,051	10,327	8,517	11,755

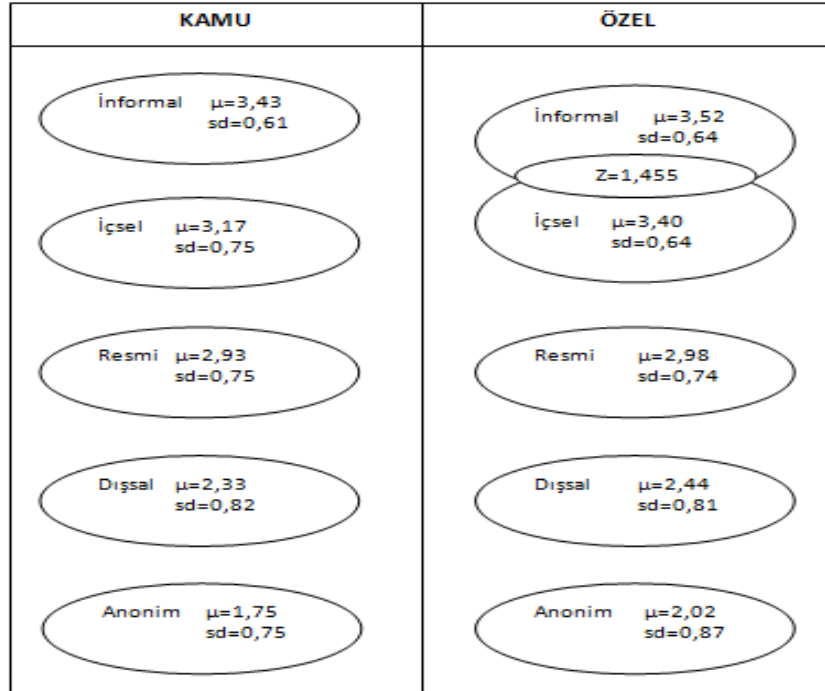
Her bir boyut diğer bütün boyutlarla karşılaştırılmıştır. Kamu hastanelerinde çalışan hemşireler açısından, boyutlar arasında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda dışsal izharcılığı tercih eden hemşireler ile içsel izharcılığı, resmi izharcılığı, anonim izharcılığı ve informal izharcılığı tercih eden hemşireler arasında anlamlı farklılık vardır

($p < 0,01$). İçsel izharcılık boyutu ile karşılaştırılan, resmi, anonim ve informal izharcılık boyutları arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0,01$). Aynı şekilde resmi izharcılık boyutu ile karşılaştırılan informal ve anonim izharcılık boyutları arasında ve anonim izharcılık boyutu ile informal izharcılık boyutu arasında da anlamlı bir fark vardır ($p < 0,01$). Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin izharcılık eylemine karşı tutum ve davranışları, elde edilen boyutlara göre farklılık göstermektedir. Yani kamu hastanesinde çalışan hemşireler izharcılık eylemi gerçekleştirirken informal, içsel, resmi, dışsal ya da anonim olarak bir tercih yapmaktadırlar.

Tablo. 5. Boyutlarına Göre Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin İstatistik Test Sonuçları

Test İstatistikleri	Dışsal-İçsel	Resmi-İçsel	Anonim-İçsel	İnforma l-İçsel	Resmi - Dışsal	Anonim -Dışsal	İnformal -Dışsal	Anonim -Resmi	İnformal - Resmi	İnformal - Anonim
Z	6,835	4,288	6,833	1,455	5,134	3,345	6,697	5,805	4,699	6,749

Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin, analizi sonucunda; İnformal boyut ile İçsel boyut karşılaştırıldığında, her iki boyut arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,01$). İnformal boyut ve içsel boyut karşılaşması hariç diğer tüm boyutların birbiri ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0,01$).



Şekil.2. İzharcılık Boyutlarının Genel Görünümü

Yukarıdaki şekilde kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin izharcılık eylemi ile ilgili düşünceleri kendi içlerinde sıralanarak görselleştirilmiştir. Kendi

İçlerinde verilen cevaplar arası farkları istatistiksel olarak test edebilmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark olan kümeler şekil üzerinde gösterilmiştir.

Sıralama kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler açısından aynıdır. Kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında informal izharcılık yüksek olarak algılanmaktadır. Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin informal izharcılıkta ortalamaları 3,52 iken kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin informal izharcılıkta ortalamaları 3,43'dür. 4 ile 1 arası değerler verilerek ortalamalar hesaplanmaktadır. 3,52 ile en yüksek ortalamaya sahip olan informal izharcılığın, yüksek bir ortalama ifade ettiği söylenebilir. Hatta informal faktör ortalamaları göz önüne alınarak, kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin izharcılık eylemi için harekete geçtiklerinde bunu kesin olarak informal şekilde gerçekleştirecekleri söylenebilir. Kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin informal izharcılığı seçme sebebi, hemşirelerin kurum içerisinde hatayı çözebileceğine inandığı kişilerle paylaşarak sorumluluğu tek başına almak istemediklerinden kaynaklanabilir. Hemşireler psikolojik tacize uğramaktan korkabilir. Ayrıca meslektaşları, amirleri ve toplum tarafından dışlanma korkusuyla da resmi şikayette bulunmaktan kaçınabilirler (Nayır, 2012;30).

Tablo. 7. Boyutlara Göre Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mann Whitney U Testi İstatistikleri

Test İstatistikleri	İnformal	İçsel	Resmi	Dışsal	Anonim
Z	1,430	2,455	0,410	1,070	2,400
P	0,153	0,014	0,682	0,285	0,016

Özel hastanelerde çalışanların, kamu hastanelerinde çalışanlara göre içsel izharcılık boyutundan daha yüksek puan aldıkları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere göre kurumlarında ortaya çıkan etik problemleri kurum içindeki amirlerine daha fazla iletebilmektedirler. Bu durumda özel hastanelerde şikayet mekanizmasının ve kurum içi iletişimin daha düzgün işlediği söylenebilir. Özel hastanelerde hemşirelerin, izharcılık eylemini kurum içerisinde çözmeye çalışmak istemesi güçlü bir kurumsal kültürün, kurumsal bağlılığın, kurumsal güvenin ve kurumsal davranışın gelişmiş olduğunun göstergesidir (Yılmaz, 2008;25). Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin içsel izharcılığı tercih etme sebeplerinde, etik dışı ve yanlış bir uygulamayla karşılaştıklarında bunu kurum içerisindeki hiyerarşik sıraya göre yüz yüze konuşarak çözüme ulaştırmak istemelerinden kaynaklanabilir (Demiral, 2010;135). Ayrıca kamu ve özel sektörde çalışan hemşirelerin izharcılık eyleminde, içsel izharcılığı yapma olasılıkları dışsal izharcılığı yapma olasılıklarından daha yüksek ortalamaya sahiptir. Özel ve kamuda çalışan hemşirelerin izharcılık olayını öncelikle kurum içerisinde yönetime bildirerek çözüm arayışı içerisine girmesi, sonuç alınmadığı takdirde dışsal izharcılığı gerçekleştireceğini gösterebilmektedir.

Özel hastanelerde çalışan hemşireler açısından informal izharcılık ve içsel izharcılık arasında fark bulunmamaktadır ($p>0.01$).

Kamu ve özel ayrımında her iki grupta üçüncü sırada resmi boyut yer almaktadır. Resmi izharcılık ortalamasına bakıldığında kamu ($\mu=2,93$) ve özel ($\mu=2,98$) hastanelerde çalışan hemşireler açısından sayısal değer arasında pek fark görülmemektedir. Mann Whitney U testi sonucuna göre $p>0,05$ 'den büyük olduğu için, kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında resmi izharcılık eyleminde fark yoktur. 4 ile 1 arası değerler verilerek oluşturulan ortalama sonuçlarına göre; hemşirelerin izharcılık sürecinde resmi kanalları tercih etmelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin resmi izharcılığı, informal izharcılığa oranla daha düşük düzeyde tercih etmektedirler. Bu durum; işten çıkarılma, tehditlere maruz kalma, daha düşük bir pozisyona geçirilme, alt üst ilişkilerinin bozulması, psikolojik yıldırma, dışlanmaya maruz kalma, kariyerini riske atma gibi izharcıların karşılaşılabileceği olumsuzluklardan kaynaklanmaktadır (Asian Institute of Management, 2006:116; Bucka ve Kleiner, 2001:51; Aydın, 2002-2003:87-88). Aynı zamanda resmi izharcılığı seçen kişi kendisi hakkında bilgi vererek izharcılık sürecini gerçekleştirmiş olmaktadır. Bu da hemşirelerin kendileri hakkında bilgi vermekten çekinmediğini gösterebilir.

Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelere oranla dışsal izharcılık ortalaması (Kamu, $\mu=2,33$ ve Özel, $\mu=2,44$) istatistiki olarak daha yüksek değerlere sahiptir. Fakat kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında dışsal izharcılık boyutunda anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin yüksek oranda dışsal izharcılığı seçecekleri söylenebilir. Hemşirelerin dışsal izharcılığı tercih etme nedenleri; kurum içi destek ve iletişim eksikliğinden kaynaklanabilir (Ray, 2006:440). Hemşireler, çalışmış oldukları sağlık sektörünün kendi içerisindeki yapısından kaynaklı olarak dışsal izharcılığı daha az oranda tercih edebilmektedir. Bunun yanında diğer sektörlerde bakıldığında; hizmet sektöründe çalışan bir işçi, finans sektöründe çalışan bir işçiye oranla daha az dışsal izharcılığı tercih edebilmektedir (Barnet, 1992:951-952).

Kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin, izharcılık konusundaki en son tercihini anonim izharcılık boyutu oluşturmaktadır. Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin ortalaması 1,75 özel hastanede çalışan hemşirelerin ortalaması ise 2,02'dir. Her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). İstatistiksel değerlerden hareketle kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında anonim izharcılık konusunda fark vardır. Özel hastanelerde çalışanlar, kamu hastanelerinde çalışanlara oranla daha fazla anonim izharcılığı gerçekleştirmeyi tercih etmektedirler. Özel hastanelerde çalışan hemşireler kendi hakkındaki bilgileri saklı tutarak, izharcılıktan doğacak olumsuz sonuçların azalacağını ve daha az zarar görebileceklerini düşünüyor olabilirler. Aynı zamanda özel hastanelerde çalışan hemşirelerin anonim izharcılığı kamu hastanelerinde çalışan meslektaşlarına oranla daha fazla tercih etmesi, işlerini derhal kaybetme korkusundan kaynaklanabilir.

Hemşirelerin kendileri hakkında bilgi vererek ve resmi yollarla izharcılık yapmaları resmi boyutu ifade etmektedir. Hemşirelerin kendisi hakkında bilgi vermekten sakınarak, kimliğini gizleyerek izharcılık eylemini gerçekleştirmesi ise anonim izharcılık olarak ifade edilmektedir. Özel ve kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin resmi boyut ortalamalarının anonim boyut ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu değerlerden hareketle hemşireler her ne kadar informal izharcılığı tercih etseler de, izharcılık sürecinde kendileri hakkında bilgi vermekten kaçınmayacakları söylenebilir.

4. Sonuç

Bu çalışma sağlık sektörünün en temel çalışanlarından biri olan, hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin izharcılık eylemine karşı tutum ve davranışları arasında fark olup olmadığı incelenmiştir. Çalışmanın analiz kısmında Park ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekten faydalanılmıştır. Toplanan veriler sonucunda, ölçeklerin yapı geçerliliğine yönelik faktör analizleri yapılmıştır. Yapılan faktör analizine göre ölçek maddelerinin kabul edilebilir faktör yüküne sahip oldukları görülmektedir.

Sağlık sektöründe, izharcılık eylemi diğer örgütlerdeki izharcılık eylemlerine kıyasla farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Gerçekleştirilen izharcılık toplumlar ve medya tarafından ilgi çekici ve vicdani rahatsızlık duyulabilecek bir durumu teşkil etmektedir. Sağlık sektöründe izharcılık eylemi hastanelerde meydana gelen sebepsiz ölümleri ve hekimlerin prestij sağlayabilmek için yapmış oldukları ameliyatların yanında yasadışı, ahlaka uygun olmayan olayları da kapsamaktadır.

Hemşireler hastalarla yakın temasta bulunan sağlık çalışanlarıdır. Bu yüzden hastalar ile empati kurarak, izharcılık eyleminde daha aktif rol alabilmektedirler.

Araştırma bulgularına göre kamu ve özel hastanede çalışan hemşirelerin izharcılık eylemine karşı tutum ve davranışları arasında çok büyük farklılıklar bulunmamaktadır. Analizler sonucunda kamu ya da özel hastanelerde çalışan hemşirelerin izharcılık ile karşılaştıklarında bunu en çok informal yollarla gerçekleştireceği en az ise anonim olarak gerçekleştirecekleri sonucu ortaya çıkmıştır.

Kamu ve özel hastanelerinde çalışan hemşirelerin en dikkat çekici farklarından birisi, özel hastanelerde çalışan hemşirelerin içsel izharcılığı kamuda çalışan hemşirelere oranla daha fazla tercih edecekleridir. Aynı şekilde özel hastanede çalışan hemşirelerin anonim izharcılığı kamuda çalışan meslektaşlarına göre yüksek oranda tercih edecekleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum da Smith, Keil ve Depledge (2001:200), İç izharcılığa yeltenecek olan kişilerin daha çok anonim kalacakları bulgusunu ile örtüşmektedir.

İsparta'da yaptığımız araştırma sonucunda kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler kimliklerini saklamayarak medyaya, savcılığa, polise ya da ilgili mercilere

bildirme konusunda uzak durmaktadırlar. Hemşirelerin içsel izharcılığa eğilimlerinin daha fazla olduğu ve bunu informal yollarla yapacakları sonucuna ulaşılmıştır.

Hemşirelerin kamu ve özel ayrımından sonraki çalışmalarda, hemşirelerin izharcılık eylemini seçme ya da red etme nedenleri üzerinde çalışmalar yapılarak hemşirelerin informal ya da içsel izharcılığı seçme nedenlerine daha açıklayıcı cevaplar getirilebilir.

Kaynaklar

- 1.AKSAKOĞLU, Gazanfer. (1999), Toplum Sağlığı ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Arasındaki İlişki, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, Ankara Tabip Odası
- 2.AYDIN, Ufuk. (2002-2003), İş Hukuku Açısından İşçinin Bilgi Uçurması (Whistleblowing), Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi.
- 3.Barnet, Tim. (1992), A Preliminary Investigation of the Relationship Between Selected Organizational Characteristics and External Whistleblowing by Employees, Journal of Business Ethics, 11: 949-959.
- 4.BUCKA, Dave. ve Kleiner Brian H. (2001), Whistleblowing in the Aerospace and Defence Industries, Managerial Law, Vol.43, No. 1/2: pp.50-56.
- 5.DAWSON, Stuart. (2001), Whistleblowing: A Broad Definition And Some Issues For Australia
- 6.DEMİRGİL, Hakan. (2010), "Parametrik Olmayan (Non- Parametrik) Hipotez Testleri", Ed. Şeref Kalaycı, SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara s 85-110.
- 7.EATON, T. V., Akers, M. D. (2007). Whistleblowing and Good Governance, The CPA Journal, 77(6), 66-71.
- 8.HENIK, E. Gail. (2008), Mad as Hell or Scared Stiff? The Effects of Value Conflict and Emotions on Potential Whistle-Blowers, Doctor of Philosophy in Business Administration
- 9.HERSH, M.A. (2002). Whistleblowers-Heroes or Traitors?: Individual And Collective Responsibility For Ethical Behaviour. Annual Reviews in Control, 26, 243-262.
- 10.NAYIR, Dilek Zamantılı. (2012), Kurumsal Etik ve Whistleblowing, Pozitif Yayınları, 1. Basım, Cağaloğlu/ İstanbul.
- 11.NEAR, Janet P., Micelli, Marcia P. (1985), Organizational Dissidence: The Case of Whistleblowing, Journal of Business.
- 12.PARK H., Blenkinsopp J., Oktem M. K., Omurgonulsen U., (2007) Cultural Orientation and Attitudes Toward Different Forms of Whistleblowing: A Comparison of South Korea, Turkey, and the U.K ,Journal of Business Ethics 82:929-939
- 13.RAY, Susan L., (2006), Whistleblowing And Organizational Ethics, Nursing Ethics 2006 13 (4)



14. Smith, H.J., Keil M. ve Depledge G.(2001), Keeping mum as the project goes under: Toward an explanatory model, Journal of Management Information Systems, 18(2), 189-227.

University of California, Berkeley.

15. YILMAZ, Emel. G. (2009). Kurumsal İletişim ve Prensiplere Dayalı Kurumla Uyuşmazlık Davranışı.

16. 4857 sayılı, İş kanunu <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4857.html> Resmi Gazete Yayınları. (Erişim Tarihi: 11.03.2014).

17. Asian Institute of Management. (2006), Whistleblowing in the Philippines: Awareness, Attitudes and Structures, RVR Center-Hills Program on Governance, June 2006 at rvrcvstarr.aim.edu/files/download/474 (Erişim Tarihi: 27.05.2014)

18. İzhar, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.54009de4044ba3.65573453 (Erişim Tarihi: 14.04.2014)

19. Whistleblower Lists, http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_whistleblowers (Erişim Tarihi: 14.04.2014)

İLAÇ PAZARLAMASINDA ETİK BİR DEĞERLENDİRME

Aykut EKİYOR*

E. Asuman ATILLA**

ÖZET

Hekimlerle, ilaç endüstrisi arasındaki ilişkilerin ne kadar etik olduğu konusu üzerindeki tartışmalar, dünyanın her yerinde yapıldığı gibi ülkemizde de ciddi bir tartışma konusu olma özelliği taşımaktadır. Konuyla ilgili çeşitli görüşler bulunurken, hekim-ilaç endüstrisi ilişkisinin hiçbir surette hekimin ilaç endüstrisi tarafından desteklenmemesi gerektiği şeklinde ve hekimlerin ilaç endüstrisiyle çok daha yakın temas içinde bulunabileceği ve bunun hekimin öğrenme ve kendini geliştirmesine katkıda bulunacağı şeklinde olmak üzere iki uç görüşten de bahsetmek mümkündür. Aslında buradaki temel konu ülkemizde hekimlerin ilaç endüstrisiyle olan etkileşimlerinin nasıl olduğu ve nasıl olması gerektiğidir.

Akılci ilaç kullanımında, başlangıç noktası olarak kabul edebileceğimiz faaliyet hekimin ilacı reçetelendirmesidir. Dolayısıyla hekimin, reçetelendirme faaliyetine etki eden etmenlerin ortaya konularak, akılcı ilaç kullanımı sağlanmalıdır. Bu çalışmada amacımız, ilaç pazarlamasında yaşanan temel etik sorunlara yönelik geniş bir bakış açısı oluşturmaktır.

Bu amaçla, Ahmad, Akhtar, Awan, ve Murtaza tarafından 2011 yılında geliştirilmiş olan bir ölçek kullanılarak toplam 50 askeri doktora anket uygulaması yapılmıştır. Hekimlerin, ilaç pazarlaması ve sosyal sorumluluğa ilişkin algılarını değerlendirmek üzere, ilaç seçimlerindeki tercihlerini ve etkenlerini ortaya koymak amacıyla sorulan sorular sonucunda elde edilen bulguları şu şekilde özetleyebiliriz: Hekimlerin %90'ı ilaç firması mümessillerinin ziyaretlerini faydalı bulduklarını belirtirken, %10'u faydalı bulmadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %88'i mümessillerin ziyaretlerinin bilgi edinmeleri konusunda faydalı bulduklarını açıklamış, ayrıca hekimlerin tıbbi markaları reçetelerken %87 oranında hastanın uygunluğuna bakarak karar verdikleri tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç, Pazarlama, Etik

*Yrd. Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, İİBF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, aykutekiyor1974@yahoo.com

**Öğr. Gör. Dr., Gazi Üniversitesi, İİBF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, asumanatilla@gmail.com

AN ETHIC EVALUATION IN MEDICINE MARKETING

ABSTRACT

The arguments of how ethic the relationship between doctors and medicine industry is also an important debate in Turkey as it is in the world. As there are various perspectives on the issue, it is possible to mention the two extreme views as the doctors should not be supported in any case by the medicine industry or the relation should be very close as for the doctors to learn and improve themselves in the doctor-medicine industry. The main issue is how the relationship is between the doctors and the medicine industry and how should it be.

Rational use of medicines, which can be accepted as a starting point is that the activities of the physician prescribing medication. Therefore, by putting forth the factors affecting the physician in prescribing, a rational medicine use should be provided. The aim of this study is to create a broad perspective on fundamental ethical problems in pharmaceutical marketing.

To this point, a scale survey developed in 2011 by Ahmad, Akhtar, Awan, and Murtaza was conducted to a total of 50 military doctors. In evaluating the pharmaceutical marketing and social responsibility perspectives of the doctors, the questions asked on medicine preference and effecting factors a result of the findings of the questions can be summarized as: it has been determined that 90% of the physicians stated that they find drug company representatives' visits useful, 10% did not find it useful. 88% of physicians found the visits of representatives useful in obtaining information, also 87% of physicians when prescribing medical brands decide according to the patient's eligibility.

Key words: *Medicine, marketing, ethics*

1. Giriş

Bir ilacın üretiminden hastanın eline geçmesine kadar geçen süreçte birçok kişinin müdahalesi bulunmaktadır. Bu sürecin en önemli aktörlerini ilaç üreticileri, hekimler ve eczacılar oluşturmaktadır (Koca, 2009: 24). Endüstrinin etkisi genellikle ilacın reçete edilmesi sırasında ortaya çıkar. İkincil düşünceler ve satış kaygısının hakim olduğu etkilenimlerde ilk tercih edilmemesi gereken ürün tercih edilebilir, fazla miktarda ve olması gerekenden uzun kullanılabilir. Bu durum hasta bakımı ile ilgili bazı olumsuzluklara neden olabilir (Ağalar, Ağalar, Sayek, 2005: 275).

Oysaki sağlık hakkının gereklerinden biri, toplumsal kaynakların akılcı kullanılmasıdır; eldeki kaynaklar ancak bu ilkeyi dikkate alarak en adil biçimde dağıtılabilecek, gereksinime göre en geniş çapta ve yüksek nitelikte hizmet sunulabilecektir. Aynı yaklaşımla, hekimin bireysel olarak, hizmet sunumunda kullanılan araçları doğru endikasyonda, biçimde ve miktarda kullanmaktan, reçete yazarken akılcı ilaç seçim ölçütlerini dikkate almaya uzanan sorumlulukları da bulunmaktadır (Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri, 2010: 9).

ABD'de hekim endüstri ilişkilerine düzenlemek, standart oluşturmak ve hasta haklarının korunmasını sağlamak amacıyla çok göreceli olmakla birlikte; Amerikan Tabipleri

Birliği (AMA) endüstri kaynaklı hediyelerle ilgili etik kılavuz yayınlamıştır (Ağalar, Ağalar, Sayek, 2005: 278). Ülkemizde de Amerikan Tabipler Birliği (AMA) etik kılavuzuna benzer düzenlemeler Türk Tabipleri Birliği ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmıştır. Türk Tabipleri Birliği konu ile ilgili Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 15. Maddesinde “Hekimler endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kuramazlar. Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik ilişkiler ise şeffaf ve kurusal olmalıdır. Bu ilişkilerde Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı “Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeleri” geçerlidir denilmektedir (www.ttb.org.tr).

Buna ek olarak, Sağlık bakanlığı, İEİS (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası), yükümlülüğünü daha da etkin bir şekilde yerine getirmek amacıyla 1990 yılında İEİS Tıbbi İlaç Tanıtım İlkeleri Kılavuzu'nu hazırlamış ve yürürlüğe koymuştur. Söz konusu Kılavuzun adı, 14 Nisan 2012 tarihli Genel Kurul'da “İEİS İlaç Tanıtım İlkeleri ve Sağlık Mensuplarıyla İlişkiler Hakkında Yönetmelik” olarak değiştirilmiştir. İEİS, akılcı ilaç kullanımı yönünden tıp doktorlarının, diş hekimlerinin ve eczacıların ürünler hakkında doğru ve tarafsız şekilde bilgilendirilmesini temel bir hak olarak görmektedir. Bu bilgilendirme ve tanıtım, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenmiş yasal uygulamalar çerçevesinde etik kriterlere ve kamu yararı değerlerine uymalıdır (www.ieis.org.tr). Ancak bu belirlemeler doğrultusunda; Yönetmelik tamamıyla bir öz denetim mekanizması işlevi görmektedir.

Ayrıca, Türk Tabipleri Birliği hekimlerin endüstri ile ilişkilerinde uyması gereken temel ilkeleri (İlaç kapsamında özetlenmiştir) aşağıdaki biçimde belirlemiştir (Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri, 2010: 45):

- Hekimlere akılcı ilaç ve uygun teknoloji kullanım ilkeleri konusunda yeterli ve sürekli bilgilendirme yapılmalıdır.
- Hekimleri hastalarında belli bir ilacın kullanmaları konusunda yönlendirmek ya da bu ilacın hastane ilaç listesine eklenmesini teşvik etmek amacıyla, bilimsel amaca hizmet etmeyen, salt ticari amaçlı çalışmalar (tez çalışmaları da dahil) yapılmamalıdır.

Bununla birlikte hekimlerin reçeteleme davranışları birçok faktör tarafından etkilenebilmektedir. Bu faktörlerin bir kısmı hekimler üzerinde olumlu davranış değişikliklerine yol açarken, diğer bir kısmı hekimleri olumsuz yönde etkileyerek akılcı olmayan reçetelemeye ve sonuçta akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilmektedir (Demirkıran, Şahin, 2010,1).

Bu anlamda, hekimin karşılaşılabileceği bir çifte bağlılık biçimi, bir şirket ile hastalarının ve/veya toplumun çıkarlarının çatıştığı ya da çatışma olasılığı bulunan durumlardır. İlaç şirketleri, tıbbi teknoloji şirketler ve diğer ticari örgütlenmeler hekimlere sıklıkla, numunelerden, eğitim toplantılarına katılabilmek için gerekli yol ve konaklama giderlerini karşılamaya ve araştırma etkinliklerine katılım için yüksek miktarda para ödemeye dek değişen çeşitli hediyeler ve kazançlar sunar. Bu türden şirket hediyelerinin altta yatan ortak amacı, hekimi o şirketin ilacını yazmaya ya da ürününü kullanmaya ikna etmektir. Ve bu ilaç ya da ürün hasta için en iyisi olmayabilir ve/veya toplumun sağlık giderleri için ek bir yük oluşturabilir (Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El kitabı, 2005: 65).

Sonuçta, satış elemanlarının hedef kitlesi ile iletişim şekli haline gelebilecek, öğretime katkı, seyahate katkı, yeme-içme katkısı, onere etme, araştırmaya katkı, örnek-hediye verme ve diğer promosyon materyalleri sunma şeklinde gerçekleşebilmektedir (Doğan, Aksoy, 2002: 91).

İlaç pazarlama tekniklerinin etik yönünü irdeleyen çok sayıda makale bulunmaktadır. Bu çalışmalardan biri Freeman ve Katz, (1987: 34-39) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada, ilaç firmalarının uygulamakta olduğu aşırı promosyonel tekniklerin, hekimlerin temel reçete yazma davranışlarını etik olmayan yönde değiştirebildikleri sonucuna ulaşılmıştır. İsveç'te yapılan bir başka çalışmada da, ilaç firması mümessilleri tarafından sunulan bilgilerin ilaç reçete edilmesi konusunda yönlendirici olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Andersson, Lindberg, Troein, 2002; 623-631).

Demirkıran ve Şahin tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada ise, hekimlerin, ilaç seçimlerini en çok etkileyen faktörlerin “ilacın klinik etkinliği”, “ilacın güvenliliği”, “ilacın hastaya uygunluğu”, “hastanın tıbbi geçmişi, geçirdiği hastalıklar, kullandığı ve kullanmakta olduğu ilaçlar” ve “ilacın biyoyararlılık düzeyi”; en az etkileyen faktörlerin ise “eczacıların yönlendirmeleri ve beklentileri”, “ilaç firması temsilcileriyle kurulan kişisel arkadaşlık”, “ilacın isminin hastalığın tıbbi ismi ile benzerliği”, “ilaç firması temsilcilerince sağlanan yemekli ilaç tanıtımları” ve “plasebo amaçlı ilaç yazma” olduğu tespit edilmiştir.

2. İlaç Pazarlamasında Etik Bir Değerlendirme Yapmaya Yönelik Bir Araştırma

Hekimlerin, ilaç pazarlaması ve sosyal sorumluluğa ilişkin algılamalarını değerlendirmek üzere, ilaç seçimlerindeki tercihlerini ve etkenlerini ortaya koymak amacıyla Ankara ilinde ikamet eden toplam 50 askeri doktora Ahmad, Akhtar, Awan, ve Murtaza tarafından 2011 yılında geliştirilmiş olan bir ölçek kullanılarak anket uygulaması yapılmıştır. Anket formu 10.05.2014-08.07.2014 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir.

2.1. Bulgular

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde toplam 50 katılımcının %80'inin erkek, %20'sinin de kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%66) 36-41 yaş arasında olduğu görülmektedir. Anket formunu cevaplandıran hekimlerin tamamı Ankara ilinde görev yaparken, %76'sının uzmanlık alanlarının olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin uzmanlık alanlarının Aile Hekimi, Beyin cerrahisi, Enfeksiyon Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Kulak Burun Boğaz, Ortopedi ve Travmatoloji, Radyasyon Onkolojisi, Halk Sağlığı ve Üroloji olduğunu görmekteyiz.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

CİNSİYET	S	YÜZDE
Erkek	4	80
Kadın	9	20
TOPLAM	5	100
YAŞ		
24-29 Yaş Arası	6	12
30-35 Yaş Arası	1	22
36-41 Yaş Arası	3	66
TOPLAM	5	100
İL		
Ankara	5	100
TOPLAM	5	100
UZMANLIK		
Evet var	3	76
Hayır pratisyenim	1	24
TOPLAM	5	100
BRANŞ		
Aile Hekimi	1	3
Beyin cerrahisi	7	18
Enfeksiyon Hastalıkları	5	14
Fizik Tedavi ve	6	16
Kulak Burun Boğaz	4	11
Ortopedi ve Travmatoloji	8	21
Radyasyon Onkolojisi	1	3
Halk Sağlığı	3	8
Üroloji	3	8
TOPLAM	3	100

İlaç firmalarının kullandıkları promosyon araçları incelendiğinde 40 hekimin ilaç firmalarının broşürlerinden, 39 hekimin eşantyon, 41 hekimin numune ve ilaç, 2 hekimin hasta malzemesi ve 8 hekiminde hediye eşya promosyonlarından faydalandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2: İlaç Firmalarının Kullandıkları Promosyon Araçları

	S	YÜZDE
Broşür	6	12
Eşantiyon , broşür	3	6
Numune, ilaç, broşür	5	10
Numune, ilaç, eşantiyon, broşür	26	52
Numune, ilaç, eşantiyon, hasta	2	4
Numune, ilaç, eşantiyon, hediyelik eşya	8	16
TOPLAM	50	100

Toplam 50 hekime uygulanan anket sonuçlarına göre hekimlerin %50'sinin ilaç firmalarının pazarlama yöntemlerinden memnun olduğu tespit edilirken, diğer yarısının memnun olmadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 3: Hekimlerin İlaç Pazarlamalarının Yapılış Şeklinden Memnun Olup Olmama Durumu

	S	Y
Evet	2	5
Hayır	2	5
TOPLAM	5	1

Hekimlerin %38'i ilaç firmaları tarafından kendilerine verilen numune ilaçların hiçbirinden hastaların yararlandığını belirtirken, %30'u %1-%25 arasında hastaların verilen numune ilaçlardan faydalandığını belirtmişlerdir.

Tablo 4: Hekimlere İlaç Firmaları Tarafından Verilen Numune İlaçlardan Hastaların Yararlanma Yüzdesi

	S	Y
1% - 25%	1	3
%26-%50	7	1
%76-%100	9	1
Hiçbirinden	1	3
TOPLAM	5	1

Üretici firmanın imajı hekimlerin %42'sinde bir ilacı tercih etmesinde temel etken iken, %28'i kişisel fayda oranını temel etken olarak belirtmiştir.

Tablo 5: Hekimlerin İlaç Tercihlerinde Temel Etkenler

	YÜ
Kişisel fayda oranı	28
Literatür desteği	20
Tıbbi markanın kişisel	10
Üretici firmanın imajı	42
TOPLAM	100

Hekimlerin tıbbi markaları reçetelerken %87 oranında hastanın uygunluğuna bakarak karar verdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 6: Hekimlerin Tıbbi Markayı Reçetelemelerindeki Temel Etken

	S	Y
Bilimsel finansal destek	3	6
Hastanın uygunluğu	4	8
Kişisel tatmin	3	6
TOPLAM	4	1

Hekimlerin %90'ı mümessillerin ziyaretlerini faydalı bulduklarını belirtirken %10'u faydalı bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7: Hekimlerin İlaç Firması Mümessillerinin Ziyaretlerini Faydalı Bulup Bulmama Durumları

	S	Y
Evet	4	9
Hayır	5	1
TOPLAM	5	1

Hekimlerin %46'sı mümessil ziyaretlerini %50 oranında faydalı bulduklarını bildirmişlerdir.

Tablo 8: Hekimlerin Mümessil Ziyaretlerini Ne Oranda Faydalı Bulduğu

	S	Y
100%	8	1
25%	5	1
50%	2	4
75%	1	2
TOPLAM	4	1

Hekimlerin %88'i mümessillerin ziyaretlerinin bilgi edinmeleri konusunda faydalı buldukları, %6'sının bilimsel finansal destek ve etik tutum açısından faydalı buldukları sonucuna ulaşmıştır.

Tablo 9: Hekimlerin Mümessil Ziyaretlerini Hangi Konuda Faydalı Buldukları

	S	Y
Bilgi edinme	4	8
Bilimsel finansal destek	3	6
Etik tutum	3	6
TOPLAM	4	1

Hekimlerin %64'ü yeni tanıtılan ilaçlarla ilgili mümessillerin sorularını %50 oranında tatmin edecek şekilde cevaplandığı görüşünde oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 10: Yeni Tanıtılan İlaçlarla İlgili Mümessillerin Hekim Sorularının Yüzde Kaçını Tatmin Edecek Şekilde Cevaplandığı

	S	Y
100%	2	4
25%	1	2
50%	3	6
75%	6	1
TOPLAM	5	1

%44 oranında hekimlerin kendi literatür taramaları sonucuna göre piyasaya yeni sunulan bir ilacı yazdıkları, %34 oranında da mümessil tarafından verilen literatüre göre karar verdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 11: Hekimlerin Yeni Piyasaya Sunulan Bir İlaç Reçetelemeden Önce Nasıl Kesin Karar Verdikleri

	YÜZD
Değerlendirme/deneme ve yanılma	12
Firma imajına göre	10
Kendim literatür taraması yaparım	44
Mümessil tarafından verilen	34
TOPLAM	100

Hekimlerin %44 oranında uluslar arası, %34 oranında da ulusal-uluslar arası ilaç firmalarının markalarını tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Tablo 12: Hekimlerin Genellikle Hangi Firmanın Markasını Tercih Ettikleri

	YÜ
Homeopatik (Farmakolojik etkisi)	4
Ulusal	18
Ulusal, uluslar arası	34
Uluslar arası	44
TOPLAM	100

Hekimlerin %47’si markanın etkinliği sebebiyle ulusal ya da uluslar arası ilaç firmalarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 13: Hekimlerin Bahsedilen Firmanın Markasını Hangi Gerekçe ile Tercih Ettikleri

	S	Y
Bilimsel finansal destek	1	2
Firmanın standartları	1	3
Markanın etkinliği	2	4
TOPLAM	4	1

Hekimlerin %60’ı ilaç firmalarının bilimsel yönden yaptıkları pazarlama şekillerinden memnun kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 14: Hekimlerin İlaç Firmasının Pazarlama Şeklinden Memnun Olup Olmama Durumu

	S	Y
Bilimsel	3	6
Firmanın ziyaretleri	1	3
Hiçbiri	3	6
TOPLAM	5	1

Hekimlerin %88 oranında aynı firmanın ilacını reçeteleme sıklığının, bir ilacın kalitesi konusunda reçetelemelerini etkilemediği şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir.

Tablo 15: Hekimlerin Aynı Firmanın İlacını Reçeteleme Sıklığının, Bir İlacın Kalitesi Konusunda, Reçetelemelerini Etkileyip Etkilemediği

	S	Y
Evet	6	1
Hayır	4	8
TOPLAM	5	1

Hekimlerin %38'i istatistiksel şemaların, %34'ü sözel bilgilendirmenin ilaç değerlendirmesi yapmasına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 16: Ne Tür Bir Literatürün Hekimlerin İlacı Değerlendirmesine Yardımcı Olduğu

	S	Y
İstatistiksel Şemalar	1	3
Farmakolojik broşürler	5	1
Fotoğraflar ve posterler	9	1
Sözel bilgilendirme	1	3
TOPLAM	5	1

Hekimlerin ulusal ilaç firmalarının mı yoksa uluslararası ilaç firmalarının mı pazarda daha fazla tanıtım harcaması yaptıklarını düşündükleri sorulduğunda hekimlerin %90'ının uluslararası ilaç firmalarının daha fazla tanıtım harcaması yaptıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.

Tablo 17: Hekimlerin Ulusal İlaç Firmalarının mı Yoksa Uluslararası İlaç Firmalarının mı Pazarda Daha Fazla Tanıtım Harcaması Yaptıkları Konusunda Düşünceleri

	S	Y
Her ikiside	5	1
Uluslararası	4	9
TOPLAM	5	1

Hekimlerin %52'sinin hiçbir ilaç firmasının pazarda etik davranış sergilemediği kanısında oldukları sonucuna varılmıştır.

Tablo 18: Hekimlere Göre Ulusal ve Uluslararası İlaç Firmaları İçinde Hangilerinin Pazarda Daha Fazla Etik Davranışlar Sergiledikleri Durumu

	S	Y
Her ikiside	8	1
Hiçbiri	2	5
Ulusal	3	6
Uluslararası	1	2
TOPLAM	5	1

İlaç firmalarının %80'inin etik olmayan promosyon ürünleriyle hekimleri etkileyemediği görüşü ortaya çıkmıştır.

Tablo 19: İlaç Firmalarının Etik Olmayan Promosyon Ürünleriyle Hekimleri Etkileme Durumu

	S	Y
Evet	1	2
Hayır	4	8
TOPLAM	5	1

Hekimlerin %72'si etik olmayan bir pazarın gerçek sorumlusunun ilaç firmaları, hekimler ve mümessillerin hepsinin olduğu görüşündedirler.

Tablo 20: Hekimlere Göre Etik Olmayan Bir Pazar Var İse, Gerçek Sorumlusunun Kim Olduğu

	S	Y
İlaç firmaları	9	1
Doktorlar	3	6
Hepsi	3	7
Mümessiller	2	4
TOPLAM	5	1

3. Sonuç ve Öneriler

İlaç firmalarının kullandıkları promosyon araçları incelendiğinde 40 hekimin ilaç firmalarının broşürlerinden, 39 hekimin eşantiyon, 41 hekimin numune ve ilaç, 2 hekimin hasta malzemesi ve 8 hekiminde hediye eşya promosyonlarından faydalandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Toplam 50 hekime uygulanan anket sonuçlarına göre hekimlerin %50'sinin ilaç firmalarının pazarlama yöntemlerinden memnun olduğu tespit edilirken, diğer yarısının memnun olmadıkları tespit edilmiştir.

Hekimlerin %38'i ilaç firmaları tarafından kendilerine verilen numune ilaçların hiçbirinden hastaların yararlanmadığını belirtirken, %30'u %1-%25 arasında hastaların verilen numune ilaçlardan faydalandığını belirtmişlerdir.

Üretici firmanın imajı hekimlerin %42'sinde bir ilacı tercih etmesinde temel etken iken, %28'i kişisel fayda oranını temel etken olarak belirtmiştir.

Ayrıca;

- Hekimlerin tıbbi markaları reçetelerken %87 oranında hastanın uygunluğuna bakarak karar verdikleri tespit edilmiştir.
- Hekimlerin %90'ı mümessillerin ziyaretlerini faydalı bulduklarını belirtirken %10'u faydalı bulmadıklarını belirtmişlerdir.
- Hekimlerin %46'sı mümessil ziyaretlerini %50 oranında faydalı bulduklarını bildirmişlerdir.
- Hekimlerin %88'i mümessillerin ziyaretlerinin bilgi edinmeleri konusunda faydalı buldukları,
- Hekimlerin %64'ü yeni tanıtılan ilaçlarla ilgili mümessillerin sorularını %50 oranında tatmin edecek şekilde cevaplandırıldığı görüşünde oldukları tespit edilmiştir.
- Hekimlerin %44 oranında ulusal arası, %34 oranında da ulusal-uluslar arası ilaç firmalarının markalarını tercih ettikleri tespit edilmiştir.
- Hekimlerin %47'si markanın etkinliği sebebiyle ulusal ya da uluslar arası ilaç firmalarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir.
- Hekimlerin %60'ı ilaç firmalarının bilimsel yönden yaptıkları pazarlama şekillerinden memnun kaldıklarını bildirmişlerdir.
- Hekimlerin %88 oranında aynı firmanın ilacını reçeteleme sıklığının, bir ilacın kalitesi konusunda reçetelemelerini etkilemediği şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir.
- Hekimlerin ulusal ilaç firmalarının mı yoksa uluslar arası ilaç firmalarının mı pazarda daha fazla tanıtım harcaması yaptıklarını düşündükleri sorulduğunda hekimlerin %90'ının uluslar arası ilaç firmalarının daha fazla tanıtım harcaması yaptıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.
- Hekimlerin %52'sinin hiçbir ilaç firmasının pazarda etik davranış sergilemediği kanısında oldukları sonucuna varılmıştır.
- İlaç firmalarının %80'inin etik olmayan promosyon ürünleriyle hekimleri etkileyemediği görüşü ortaya çıkmıştır.
- Hekimlerin %72'si etik olmayan bir pazarın gerçek sorumlusunun ilaç firmaları, hekimler ve mümessillerin hepsinin olduğu görüşündedirler.



Hekimlerin reçeteleme biçimleri ve tanı/tedavi uygulamaları güncel bilimsel verilerle yönlendirilmeli, akılcı ilaç kullanma ve iyi hekimlik ilkelerine uyulmalıdır (Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri, 2010: 45).

Ayrıca, kongre seyahat giderlerinin karşılanması da bir promosyon biçimidir. Hekimin kendini geliştirmesi bakımından uluslararası ve ulusal kongrelere katılımı önemlidir. Kongrelerde en son bilgilere ulaşılır, tecrübeler ilk ellerden dinlenir ve ciddi bir bilgi paylaşımı olur. Bilimsel toplantılarda hekim giderlerinin karşılanması (kongre desteği) alışılmış bir durumdur. Ancak firma desteğinin hekime değil de, kuruma verilmesi daha uygun olacaktır. Ya da kongre ücretlerinin vergiden düşülmesi de bir diğer yöntem olacaktır.

İrlanda'da yapılan benzer bir araştırmasında hekimler, mümessillerin sundukları bilgileri tıbbî içerikli bulmayıp, promosyonel özellikte buldukları ve bilgilerin yanlış tutumlu sunulduğu yönünde kanaat belirmişlerdir. Bu nedenle, hekimler kanıt değerlendirmeleri konusunda daha donanımlı olarak mezun edilmelidir; hâlâ hekimlik yapanların da hizmet içi eğitimlerine bu alanda bir an önce hız verilmelidir

Bunların yanı sıra, İspanya'da bu sorunu ortaya koymaya yönelik yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin çoğunun yazdıkları ilacın ücreti hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Bu konuda hekimler sık sık uyarılmalıdır (Ağalar, Ağalar, Sayek, 2005: 275).

Bu sebeple kurum içerisinde düzenlenecek olan hizmet içi eğitim programları da faydalı olabilecek birkaç öneri içerisinde sıralanabilir.

Kaynaklar

- 1.AĞALAR C., Ağalar F., Sayek İ., (2005), “Hekim ve İlaç Şirketleri Arasındaki Etkileşimler”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 48: 273-283, 2005.
- 2.ANDERSSON SJ, Lindberg G, Troein M., (2002), “What Shapes GPs' Work with Depressed Patients? A Qualitative Interview Study”, *Fam Pract*; 19: 623-631, 2002.
- 3.DEMİRKIRAN M., Şahin B., (2010), “*Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçimlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri*”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, 2010.
- 4.DOĞAN Ş., Aksoy K., (2002), “Doktor Firma İlişkisi”, **Türk Nöroşirurji Dergisi**, 12: 90 - 93, 2002.
- 5.**Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Elkitabı**, (2005), Çeviri Dr. Murat Civaner, Dünya Hekimler Birliği, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 2005.
- 6.FREEMAN J.W., Kaatz B., (1987), “The Physician and the Pharmaceutical Detail Man: An Ethical Analysis”, **The Journal of Medical Humanities and Bioethics**, 8: 34-39, SPRING/SUMMER 1987.
- 7.KOCA M., (2009), “Hekimin İlaç Tedavisinden Kaynaklanan Ceza Sorumluluğu”, **EÜHFD**, C. XIII, S. 3-4, 2009.
- 8.**Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri**, ((2010), Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara, Mayıs 2010.
- 9.http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31, 17.07.2014.
- 10.http://www.ieis.org.tr/pdfler/IEIS_ITI2013.pdf, 17.07.2014.

HEMŞİRELERİN ETİK DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Harun KIRILMAZ *

Suna AYDIN**

Fatma BENK***

ÖZET

Günümüzde sağlık hizmeti talebi ve ihtiyacının artması ve farklılaşması, sağlık hizmeti sunumunda birtakım değer ve ilkelerin daha da önem kazanması sonucunu doğurmuştur. Hastanın değerleri ve beklentileri ile sağlık hizmeti sunumunda hemşirenin değerlerinin ve kendisinden beklenenlerin çatışması şeklinde ortaya çıkan etik ikilem, hizmet sunumunda olumsuzlukların yaşanmasına, etkili, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunulamamasına neden olmaktadır.

Bu araştırma hemşirelerin etik karar verebilme düzeyini belirleyebilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyotasa Hastanesi ve Yenikent Devlet Hastanesinde (N=606) görev yapan hemşireler arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Byrd (2006) tarafından hemşirelerin etik duyarlılığını ölçmek amacıyla geliştirilen ve Orgun ve Khorshid (2009) tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılan “Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi” kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri orta seviyede olduğu görülmüştür. Hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri senaryolara göre değişmektedir. Bu bulgular hemşirelerin etik duyarlılıklarını karşılaştıkları vakanın özelliklerinin etkilediğini göstermektedir. Sonuç olarak hemşirelerin etik duyarlılığının artırılması ve dolayısıyla etik sorunları tanıma ve çözümünün sağlanabilmesi için, mezuniyet sonrası ve sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Etiği, Etik Duyarlılık, Etik Eğitimi

*Yrd.Doç.Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, hkirilmaz@sakarya.edu.tr

**Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi

***Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

A RESEARCH ON THE DETERMINATION OF ETHICAL SENTIMENT OF NURSES

ABSTRACT

Increase and differentiation of health service demand and necessity today have resulted in gaining importance of some values and principles in health service presentation. Dilemma, coming forward as a conflict between the values and expectations of patients and the values of nurses in health service presentation and the things expected from them, causes experience of negations in service presentation, and not providing an effective, efficient and quality health service.

This research was performed to determine the level of ethical decision making of nurses. 150 nurses, selected by random sampling method among nurses who are serving at Sakarya Training and Research Hospital, Toyotasa Hospital and Yenikent State Hospital (N= 606) and who accepted to participate in the research were included in the research scope. As a data collection tool, “ethical sentiment test for nurses” was used which was developed for measuring ethical sentiment of nurses by Byrd (2006) and translated into Turkish and whose reliability was made by Orgun and Khorshid (2009). Reliability analyses of the data obtained in the study were made. Definitive statistical methods and correlation analysis were used for data analysis.

It was observed based on the research data that ethical sentiment levels of nurses were at an intermediate level. Ethical sentiment levels of nurses change according to scenarios. These data illustrate that characteristics of cases that they encounter affect ethical sentiments of nurses. As a result, for improving ethical sentiment of nurses and therefore for recognizing ethical problems and achieving their solutions, it is suggested that post-graduation and sustainable education programs are arranged.

Key Words: *Nursing Ethics, Ethical Sensitivity, Ethics Training*

1. Giriş

Günümüzde sağlık hizmeti talebi ve ihtiyacının artması ve farklılaşması, sağlık hizmeti sunumunda birtakım değer ve ilkelerin daha da önem kazanması sonucunu doğurmuştur. Sağlık hizmeti sunumunun önemli bir parçasını oluşturan hemşirelik hizmetlerinin temelini insan onuru, eşitlik, adalet, dürüstlük oluşturmakta; etik ilkeler, etik karar verme yöntemlerini belirlemektedirler. Hastanın değerleri ve beklentileri ile sağlık hizmeti sunumunda hemşirenin değerlerinin ve kendisinden beklenenlerin çatışması şeklinde ortaya çıkan etik ikilem, hizmet sunumunda olumsuzlukların yaşanmasına, etkili, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunulamamasına neden olmaktadır.

Hemşireler, çalışmaları sırasında pek çok etik sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Hemşireler, karşılaştığı etik problemlerin çözümünde tek başına hareket edemez. Mutlaka diğer sağlık personelinin de kararda yer alması ve hastanın temel belirleyici olması gerekmektedir. Mesleki uygulamalarda karşılaşılan bu sorunların çözümüne yönelik etik ilkelere dayalı düzenlemelerin olmaması ve bilinmemesi ise, etik bir karar verme durumunda çalışanları genellikle bireysel sorumluluklar almaya zorlamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin

meslek yaşamlarında karşılaştıkları etik sorunların belirlenmesi, bu sorunların önemlilik ve önceliklerine göre, çözüm önerilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hizmeti sunan meslek üyeleri hasta bakımını ve tedavisini sürdürme sorumluluğu nedeni ile etik sorunlarla sık sık karşılaşmaktadırlar. Bu sorunlarla yüz yüze gelen hemşireler çözüm yolları üretmek için uygun bir karar vermek zorunda kalmaktadır. Etik duyarlılık, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanır ki bu bağlamda günlük uygulamalar sırasında alınan her karar, hemşirenin etik duyarlılığı hakkında bilgi verebilmektedir.

Hemşirelerin etik duyarlılıkları ile ilgili bu araştırmada hemşirelik etiği ve etik duyarlılık kavramları üzerinde durulmuş ve etik eğitiminin etik duyarlılık üzerindeki etkilerine değinilmiştir. Araştırmanın temel amacı sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin karşılaştıkları vakalarda etik duyarlılık düzeylerinin incelenmesi ve etik karar alma sürecinin analiz edilmesidir. Araştırma kapsamında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyotasa Hastanesi ve Yenikent Devlet Hastanesinde görev yapan 150 hemşire üzerinde uygulanan anket sonuçlarına yer verilmiştir. Araştırmanın sonucunda hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda karşılaştıkları etik duyarlılık düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı ortaya konmaya çalışılmıştır.

2. Kavramsal Çerçeve

Etik, ahlaki davranış, eylem ve yargıları ilgilendiren bir konu olarak felsefe ve bilimin önemli bir parçası ve sistematik bir çalışma alanıdır. Ahlak yanlış- doğru, iyi- kötü, erdem ve kusur, davranışlar ve davranışların sonuçlarını değerlendirme ile ilgilidir. Etik ise, ahlaki konu edinen felsefe dalıdır (Aydın, 2010: 4). Ahlak, genellikle insanların kendisine göre yaşadıkları bir ilkeler topluluğu, bir kurallar toplamı anlamına da gelmektedir. Etik ise ahlaktan farklı olarak, bu tür davranışları felsefi olarak inceleyen ve açıklamaya ve son çözümlemede değerlendirmeye çalışan felsefi soruşturma alanıdır (Arslan, 1994: 119). İç içe geçmiş bu iki kavramın ortak noktası, insanların birbirlerine karşı göstermesi gereken davranış kurallarını, birbirleriyle ilişkilerini düzenleyen davranış ilişkilerini içermesidir (Uzunçarşılı ve Ersun, 2000).

Etik, insanın toplumsal ölçekte gerçekleştirdiği ve başkalarını etkileyen sonuçları olan davranışları ve bunları biçimlendiren düşünme süreçleri ile ilgilidir. Bu doğrultuda etik, verilen kararların diğer insanları nasıl etkilediği ile ilgilenen bir çalışma alanı olarak da tanımlanabilir ve bireylerin farklı davranış seçenekleri arasından doğru davranışı seçerek uygulayabilmelerini amaçlamaktadır. Etik kavramının önemi, gerçekleştirilen ya da gerçekleştirilecek olan davranış sonuçlarının diğer bireyler üzerinde yaptığı etki ve davranışın gerçekleştirilme süreci içerisinde etiğe uygun hareket edilmesi ile belirlenmektedir (Sayiner, 2005: 5).

Etik, her şeyden önce istenilecek bir yaşamın araştırılması ve anlaşılmasıdır. Daha geniş bir bakış açısı ile bütün etkinlik ve amaçların yerli yerine konulması; neyin yapılacağı ya da yapılamayacağı; neyin isteneceği ya da istenemeyeceğinin; neye sahip olunacağı ya da olunamayacağı bilmesidir (Hitt, 1990: 98). Etik insan eylemi ve kararlarının tüm boyutlarıyla uğraştığı için, birçok alt dalı olan çok geniş ve karmaşık çalışma alanıdır (Civaner, 2005: 11). Bu alt dallar medya etiği, kamu etiği, tıp etiği, sağlık etiği vb. olduğu görülmektedir. Her bir alt dal kendi alanları içinde ortaya çıkan değer sorunlarını, etik ikilemleri değerlendirerek, çözüm yolları bulmaya çalışmaktadır.

Sağlık etiği, sağlık hizmetleri sunumunda ahlaki davranışların felsefi açıdan temellendirilmesi anlamına gelmekte olup, sağlık profesyonellerine emanet edilen insan sağlığının değerinin farkında olunması ve hizmet sunumunda değer anlayışını temel almaktadır (Yüksel, 2012: 9). Sağlık etiği, sağlık bakımı veren hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyenlerin ve çok sınırlı olarak da hekimleri ilgilendiren bir kavramdır (Özdemir ve Göze, 2005: 87).

Bilimsel ya da teknik tanı ve tedavilerin karar aşamalarında, tutum ve davranışların etik yönden ne ölçüde kabul edilebilir ya da edilemez olduğuna ilişkin tartışmalar sağlık alanının en ciddi sorunlarından biri durumuna gelmiştir (Öztürk, 2010: 33). Ayrıca sağlık hizmetleri sunumunda, tıbbi araştırmaya dayalı yeni bilgiler, modern toplumların çoğulcu ahlaki, dini değerler ve yaşam tarzlarından kaynaklı tıbbi müdahaleler ve sağlık hizmetleri sunumunda karar verme süreçlerinin giderek karmaşıklaşması (Jansky vd., 2013: 771), sağlık hizmeti talebi ve ihtiyacının artması ve farklılaşmasının sonucunda hastanın değerleri ve beklentileri ile sağlık hizmeti sunumunda hekimin/ hemşirenin değerlerinin ve kendisinden beklenenlerin çatışması sonucu etik ikilemler ve ahlaki değerler arasında seçim yapabilmek için sağlık etiğinin gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Dört ilke yaklaşımı sağlıkta etik sorunlar hakkında basit, ulaşılabilir ve tarafsız bir yaklaşımla düşünmeyi sağlamaktadır. Bu yaklaşım sağlıkta uygulama kapsamaları için dört ortak ilke olan özerkliğe saygı, yararlılık, zarar vermemek ve adalete dayanmaktadır. Bu ortak temel, ahlaki bir analitik çerçeve ve ortak bir temel ahlaki dili sunmaktadır (Gillon, 1994: 184). Aydınlatma, sır saklama, mahremiyete saygı gösterme, dürüstlük, ayrımcılıktan kaçınma, saygılı davranma ve eşit hizmet sunma, iletişim ve onam, yeterliliği olmayan hasta için karar verme süreci, mesleki gizlilik temel ilkeler arasında yer almamakla birlikte, sağlık etiği ilkeleri arasında yer almaktadır (Williams, 2009: 37).

Sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan etik sorunların tanınması, çözümlenmesi, onların çözüme kavuşturulması ve ortaya çıkışlarının engellenmesi etik bilincine ve duyarlılığına sahip olarak gerçekleştirilebilmektedir. Etik sorunları saptama yeteneği etik duyarlılığı tanımlamak için makul bir başlangıç noktasıdır (Sparks ve Hunt, 1998: 94). Etik duyarlılık, var olan etik sorunların farkına varabilme ve önemini saptayabilme yeteneği olarak da tanımlanabilir (Ersoy vd., 2003). Etik duyarlılık, başkalarının sözel ve sözel olmayan davranışlarını analiz yeteneği anlamına gelmektedir (Kim vd., 2002: 1073).

Etik duyarlılığın geliştirilmesi ve etik açıdan duyarlı sağlık hizmeti sunmak sağlık profesyonelleri için önemlidir. Etik duyarlılık, etkin sağlık uygulama için gereklidir. Sağlık çalışanların klinik alanlar ile etik ilişkisinin farkında olduğu ölçüde, etik ve klinik ortamda ortaya çıkan ahlaki konuları tanıma, tahmin etme ve yanıtlama olasılığı daha yüksektir (Sperry, 2010: 34). Ayrıca etik sağlık profesyonellerin bakımı altındakileri anlamaya ve şefkatli bir şekilde onlara karşılık vermeye çalışırken kullandıkları yöntemler ve kapasitedir (Weaver vd., 2008: 609).

Etik duyarlılığın geliştirilmesinde önemli bir faktör olan etik eğitimi, Etik eğitimi, sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile olan ilişkilerinde ortaya çıkan sorunları belirleyebilme ve etik “değer” taşıyan kararlar alabilme duyarlılık ve anlayışının kazandırılmasını amaçlamaktadır (Aydın, 1999: 90). Etik eğitimi, kavramsal boyutuyla bilişsel, problemlere yaklaşım, çözümlenme, akıl yürütme, karar verme boyutuyla meta-bilişsel, eylemleri anlamlandıran şemalar, yargı çerçeveleri bağlamında davranışsal, olguları/olayları, anlama/anlamlandırma, sosyo-kültürel değer ve duyguları algılama ve

karakter gelişimi boyutunda duysal öğrenme etkinlikleriyle ilişkilidir (Civaner vd., 2009: 137).

Etiğin, sağlık profesyonellerini eğitiminin önemli bir parçası ve eğitimciler için bir görev olarak görülmesine rağmen, eğitim programlarında etiğin nasıl ve nerede konumlandırılacağı, felsefeye dayandırılacağı ve değerlendirmenin en uygun yöntemi hakkında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır (Godbold ve Lees, 2013: 553). Bu bağlamda etik eğitimin yapılandırılması için; etik kuram ve kavramlar, deontoloji kavramı, tıp etiğinin başlıca sorun kümeleri, uzmanlık alanının özel kapsamı içinde yer alabilecek etik ikilemler, etik usullama yöntemleri, etik çözümler için uygulama çalışmaları, tıp etiğinde özel konular etik eğitiminin ana temasını oluşturulabilmektedir (Kavas ve Arda, 2006: 22).

Mesleki etik eğitimi, hemşirenin mesleki yaşantısında etik ve sorumlu davranabilmesini ve etik kararlar verebilecek duruma gelmesini amaçlamaktadır. Profesyonel hemşirelik uygulamalarında, hasta bakımında etik duyarlılığın artırılması için, hemşirelik eğitiminde etik eğitime önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelikte etik eğitiminin yeterliliğinin sağlanması; çağdaş hemşirelik rollerinin yaşama geçirilmesi, kaliteli hasta bakımı sunulması ve hemşirelik mesleğinin profesyonel rollerini sunabilmesi için önemlidir (Gül vd., 2013: 25).

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan etik ikilemlerde hemşirelerin etik duyarlılık düzeyini belirlemektir.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyotasa Hastanesi ve Yenikent Devlet Hastanesinde (N=606) görev yapan hemşireler oluşturmakta olup, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışma 04-29 Kasım 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak Byrd (2006) tarafından geliştirilen ve Orgun ve Khorshid (2009) tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılan “Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi” ve katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır.

Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi, 10 maddelik likert tipi (1-3) bir ölçektir. Ölçekte hemşirelik uygulamaların görülen etik ikilemleri kapsayan 10 senaryo bulunmaktadır. Ölçekte hemşirelerin etik ikilemlerine ilişkin her senaryoda seçebilecekleri üç seçenek bulunmaktadır. Seçenekler hemşirelerdeki etik duyarlılığın seviyesini ortaya koymak amacıyla “1” düşük, “2” orta ve “3” yüksek olarak puanlanmaktadır. Toplam 10 senaryo için en düşük puan 10 ve en yüksek puan 30’dur. Etik duyarlılık hesaplamasında ölçüğe göre düşük, orta ve yüksek duyarlılık düzeyleri Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi’nin Bireysel Madde Puanı ve Toplam Puanı

Etik Derecesi	Duyarlılık	Madde Puanı	Toplam Puan
Düşük		1	10-16
Orta		2	17-23
Yüksek		3	24-30

Çalışmada kullanılan ölçeği oluşturan senaryoların tamamında ifadeler “A”, “B” ve “C” şeklinde sıralanmakla birlikte, her zaman “A” 1 puan, “B” 2 puan ve “C” 3 puan şeklinde sıralanmamaktadır. Her senaryo için farklı şekilde puanlama söz konusudur. Senaryolar ve puanlama ilişkin ayrıntı Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2: Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Puanlaması

Etik Duyarlılığın Derecesi	Yüksek (3)	Orta (2)	Düşük (1)
1. Kısa süre önce Kanser tanısı konulan 52 yaşında bir kadın	C	A	B
2. Akciğer kanseri tedavisi için ameliyata hazırlanan 40 yaşında göçmen bir erkek	A	B	C
3. Bir iş başvurusuna yönelik gerekli olan fiziksel muayene için kliniğe gelen 23 yaşında bir erkek	C	B	A
4. Çalışılan bakım yurdunda kalan ileri düzeyde demans tanısı konmuş 95 yaşında bir kadın	C	B	A
5. Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde sizin bakımınızdaki 18 aylık bir kız çocuğu,	B	C	A
6. Sizin önünüzde hastane kafeteryasında yere düşen orta yaşlı bir erkek,	B	C	A
7. Şiddetli karın ağrısı nedeniyle acil odasına alınan 19 yaşında bir erkek	C	A	B
8. Şizofreni tedavisi için kliniğinizde bulunan ve özel bakım evinde kalan 25 yaşında bir bayan	B	A	C
9. Çalıştığınız kliniğe annesi tarafından karın ağrısı şikâyetiyle getirilen 16 yaşında bir çocuk	A	C	B
10. Çalıştığınız davranışsal psikiyatri bölümünde ilgilenmeniz gereken intihara teşebbüs etmiş 16 yaşında bir genç kız	B	C	A

3.4. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach alfa katsayısından yararlanılmıştır. Ölçeğin genel cronbach alfa katsayısı 0,707 bulunmuştur. Bu haliyle ölçek kabul edilebilir değer olarak ifade edilen 0,70 şartını karşılamaktadır (Altunışık, vd., 2005: 231). Ayrıca bu değer, ölçeğin orijinalini oluşturan Byrd (2006)’ın çalışmasında 0,76 ve Orgun ve Khorshid (2009)’in çalışmasında ise 0,772 bulunmuştur. Önceki güvenilirlik katsayıları dikkate alındığında, ölçeğin güvenilirliğinin benzer bulunduğu söylenebilir.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS for Windows versiyon 20.0 paket programı ile tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama, minimum ve maksimum değerler, standart sapma) ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

4. Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %46'sının 25-34 yaş aralığında, %57,33'ünün evli, %29,33'ünün 5 yıl ve daha az süredir görev yaptığı, %66'sının etik konusunda eğitim aldığı, %52'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 3) .

Tablo 3: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=150)

Özellikler	n	%	Özellikler	n	%
Yaş			Eğitim Durumu		
18-24	23	15,33	Lise	18	12,00
25-34	69	46,00	Önlisans	42	28,00
35-44	50	33,33	Lisans	78	52,00
≥45	8	5,33	Lisansüstü	12	8,00
Medeni Durum			Çalışılan Birim		
Evli	86	57,33	Acil Servis	13	8,67
Bekâr	64	42,67	Ameliyathane	35	23,33
Çalışma Süresi			Dâhiliye	17	11,33
≤5	44	29,33	Fizik Tedavi	4	2,67
6-10	27	18,00	Genel Cerrahi	20	13,33
11-15	38	25,33	Göz	6	4,00
16-20	21	14,00	Kardiyoloji	14	9,33
≥21	20	13,33	KBB	9	6,00
Etik Eğitimi Alma			Ortopedi	12	8,00
Evet	99	66,00	Yoğun Bakım	20	13,33
Hayır	51	34,00			

Tablo 4'te araştırmaya katılan hemşirelerin “Bryd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi”nin madde toplam puan korelasyonları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0,225 ile 0,478 arasında değişmektedir. “Bryd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testi”nin genelinde Cronbach Alpha katsayısı 0,707 olarak bulunmuştur.

Tablo 4: Byrd’in Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Madde Toplam Puan Korelasyonları

Madde No	Düzeltilmiş Madde Test Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Alpha Değeri
Senaryo 1	0,467	0,666
Senaryo 2	0,225	0,704
Senaryo 3	0,340	0,689
Senaryo 4	0,357	0,686
Senaryo 5	0,357	0,686
Senaryo 6	0,373	0,684
Senaryo 7	0,412	0,680
Senaryo 8	0,327	0,691
Senaryo 9	0,478	0,663
Senaryo 10	0,324	0,691
Toplam	0,707	

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre katılımcıların senaryo ortalamaları ve toplam puanları Tablo 5’te görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, araştırmaya katılan hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri orta seviyededir (21,11±2,480). Ayrıca, ifadeler itibarı ile bakıldığında etik duyarlılığın en düşük çıktığı senaryo, Senaryo 4’tür (1,97±0,469). Bu senaryoda, 95 yaşında ileri düzeyde demans tanısı konulan ve bilinci açıkken beslenme tüpü ile beslenmek istemeyen bir hastanın, şu anda karar verecek durumda olmaması sebebiyle yeğenin vasi olarak tüple beslenmesine karar vermesi ve hastanın tüp takılmak üzere gönderilmek için hazırlanmasından söz edilmektedir. Hemşireler bu tür yaşlı ve bilinci kapalı olan bir hasta için düşük seviyede ahlaki duyarlılık göstermişlerdir. En yüksek katılım ise Senaryo 5 (2,21±0,513) ve Senaryo 9’a (2,20±0,518) olmuştur. Senaryo 5’te 18 aylık ve araba kazasında yanmış bir çocuktan, Senaryo 9’da ise karın ağrısı şikâyeti ile gelen ve kızlık zarı sağlam olmayan ve o bölgede ödem olduğu fark edilen ve cinsel istismara uğrama şüphesi bulunan 16 yaşında bir kızdaki söz edilmektedir. Bu bulgular hemşirelerin etik duyarlılıklarını karşılaştıkları vakanın özelliklerinin etkilediğini göstermektedir.

Tablo 5: Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Madde Puan Ortalamaları

Madde No	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Senaryo 1	1	3	2,19	0,642
Senaryo 2	1	3	2,06	0,332
Senaryo 3	1	3	2,17	0,511
Senaryo 4	1	3	1,97	0,469
Senaryo 5	1	3	2,21	0,513
Senaryo 6	1	3	1,99	0,426
Senaryo 7	1	3	2,11	0,376
Senaryo 8	1	3	2,06	0,452
Senaryo 9	1	3	2,20	0,518
Senaryo 10	1	3	2,14	0,418
Etik Duyarlılık	10	30	21,11	2,480

Araştırmaya katılan hemşirelerin karşılaştıkları vakalar karşısında etik duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 6’da yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda;

- Senaryo 1 ile Senaryo 2-3-4-5-6-7 ve 8 arasında pozitif ve düşük düzeyde, Senaryo 9 arasında ise pozitif ve orta düzeyde
- Senaryo 2 ile Senaryo 7 arasında da pozitif ve orta düzeyde
- Senaryo 3 ile Senaryo 5 ve 9 arasında pozitif ve düşük düzeyde, Senaryo 7 arasında ise pozitif ve orta düzeyde
- Senaryo 4 ile Senaryo 6-7-8-9-10 arasında pozitif ve düşük düzeyde
- Senaryo 5 ile Senaryo 6 arasında pozitif ve orta düzeyde, Senaryo 8-9 arasında ise pozitif ve düşük düzeyde
- Senaryo 6 ile Senaryo 7-8-9-10 arasında pozitif ve düşük düzeyde
- Senaryo 7 ile Senaryo 9 arasında pozitif ve düşük düzeyde

- Senaryo 8 ile Senaryo 9-10 arasında pozitif ve düşük düzeyde
- Senaryo 9 ile Senaryo 10 arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlara göre hemşirelerin karşılaştıkları vakalarda sergiledikleri etik duyarlılık düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 6: Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
S1	1									
S2	,197*	1								
S3	,290**	0,138	1							
S4	,244**	0,142	0,107	1						
S5	,282**	0,043	,171*	0,141	1					
S6	,226**	0,145	0,067	,200*	,314**	1				
S7	,187*	,321**	,355**	,212**	0,152	,214**	1			
S8	,191*	0,021	0,102	,199*	,263**	,176*	0,157	1		
S9	,387**	0,125	,279**	,276**	0,141	,219**	,262**	,206*	1	
S10	0,149	-0,013	0,11	,195*	,173*	,232**	0,154	,239**	,304**	1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5. Değerlendirme ve Sonuç

Bu araştırma tedavi ve bakım sürecinde hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda karşılaştıkları vakalarda etik duyarlılık düzeylerinin genel olarak orta seviyede olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçekteki senaryolar arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin en düşük çıktığı senaryoda, ileri derecede demansı olan 95 yaşında uzun süreli bakım gören bir hastanın bilinci açıkken beslenme tüpü ile yaşama istememesi hakkında verdiği karar ile bilinci kapalı iken vasisi tarafından beslenme tüpü yerleştirilmesi için verdiği karar arasında hemşirenin kararı sorgulanmaktadır. Hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerinin en yüksek çıktığı senaryoda ise, yoğun bakım ünitesinde trafik kazası sonucu yaralanan 18 aylık bir bebeğin bakımı ile acil serviste uzmanlığına gereksinim duyulan bir vaka arasında hemşirenin kararı sorgulanmaktadır. Söz konusu sonuçlar, karşılaşılan vakanın özelliklerinin hemşirelerin etik duyarlılıklarını etkilediğini göstermektedir.

Araştırma sonunda ayrıca hemşirelerin yaşı, çalışma süresi, eğitim düzeyi ve etik eğitimi alma durumunun etik duyarlılıklarını etkilediği belirlenmiştir. Aynı şekilde Ertuğ vd.'nin (2012) çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan, etik eğitimi alan ve yaşça daha büyük olan hemşirelerin etik duyarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak hemşirelerin etik duyarlılığının artırılması amacıyla etik eğitimi ve ders programlarının gözden geçirilmesi, bunun yanı sıra mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim

programlarında etik konusuna yer verilmesi önerilmektedir. Hemşirelerin etik duyarlılığının artırılması ve dolayısıyla etik sorunları tanıma ve etik karar verebilme için, mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının düzenlenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca hastanelerde yer alan etik kurulların etik ikilem yaşayan hemşirelere danışmanlık hizmeti verecek şekilde yapılandırılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. ALTUNIŞIK, Remzi, Recai Coşkun, Serkan Bayraktaroğlu ve Engin Yıldırım (2005), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya Kitabevi, Sakarya.
2. ARSLAN, A. (1994), *Felsefeye Giriş*, Vadi Yayınları, Ankara.
3. AYDIN, İ. (2010), *Yönetmelik, Mesleki ve Örgütsel Etik*, Pegem Akademi Yayınları, 4. Baskı, Ankara.
4. AYDIN, E. (1999), “Etik Yönünden Hastane Hizmetleri”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Dergisi*, 7, s. 88-92.
5. BYRD, Lisa Marie (2006), Development of an Instrument to Identify the Virtues of Expert Nursing Practice: “Byrd’s Nurses Ethical Sensitivity Test”, Unpublished PhD Thesis, The University of Southern Mississippi.
6. CİVANER, M., Ö. Sarıkaya ve H. Balcıoğlu (2009), “Uzmanlık Eğitiminde Tıp Etiği”, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9, s. 132-138.
7. CİVANER, M. (2005), *Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Elkitabı*, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
8. ERSOY, N. ve Ü. N. Gündoğmuş (2003), “A Study of the Ethical Sensitivity of Physicians in Turkey”, *Nursing Ethics*, 10(5), s. 472-484.
9. ERTUĞ, Nurcan, Demet Aktaş, Saide Faydalı ve Osman Yalçın (2012), “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi”, *1. Ulusal Hemşirelikte Yenilikler Kongresi*, 11-13 Ekim 2012, Ankara.
10. GILLON, R. (1994), “Medical ethics: four principles plus attention to scope”, *BMJ*, 309:184.
11. GODBOLD, Rosemary ve Amanda Lees (2013), “Ethics education for health professionals: A values based approach”, *Nurse Education in Practice*, 13(6), s. 553-560.
12. GÜL, Ş., G. Duru, B. Bayrak, N. Devrez (2013), “Etik Dersi Alan ve Almayan Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verebilme Düzeylerinin İncelenmesi”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, s. 23- 31.
13. HITT, W. (1990), *Ethics and Leadership: Putting Theory into Practice*, Columbus, Ohio: Battelle.
14. JANSKY, M., G. Marx, F. Nauck, ve B. Alt-Epping (2013), “Physicians' and Nurses' Expectations and Objections Toward A Clinical Ethics Committee”, *Nursing Ethics*, 3, s. 771-783.

- 15.KAVAS, V. ve B. Arda (2006), “Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Etiğin Yeri”, *XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı*, İzmir, s. 20-23.
- 16.KIM, Y. S., J. W. Park, Y. J. Son ve S. S. Han (2002) “Nurse Managers’ Moral Self Concept and Ethical Sensitivity”, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(7), s. 1072-1078.
- 17.ORGUN, Fatma ve Leyla Khorshid (2009), “Byrd’ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Testinin Geçerlik ve Güvenirliği”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 25(2), s. 25-42.
- 18.ÖZDEMİR, Kerim ve Fehim Göze (2005), “Bandırma’da Hemşirelerin Sağlık Etiği Algılamaları”, *Siyaset ve Yönetimde Etik Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, Sakarya, s. 87- 97.
- 19.ÖZTÜRK, H. (2010), Yönetici Hemşirelerin Etik Davranışları ve Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 20.SAYINER, M. A. (2005), Yönetimsel Etik Kavramının Örgütlerde Uygulanması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Davranış Bilimleri Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 21.SPARKS John R. ve Shelby D. Hunt (1998). “Marketing Researcher Ethical Sensitivity: Conceptualization, Measurement, and Exploratory Investigation”, *Journal of Marketing*, 62(2), s. 92-109.
- 22.SPERRY, Len (2010), “Ethical Sensitivity in Christian Healthcare Practice”, *The Journal of Christian Healing*, 26(2), s. 29-34.
- 23.UZUNÇARŞILI, Ü., M. Toprak ve O. Ersun (2000), *Şirket Kültürü ve İş Prensipleri*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
- 24.WEAVER K, J. Morse ve C. Mitcham (2008), “Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis”, *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), s. 607-618.
- 25.WILLIAMS, J. R. (2009), *Medical Ethics Manuel*, World Medical Association Publication, 2. Edition, France.
- 26.YÜKSEL, Canan (2012), “Etik ve Felsefi Açından Hasta – Hekim İlişkisi”, Ed. Nazmi Zengin, *Sağlık Çalışanı – Hasta İlişkisinde Güncel Konular*, Kardelen Yayınları, Konya, s. 7-18.

SAĞLIK YÖNETİMİNDE CİNSİYETE DAYALI MESLEKİ AYRIMCILIK VAR MIDIR? – T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATINDAKİ ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİN CİNSİYET DAĞILIMLARININ ORTAYA ÇIKARILMASI

Gökhan ABA*

Ebru Özlem GÜVEN**

Aysu KURTULDU***

ÖZET

Türkiye istihdam verilerine göre sağlık sektörü, kadınların çoğunlukta olduğu ikinci sektör olup, bu çoğunluk daha çok hemşire, ebe ve hekim sayısından oluşmaktadır. Ancak, Sağlıkta Dönüşüm Programı' ile birlikte sağlık bakanlığın taşra teşkilatının üst düzey yönetici kademeleri olarak kabul edilen il sağlık müdürlüğü, kamu hastaneler birlikleri genel sekreterlikleri ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü kadrolarına bakıldığında, kadın yöneticilerin sayısı ne yazık ki istenen oranda değildir. Bu durum, cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın varlığına işaret etmektedir. Bu çalışmanın amacı, T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı'nın üst düzey yönetim kademelerindeki yöneticilerin cinsiyet dağılımlarını ortaya koymak ve cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın varlığını ispatlayacak bulgulara ulaşmaktır. Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı yapılanmasında kadınların üst düzey yönetim kademelerine atanmasında cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık olduğu varsayımına ulaşılabilmektedir. Bu çalışma ile kadına yönelik istihdam politikalarının gözden geçirilmesi; kadının çalışma yaşamındaki yerini tehdit eden sosyo-kültürel, ekonomik, psikolojik, yasal ve politik engellerin aşılmasına yönelik yeni modeller geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, Sağlık Yönetimi, Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılık

*Öğr. Gör. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, gokhanaba@aydin.edu.tr

**Yrd. Doç. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, ebruozlemguven@aydin.edu.tr

***Öğr. Gör. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, aysukurtuldu@trakya.edu.tr

IS THERE ANY GENDER-BASED OCCUPATIONAL DISCRIMINATION IN HEALTH CARE MANAGEMENT?- TO REVEAL THE DISTRIBUTION OF GENDERS OF TOP MANAGERS IN PROVINCIAL ORGANIZATION OF MINISTRY OF HEALTH

ABSTRACT

According to Turkey Employment Datas, health sector is the second sector that have the majority of women labour. However, the rate of women managers in Provincial Health Directorate, General Secretary of Public Hospital Associations and Provincial Public Health Directorate hasn't been enough yet. This situation showed the presence of gender-based occupational discrimination. The aim of this study was to determine the distribution of gender in Provincial Organization of Ministry of Health and to reach findings about the presence of gender-based occupational discrimination in health sector. In conclusion, according to findings, there is a gender-based occupational discrimination in Provincial Organization of Ministry of Health. In this study, we suggested that women's employment policies should be revised, new models for breaking through socio-cultural, economic, politic and legal obstacles should be developed.

Key Words: Gender, Health Care Management, Gender-based Occupational Discrimination

1.Giriş

İktisadi ve sosyo-kültürel koşulların yönlendiriciliğinde kadın, çalışma yaşamına hızlı ve aktif biçimde girmeye başlamıştır. Çalışma yaşamına katılan kadın, artık işyerinde varlığını hissettiren ve statü kazanma arzusu içerisinde olan, ekonomik bağımsızlığını elde eden bir bireye dönüşmeye başlamıştır. Sadece iyi bir eş olma, salt ev işlerinden ve çocukların bakımından sorumlu olma rollerinden sıyrılmaya başlamış, üretime ve ev ekonomisine ortak olan, elde edeceği statü ile sosyal bir saygınlık kazanma arzusu taşıyan bir kadın olarak, yaşamın sorumluluklarını erkek ile paylaşabilme olanağına kavuşmuştur. Bu da kadının "çalışan kadın" rolünü de beraberinde getirmiştir (Pur vd.,1998). Kadın açısından bu süreç güçlenme ve statü kazanması açısından belirleyici olmuştur.

Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre, kadınların iş gücüne katılma oranı 2004 yılında %23,3 iken, bu oran 2013 yılında %30,8'e çıkmıştır. OECD ülkeleri sıralamasında ise, kadının istihdam oranı 2011 yılında %77,3 ile en yüksek oranda İzlanda olarak gösterilirken, %27,8 ile en son sıralamada 35. ülke olarak Türkiye yer almaktadır (OECD, Veri Tabanı, 2011). Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırmaları Vakfı'na göre ise bu oran 2011 yılı için %24,2'dir ve kadın istihdamının Kasım 2008'den Kasım 2011'e, kayıtlı ücretli çalışanlar içindeki payı %22,6'dan %24,2'ye çıkmıştır. 1,6 puanlık bu artışın kadının istihdama katılımı anlamında olumlu bir seyir olduğu yorumlanmaktadır. Ancak bu olumlu gelişmenin yanı sıra, Devlet Personel Dairesi Başkanlığı (DPB) 2012 verilerine göre kamuda çalışan kadınların oranı %35,92 ve erkeklerin oranı ise %64,08 iken, 2012 yılında kamuda üst düzey yönetici olarak çalışan erkeklerin oranı %88,92, kadınların oranı sadece %11,8'dir. Bu oranlar, kadınların kamudaki kadrolara yönelik atamalarda cinsiyete dayalı bir ayrımcılığa maruz kaldığının işaretidir.

Sağlık sektörü açısından bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumunun 2011 verilerine göre, Türkiye'de istihdam edilen kadınların %5,6'sı, genel anlamda sağlık işlerinde çalışmaktadır (vasıflı ya da vasıfsız ayrımı yapılmaksızın) ve sağlık sektörünün % 52'si kadınlardan oluşmaktadır. Bu oranın yüksek olma sebebi kadın hemşire ve ebe sayısından kaynaklanmaktadır. Ancak Türkiye kamu sağlık sektörü incelendiğinde, üst düzey yöneticilik pozisyonlarına yapılan atamalarda ise kadına yönelik cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın gözlemlendiği bir sektör olduğu karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatında görev yapan üst düzey yönetici pozisyonlarındaki kadınların bu ayrımcılığa maruz kalma oranını ortaya çıkarmaya ve cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın varlığını kanıtlamaya yönelik olması bakımından önemli bulgular taşımaktadır.

1.1. Ayrımcılık ve Eşitlik Kavramları

"Ayrımcılık" kavramını ve beraberinde alt türleri olan "Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık" ve iş yaşamındaki izdüşümü bağlamında, "Cinsiyete Dayalı *Mesleki* Ayrımcılık" kavramlarını açıklayabilmek için, önce "Eşitlik" kavramının ülkemizdeki yasal konumlandırmasına odaklanmak gerekmektedir. Bu bağlamda Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 10.maddesinde, kadın ve erkeğin ülkemizdeki eşitliklerinin nasıl açıklandığına bakmak gerekmektedir. Bu maddeye göre; "Herkes dil, din, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetmeksizin kanun önünde eşittir. Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz" (T.C. Anayasası, 10.madde).

Ancak kadınların iş hayatına katılmalarına dair yasal bir engelin bulunmaması, yani hukuk önünde erkeklerle eşit haklara sahip olmaları, kadının işe alım / atamalar sürecinde ayrımcılığa uğramayacağını garanti etmemektedir. Ayrıca eşitliğin hukuken belirtilmiş olması da maalesef yeterli olmamakta, fiili olarak sağlanabilmesi için devletlerin pozitif yükümlülükler uygulamaları gerekmektedir (Bayram, 2012).

Ayrımcılık, temelde "bir kişiyi belirli bir özelliği nedeniyle mağdur etme" olarak ifade edilmektedir (Ataöv, 1996). Daha özelinde ise ayrımcılık, "toplum, örgüt ya da bir grup içinde birey(ler)in diğerlerine sağlanan hak ve olanaklardan yararlanmasının engellenmesi" olarak tanımlanmaktadır (Ataöv, 1996).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) (1958) tarafından yayınlanan iş ve meslek sözleşmesine göre ayrımcılık; "ırk, renk, cinsiyet, din, siyasal inanç, ulusal veya sosyal menşe bakımından yapılan iş veya meslek edinmede veya edinilen iş veya meslekte tabi olunacak muamelede eşitliği yok edici veya bozucu etkisi olan her türlü ayrılık gözetme, ayrı veya üstün tutma, ilgili üye, memleketin, varsa temsilci, işçi ve işveren teşekkülleri ve diğer ilgili makamlarla istişare etmek suretiyle tespit edeceği, meslek veya iş edinmede veya edilen iş veya meslekte tabi olunacak muamelede eşitliği yok edici veya bozucu etkisi olan bütün diğer ayrılık gözetme, ayrı tutma veya üstün tutma" olarak tanımlanmaktadır.

Ayrımcılığa neden olarak gösterilen unsurların kimi zaman doğuştan gelen cinsiyet, yaş, ırk, renk vb. özellikler, kimi zaman da sonradan elde edilebilen dil, din, medeni durum, siyasi düşünce vb. özellikler olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, doğuştan gelen ya da sonradan oluşan bazı fiziksel durumlar ya da engeller de ayrımcılık kapsamında değerlendirilmektedir (Demir, 2011). Bu çalışma ayrımcılığın iş yaşamında karşılaşılan cinsiyete dayalı boyutu üzerinde durmaktadır.

Ayrımcılık; doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Doğrudan ayrımcılık; açıkça bir gruba yöneltmiş olması nedeniyle o grubun ve/veya

mensubunun maruz kaldığı ayrımcılık gayet belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Örneğin, belirli iş pozisyonlarının iş ilanlarında doğrudan cinsiyet belirtilmesi doğrudan bir ayrımcılığı göstermektedir. Aslında anayasanın eşitliğe ilişkin ilgili maddesi bu durumu tanımlamaktadır. Ancak, yukarıda da belirtildiği üzere, fiili hayatta bu eşitliği sağlamak için pozitif yükümlülükler işletilmediği için doğrudan ayrımcılıktan dolayı ayrımcılığa doğru bir geçiş olmaktadır (Yenisey, 2002; Gül ve Ulaş; 2011) yani iş ilanlarında / atama kriterlerin de özellikle bir cinsiyet açıkça tanımlanmasa bile, düzenli olarak belirli bir cinsiyetin tercih edilmesi bu ayrımcılığın doğrudan değil ama dolaylı olarak gerçekleştiğini göstermektedir.

Dolaylı ayrımcılık ise; görünüşte ayrımcı olmayan her türlü eylem, işlem ve uygulamalar sonucunda, bu kanunda yasaklanan ayrımcılık temelleriyle bağlantılı olarak, bir gerçek veya tüzel kişinin veya topluluğun hak ve özgürlüklerden yararlanmasında bakımından nesnel olarak haklılaştırılmayan dezavantajlı bir konuma sokulması şeklinde yer almaktadır (Yenisey, 2002; Gül ve Ulaş; 2011). Dolaylı ayrımcılıkta ilgili düzenlemede herhangi bir gruba yönelik ayrımcılık açıkça bulunmamaktadır, görünüşte tarafsız ve eşitlikçidir. Mesela bir iş ilanında ya da atama kriterlerinde, her hangi bir cinsiyet belirtilmediği halde, sadece erkeklerin işe alınması / atanması sonucunda, bu durumda belli bir grubun ayrımcılığa maruz kaldığı ortaya çıktığında dolaylı ayrımcılık görünür hale gelmektedir. Böyle bir durumda dava açılırken bu iş ilanı üzerinden kaç erkek ve kadın başvurucunun olduğu, bu ilan üzerinden kaç kadın kaç erkek çalışanın işe alındığı / atandığı gibi sayısal veriler ispat için kullanılabilir. Dolaylı ayrımcılığın ispatını ancak istatistiksel ve sayısal verilerle yapmak mümkün hale gelecektir (Yenisey, 2002; Gül ve Ulaş; 2011).

İş yaşamında ayrımcılık açısından *dini ve etnik kökene dayalı ayrımcılık, yaşa dayalı ayrımcılık, cinsiyete dayalı ayrımcılık ve engelli olma durumuna göre ayrımcılık* türleri bulunmaktadır. Bu çalışmanın kapsamını cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık konusu oluşturmaktadır (Demir, 2011).

1.2. Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılık Kavramları

Cinsiyete dayalı ayrımcılık, bir kişinin bir kadına, cinsiyetine dayalı olarak, bir erkeğe davrandığı veya davranacağından daha olumsuz ya da daha az olumlu davranması (dolaysız ayrımcılık) ve / veya biçimsel olarak eşitlikçi gözükken davranış veya uygulamaların sonradan kadın üzerinde ayrımcı etkiler yaratması (dolaylı ayrımcılık) olarak tanımlanmaktadır (Acar vd., 1999). Bu tanımlamada belirtilenin aksine cinsiyete dayalı ayrımcılık, teorik açıdan erkeklere yönelik olarak da gerçekleşebilir olmakla birlikte, yapılan pek çok araştırmanın da gösterdiği gibi pratikte çoğunlukla kadınlar üzerinde etkili olduğu da bilinmektedir. Bu durumun en önemli kanıtları, her gelişmişlik düzeyindeki ülkede kadınların istihdam edilme oranlarının ve üst düzey yönetim kademelerinde kadın çalışan oranlarının düşüklüğünü gösteren istatistiklerdir (Devlet Personel Başkanlığı, 2011).

Cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık ise, kadının işgücü piyasasındaki konumuna odaklanan bir konudur (Demirbilek, 2007). İşe alımlarda, pozisyon değişikliklerinde ve her düzeydeki yönetici atamalarında kadının doğrudan ya da dolaylı olarak ayrımcılığa uğramasını temsil eden bir kavramdır. Doğrudan cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık örnekleri sıklıkla çeşitli kuruluşlarda işe eleman alımında ve terfilerde gözlenebilmektedir. Dolaylı cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık ise, bir kişinin, kendisinden bir şey isteyen bir kadına, istenen şeyi vermeyi bir şarta bağlaması durumunda da ortaya çıkabilmektedir (Acar vd., 1999).

İş yaşamında cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığının en önemli göstergesi, işlerin kadın ya da erkek işi olarak ayrılması (Dalkıranoglu ve Çetinel, 2008) ve adayların bu özellikleri dikkate alınarak değerlendirilmesidir (Chabaya vd., 2009). Kadının işgücü piyasasındaki bu konumunun iyileştirilmesi ise kadına yönelik istihdam politikaları ve gelişimi ile ilişkilidir. Kadının işgücü piyasasındaki konumunun iyileşmesi ülkelerin kalkınma sürecine olumlu olarak yansdığından kadına yönelik istihdam politikaları önemini daha da artmıştır (Aslantepe, 2006).

Çalışan kadınların çeşitli nedenlerle işgücüne katılımı gecikmekte ve o nedenle üst düzey pozisyonlara gelmeleri ve kariyerlerinde ilerleme kaydetmeleri de gecikmektedir. Türkiye'nin işgücüne katılım oranı yaş gruplarına göre incelendiğinde, işgücüne katılım oranının maksimum düzeye ulaşması erkeklerde 25–34, kadınlarda 35–54 yaş grubu olduğu görülmektedir. Bu gecikme eğitim, evlilik, doğum ve annelik sorumlulukları nedenleriyle meydana gelmektedir. Ayrıca yapılan birçok araştırma kadınların en fazla orta yönetime gelebildiklerini ve kariyer gelişimlerinin bu noktada durduklarını göstermiştir (Avşar ve Çarıkçı; 2004). Bunun da nedenleri; kadının biyolojik özelliklerinin öne çıkması, evlilik ve anne olmak şeklinde sıralanmaktadır. Bu engellerden biri de, çalışma yaşamında erkeklerin kadınlara yönelik önyargılara sahip olmaları olarak açıklanmaktadır. Çoğu olumsuz olan bu önyargılar, kadınların üst düzey sorumlulukları yerine getiremeyeceğine dair görüşleri kapsamakta ve kadınları yöneticilik vasıfları açısından yetersiz olarak değerlendirmektedir. Erkek yöneticiler tarafından oluşturulan önyargı ve engeller ise "kadınlarla iletişim kurmanın zorluğu" ve "erkeklerin gücü elde tutma" isteğidir (Aycan, 2006). Kırılması oldukça zor olan bu cam tavanı, çok az kadın çok çetin bir mücadele sonucu aşarak tepe yönetime ulaşabilmektedir (Aycan, 2006). Özellikle toplumsal cinsiyet ayrımcılığını yoğun yaşayan toplumlarda, cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın daha fazla yaşandığı söylenebilir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı kapsamında yer alan İl Sağlık Müdürlükleri, Kamu Hastane Birlikleri ve Halk Sağlığı Müdürlüklerindeki üst düzey yönetim kadrolarına atanmış olan yöneticilerin cinsiyet dağılımlarına yönelik oranlarına ulaşarak, cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın varlığını ortaya koymaktır. Yapılan literatür taraması sonucunda, Tablo-1'de yer alan kadrolar bazında herhangi bir cinsiyet dağılımına yönelik veriye ulaşılamamış ve herhangi bir resmi istatistiğe rastlanmamıştır. Bu verilerin yoksunluğu bakımından ve kadının kamu sağlık sektöründe maruz kaldığı cinsiyet ayrımcılığının varlığı bakımından bu bulgulara ulaşmak önem arz etmektedir.

2.2. Araştırmanın Önemi

Araştırma; T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı kapsamında yer alan İl Sağlık Müdürlükleri, Kamu Hastane Birlikleri ve Halk Sağlığı Müdürlüklerindeki üst düzey yönetim kadrolarına atanmış olan yöneticilerin kadın ve erkek oranlarının elde edilmesi sonucunda kamu sağlık sektöründeki cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın varlığını ortaya koymak bakımından önem taşımaktadır. Bu durum tespiti ile temel Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ilgili maddelerine göre açıkça eşitlik ilkesinin ihlal edildiği söylenebilecektir. Bu çalışma ile ayrıca, nitelikli ve eğitilmiş kadını iş gücünün erkek egemen bir iş dünyasında yeterince kıymet görmediği ve kariyer gelişiminin de desteklenmediği ortaya konabilecektir

2.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı (yalnızca il merkezleri çalışmaya dâhil edilmiştir) kapsamında yer alan İl Sağlık Müdürlükleri, Kamu Hastane Birlikleri ve Halk Sağlığı Müdürlüklerindeki üst düzey yönetim kadrolarında görev yapan idareciler oluşturmaktadır. Çalışmanın evreni 868 üst düzey yöneticiden oluşmakta olup, örneklem seçimine gidilmemiş ve evrenin tamamına ilişkin veri İl Sağlık Müdürlükleri, Kamu Hastane Birlikleri ve Halk Sağlığı Müdürlüklerinin resmi web siteleri üzerinden toplanmıştır.

3. Bulgular

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili resmi web siteleri üzerinden elde edilen verilere göre, taşra teşkilatında çalışan üst düzey yöneticilerin 777'si (% 89,5) erkek, 91'i (% 10,5) kadındır. İl Sağlık Müdürlüklerinde, toplam 81 İl Sağlık Müdürünün 80'i erkek ve 1'i kadın; 238 İl Sağlık Müdür Yardımcısının 189'u erkek ve 49'u kadındır. Kamu Hastane Birliklerinde, toplam 88 Genel Sekreterin 85'i erkek ve 3'ü kadın, toplam 77 Tıbbi Hizmetler Başkanının 71'i erkek ve 6'sı kadın, 78 İdari Hizmetler Başkanının 77'si erkek ve 1'i kadın, 79 Mali Hizmetler Başkanının 78'i erkek ve 1'i kadındır. Halk Sağlığı Müdürlüklerinde, 81 İl Halk Sağlığı Müdürünün 77'si erkek ve 4'ü kadın; 146 Müdür Yardımcısının 120'si erkek ve 26'sı kadındır ve Tablo 1'de yüzdelik dağılımları da gösterilmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Çalışmanın bulguları gösteriyor ki, T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İl Sağlık Müdürlüklerinde, Kamu Hastane Birliklerinde, Halk Sağlığı Müdürlüklerinde, üst düzey yöneticilik kademeleri atamalarında erkek egemen bir kadrolaşma ve kadınlara yönelik bir cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılık söz konusudur. Bu ayrımcılık dolaylı bir ayrımcılıktır. Türkiye'de, gerek özel gerek kamuda, kadınların orta ve üst kademelerdeki yükselişi son yıllarda her ne kadar dikkat çekiyor olsa da, yine de en temelde kadınların işgücüne katılımını engelleyen faktörler söz konusudur ve bunlar ağırlıklı olarak ekonomik ve sosyo-kültürel faktörler şeklinde iki grupta toplanmaktadır. Kadınlara yönelik bir engel olan ekonomik faktörler düşük ücret, sosyal güvenlikten yoksun olma, kariyer olanaklarında fırsat eşitsizliği olarak sayılabilir; bir diğer engel olan sosyo-kültürel faktörler ise eğitimde fırsat eşitsizliği, toplumsal cinsiyet anlayışı, evlilik, doğum ve eş sorumlulukları ve bunları besleyen ataerkil zihniyet olarak özetlenebilir.

Kamu sağlık sektörü de, kadınların üst düzey yönetim kademelerine olan atamalarda, maruz kaldığı cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın nedenleri araştırılmalıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve konuyla ilgili muhatap tüm paydaşlar ile birlikte bu konu araştırılmalı ve bu durumun geliştirilmesine yönelik politika ve stratejiler geliştirilmelidir.

Kaynaklar

1. ACAR, F., Ayata, A.G., Varoğlu, D., (1999), Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık: Türkiye’de Eğitim Sektörü Örneği, Ankara, KSSGM.
2. ASLANTEPE, G. (2006), *Kadın İstihdam Zirvesi*, İstanbul.
3. ATAÖV, T. (1996), *Çatışmaların Kaynağı Olarak Ayrımcılık*. A.Ü. S.B.F. İnsan Hakları Merkezi Yayınları No: 20, Ankara
4. BAYRAM, Deniz (2012), Ayrımcılık Yasağı Ve Eşitlik İlkesi, Kadın Emegi Ve İstihdam Girişimi Platformu, İstihdamda Kadına Yönelik Ayrımcılığın Yasal Boyutu, Atölye Notları 8-9 Aralık, İstanbul, s.6-10
5. ÇARIKÇI, İ, N, Avşar (2004), *Kamu Üst Kademe Yöneticilerinin Cinsiyet Temelli Rol Algılamaları Çerçevesinde Alternatif Çalışma Düzenlemeleri ve İzin Politikalarının Etkinliği*, Kadın Çalışmalarında Disiplinler arası Buluşma Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi, Güzel Sanatlar Fakültesi, İstanbul, s. 53-63.
6. CHABAYA, O., Rembe, S., Wadesango, N. (2009), The Persistence Of Gender Inequality in Zimbabwe: Factors That Impede The Advancement Of Women into Leadership Positions in Primary Schools. South African Journal of Education, Vol. 29, s. 235-251.
7. DALKIRANOĞLU, T., ÇETİNEL, F.G. (2008), Konaklama İşletmelerinde Kadın ve Erkek Yöneticilerin Cinsiyet Ayrımcılığına Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 20, Sayı: 1, s.277-297.
8. DEMİRBİLEK, S. (2007), Cinsiyet Ayrımcılığının Sosyolojik Açıdan İncelenmesi Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar, Cilt. 44, Sayı 511, s.12-26.
9. GÜL, İdil Işıl, Karan, Ulaş (2011), Ayrımcılık Yasağı: Kavram, Hukuk, İzleme ve Belgeleme, İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi, http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/source/221_sub5b.asp
10. ILO (1958). Discrimination (Employment and Occupation) Convention. Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work. (No. 111)
11. ILO (1998) Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms, Sectoral Activities Programme, Discussion Report, Geneva.
12. PARLAKTUNA, İnci (2010), [Türkiye’de Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılığın Analizi](#), *Ege Akademik Bakış*, Cilt: 10, Sayı: 4, s.1217-1230
13. TOKSÖZ, G (2007), Türkiye’de Kadın İstihdamının Durumu, ILO, Ankara.
14. YENİSEY, Kübra Doğan (2002), Kadın Erkek Eşitliği Bakımından Türk İş Hukuku’nun Avrupa Birliği Hukuku ile Olası Uyum Sorunları, Kamu-İş, Yargıç Dr. Aydın Özkul’a Armağan, Cilt:6, Sayı: 4, s. 31-72.
15. YENİSEY, Kübra Doğan (2005), Eşit Davranma İlkesinin Uygulanmasında Metodoloji ve Orantılılık İlkesi”, *Legal-İSGHD*, Cilt:7, s. 973-1003
16. YENİSEY, Kübra Doğan (2006), İş Kanununda Eşitlik İlkesi ve Ayrımcılık Yasağı, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Cilt:11, s. 63-81



17. YENİSEY, Kübra Doğan (2012), Ayrımcılık Yasağı Ve Eşitlik İlkesi, Kadın Emeli Ve İstihdamı Girişimi Platformu, İstihdamda Kadına Yönelik Ayrımcılığın Yasal Boyutu, Atölye Notları 8-9 Aralık, İstanbul, s.11-14
18. YÖK, SB, DPT (2010), *Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu*, Ankara.
19. Devlet Personel Başkanlığı İstatistikleri(2014), http://www.dpb.gov.tr/dpb_istatistikler.html (10.04.2014)
20. OECD İstatistikleri (2014), <http://stats.oecd.org/> (10.04.2014)
21. TUİK İstatistikleri (2014), www.tuik.gov.tr (15.05.2014)
22. TEPAV İstatistikleri (2014), <http://www.tepav.org.tr/tr> (16.05.2014)
23. TBMM-T.C. Anayasası (2014), <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm> (16.05.2014)

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

Nilgün SARP*

A. Çetin YİĞİT**

Murat AÇIKGÖZ***

ÖZET

Sağlık sistemindeki yetersizler, birey ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz etkilere, dolayısıyla sağlıkta eşitsizliklere yol açar. Sağlıkta eşitsizliği iki bileşen altında değerlendirebiliriz.

** Sağlık hizmetlerinde yapılan eşitsizlik,*

** Sağlıkta sosyal belirleyicilerin oluşturduğu eşitsizlik,*

Sağlıkta eşitsizlik alanında yapılan çalışmalarda tek bir değerlendirme yöntemi bulunmamaktadır. Birden fazla bağımsız veya bağımlı değişkenlerin kullanılması mümkündür. Genel olarak kullanılan bağımsız değişkenler sosyal sınıf, öğrenim durumu, gelir durumu, meslek durumu gibi konulardır. Ayrıca, yaşam alanının özellikleri, kişilerin etnik yapıları, sosyal güvence durumları, kişilerin sahip oldukları yaşamlarını kolaylaştıran malzemeler, yaşadıkları bölgelerde karşılaştıkları eşitsizlikler de bağımsız değişken olarak değerlendirilebilir. Bağımlı değişkenler ise kişinin sağlık durumu, sağlık hizmetlerini kullanım olanakları, kişilerin sağlığını etkileyen faktörler veya sağlık risklerinin olup olmadığı ve kişilere özel olan sağlık bilgi ve algılamalarının değerlendirilmesidir.

Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya yönelik olarak; toplum içindeki sınıfsal farklılıkları ortadan kaldıracak çalışmaları arttırmak, sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylıklarını sağlamak ve hizmetlerin toplumun genelini kapsayacak şekilde planlanmasını yapmak yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Eşitsizlik, Sağlık Hizmeti

* Prof. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, nilgunsarp@gmail.com

** Yrd. Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, cyigit2002@yahoo.com

*** Uzm. Sıla Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. disci66@gmail.com

INEQUALITY IN HEALTH

Nilgün SARP*

A. Çetin YİĞİT**

Murat AÇIKGÖZ***

ABSTRACT

Deficiencies in health care have adverse effects on the health of individuals and the community, and thus lead to inequalities in health. Health inequality can be assessed under two components:

- *Inequality with respect to health care services*
- *Inequality caused by social determinants affecting health*

In studies conducted in the field of health inequalities, there is no single evaluation method. It is possible to use multiple independent or dependant variables. Independent variables that are usually used include social class, education level, income level, and occupation. Variables such as characteristics of living arrangements, ethnicity, social security situation, materials that help with quality of life, and inequalities faced in region of residence can also be used as independent variables. Dependant variables could be health status of a person, opportunities in access to health care, existence of risk factors or other factors that affect health, and evaluation of health information and perceptions that are specific to individuals.

When it comes to reducing health inequalities, increasing efforts to eliminate differences with respect to social classes, ensuring ease of access to health services, and planning services to include everyone in the general population could be useful.

Keywords: *Inequality in Health, Health care*

1.Giriş

Eşitsizlik etik bir boyutu olan, gereksiz, önlenbilir ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Eşitsizlik sadece günümüz toplumlarına özgü olmayıp, tarihin her döneminde yaşanan eşitsizlikler eğitim, hukuk gibi alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da görülmektedir (Belek, 1998a; Belek, 1999; Kim ve Chung, 2003). Eşitlik ve eşitsizlik kavramları “her şey zıddıyla vardır” ilkesine uygun olarak tarihsel bir birliktelik içindedir. İnsanlık tarihinin eşitsizliklerle dolu geçmişi, insanın eşitliği arayışını yani eşitlik kavramını yaratır. Tarihsel olarak 16-18. yy.larda daha çok gündeme gelmesine karşın ortaya çıkışı 1789 Fransız Devrimi’ndeki “eşitlik”, “kardeşlik”, “özgürlük” üçlemesine dayanır (Marks, 2003:5).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlıktaki eşitsizlik; yalnızca gereksiz ve önlenbilir değil aynı zamanda haksız ve adaletli olmayan farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (İnandı, 1999). Sağlıktaki eşitsizlik olgusu 1970’lerin ortasından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun

gündeminde önemli yer edinmeye başlamıştır. Bu anlamda 1978 Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri felsefesinde ve 1984 Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri içinde sağlıksız eşitsizlikler üzerinde durulmuştur (Belek, 1998a).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık adlı dokümanında; “2020 yılına kadar ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek tüm üye ülkelerde ¼ oranında azaltılmalıdır” tümcesi bulunmaktadır (WHO, 1998). 1990'lı yıllarda sağlık politikasının temel konularından biri sağlıksız eşitsizliği azaltmaktır. World Health Organization (WHO) Herkes İçin Sağlık Avrupa stratejisinin ilk amacını 2000 yılına kadar, ülkeler ve ülke içindeki sosyal grupların sağlık durumlarında meydana gelen eşitsizliği %25 oranında azaltmak olarak belirlemiştir (Dahlgren ve Whitehead, 1992). Ancak Dünya Bankası 2012 kalkınma raporunda, da önceden belirlenen milenyum hedeflerinin başarısız olduğunu, 2015 yılında daha iyi bir görünüm sergilenebileceği vurgulanmıştır (World Development Indicators, 2012: 29).

Dünya Bankası 2012 raporunda 3. Hedef, cinsiyete dayalı eşitsizliğin azaltılarak kadınların güçlendirilmesi konusundadır. Raporunda, kızların ilk ve orta öğrenime kaydolmasının artırılması yönündeki hedefini 96 ülke sağlamıştır, 7 ülke de 2015 de sağlayacaktır. Latin Amerika ve Karayiplerdeki parlamento sandalyelerinin % 24 ü kadınlara aittir. Orta Doğu ve Kuzey Afrika bu konuda geridedir (World Development Indicators, 2012: 35).

Avrupa Komisyonu 2013 yıllık büyüme raporuna göre, kaliteli sağlık hizmetine ulaşımı sağlamak için, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve maliyet etkinliğinin geliştirilmesine olan ihtiyaç onaylanmıştır. Avrupa'da 2020 stratejilerinin hedeflerinin başarılmasında, büyüme ve uyum için sosyal yatırımın ve sağlık yatırımlarının büyümesinin, sağlıksız eşitsizlikleri azalttığı ve insanların daha iyi sağlığa ve uzun süre aktif kalmasına olanak sağladığına dikkat çekilmiştir (European Commission, Report on Health Inequalities in the European Union 2013: 2).

2. Genel Bilgiler

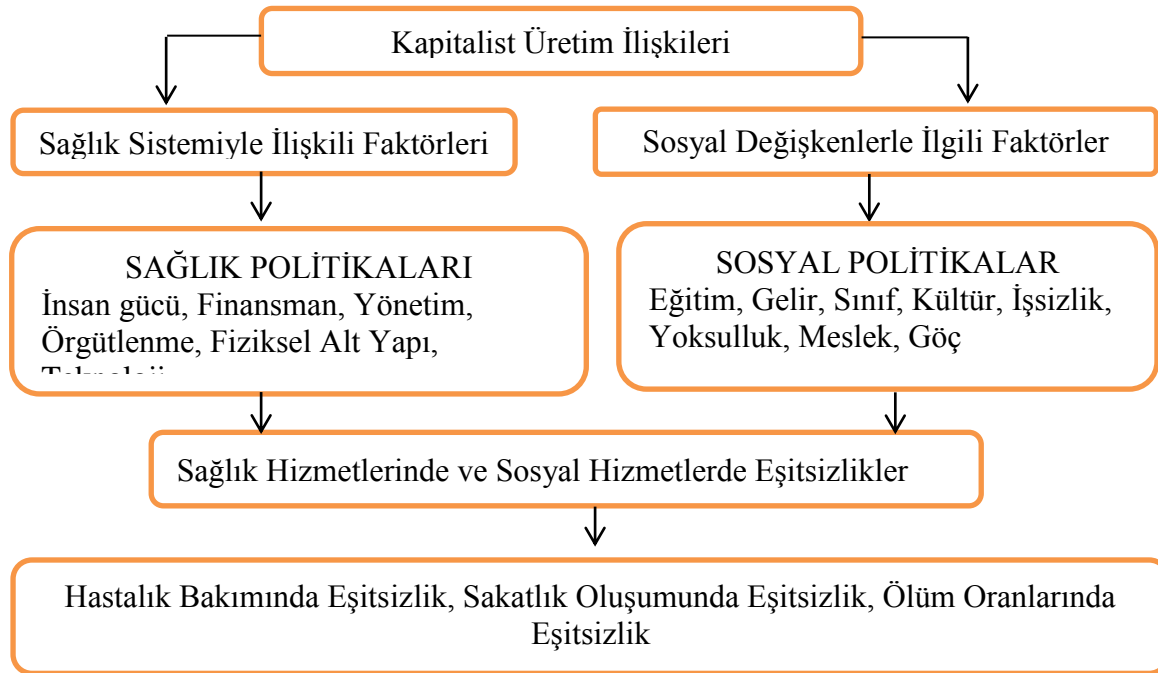
2.1. Sağlıksız Eşitsizlik

Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ise, herkesin, gereksinimi olduğu anda, gereksinimi olduğu kadar sağlık hizmeti alması yani eşit gereksinimler için eşit sağlık hizmeti sağlanmasıdır. Bu alanda eşitsizlik için sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sağlık sisteminin yapısı önem kazanır (Mills,1998). Sağlık hizmetlerinin oluşmasında, sağlık sektöründe bulunan finansman kaynakları, sağlık personelinin örgütlenmesi, çalışma gücü, sağlık yönetimi ve politikaları önemli bir yer tutmaktadır. Bu sayılan faktörlerden birisi veya birkaçında oluşan aksamlar sağlık hizmetlerinin verilmesinde eşitsizlik, yetersizlik ve aksamlara yol açabilir.

Dünya Bankası 2012 raporunda 4. Hedef, çocuk ölümlerinin azaltılmasına yöneliktir ve çocuk ölümlerinin çoğu ne yazık ki önlenemez hastalıklardan olmaktadır (World Development Indicators, 2012: 36).

2.2. Sağlıkta Sosyal Belirleyici Eşitliği

Sağlıkta Sosyal Belirleyici Eşitliği; Sağlıkta eşitsizlikleri yaratan sosyal etmenlerin olumsuz etkilerini yani sosyal eşitsizlikleri kontrol etmek, en aza indirmek ya da ortadan kaldırarak sağlıkta eşitliği sağlamaktır (Braveman, 1998). Bu konuda yapılan çalışmalar genelde bireylerin gelir seviyeleri, toplumda buldukları sınıf, eğitim düzeyleri, yaşam ortamları gibi sosyal konularda belirleyici ve toplumun genelinde yapılan araştırmalarla sağlanmaktadır. Sağlıkta oluşan eşitsizlikler genellikle yukarıda belirtilen iki nedenin birisinin veya her ikisinde negatif yönde etkilenmesine bağlı olarak değişir. Sağlıkta eşitsizlik derinlemesine incelendiğinde, bu sorunun kökeninde Sosyal ve Ekonomik sistemlerin etkili olduğu görülmektedir. Bu durumda oluşan karmaşa, gerek sosyal yapı gerek toplumsal yapı ile sağlık sisteminde oluşan mali etmenleri de etkileyerek, sağlık sisteminde eşitsizliklere yol açmaktadır. Sağlık sistemindeki değişkenler ile sosyal belirleyicilerdeki etkenlerin sağlık sistemi üzerinde oluşturacağı eşitsizlikler doğal olarak birbirinden ayrıcalıklıdır ancak birbirlerinden etkilendikleri söylenebilir. Başka bir deyişle, sosyal değişkenler ve sağlık sistemindeki değişkenler sağlıkta eşitsizlik yaratmakta birbirleri ile koordineli olarak çalışabilirler.



Şekil 1: Sağlıkta Eşitsizliği Oluşturan Etkenler

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2), 118

2.3. Sağlıkta Eşitsizlik

Sağlıkta eşitsizlik ile ilgili yazıların çoğunda, birbirlerine yakın fakat anlamca farklı iki kelime sıkça kullanılmaktadır. Bunlar İngilizcede equal kelimesinden türeyen "Inequality" ve equity kelimesinden türeyen "Inequity" kelimeleridir. Equal kelimesi matematiksel eşitlik durumunu anlatmak için kullanılır. Equity kelimesi ise hakça, adaletli davranma anlamına gelmektedir. Literatürlerde sağlıkta eşitsizlikten söz edilirken "Inequity" kullanılmakta olup böylece durumun etik ve ahlaki boyutu da yansıtılmaktadır. Inequality ise toplumlarda sağlık

durumları farklılıkları ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili eşitsizlikleri matematiksel olarak ifade etmekte tercih edilmektedir (Belek, 1998b).

Sağlıktaki eşitsizlikler bir bütün olarak düşünülmelidir. Yani sadece sosyal yapıdaki eşitsizlikler veya verilen sağlık hizmetlerindeki eksikleri tek başlarına değerlendirmek mümkün değildir. Bu konulardan herhangi birisini ön plana çıkararak çözümüne önem vermek yanlış bir yaklaşımdır. Her iki konuyu da eşit düşünerek ortak bir çözüm üretilmesi gerekmektedir. Yaş ve cinsiyet gibi kontrol edilemeyen etmenlerden kaynaklanan sonuçlar ise sağlıktaki eşitsizlik değil “farklılık” olarak nitelendirilir. Örneğin, genç bir kadın veya erkeğin, kendilerinden yaşça büyük hemcinslerine göre hastalık risklerinin az olması bireyler arasındaki biyolojik bir farklılıktan kaynaklanmaktadır. Bu durum sağlık eşitsizliği ile ilgili değildir. Ancak sosyal yapı ve maddî durum göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede, sağlıktaki eşitsizlikten söz edilebilir ve bu eşitsizlik önenebilir bir eşitsizliktir. Yapılan araştırmalarda, sosyal/ etnik yapının ve bölgesel yaşama şartlarının birçok eşitsizliklerde ön planda olduğu saptanmıştır (Whitehead, 1990).

İnsanların yaşam alanlarında yeteri kadar iş imkânının bulunmaması, eğitimsizlik, yoksulluk/ yoksunluğun fazla olması, fiziki coğrafik yapıdaki olumsuzluklar ve aynı etnik kökene bağlı insanların bulunması o bölgedeki gelir dağılımının bozuk olmasının nedeni olabilir. Sosyal/ etnik yapısı ve bölgesel yaşam şartları düzgün olmayan zengin bir insanın, bölgesel yaşam alanı daha düzgün ve olanakları bulunan bir yoksul/ yoksun insandan daha sağlıklı bir şekilde hayat sürmesi mümkün olabilir.

“Ters Hizmet Kuralı” olarak adlandırılan bu durum eşitsizlikleri daha da artırır (Whitehead 1990).

Dünya Bankası, 2012 Dünya Kalkınma Göstergelerine göre; gelişmekte olan ülkelerde 1990 yılında binde 98 olan çocuk ölüm hızı (beş yaş altı), 2011 de binde 63 e düşmüştür. Ancak ne yazık ki Afrikada sekiz çocuktan biri, Güney Asyada her 15 çocuktan 5 i, beş yaştan önce ölmektedir. Bunların % 70 i ilk bir yıl içinde, bunun yarısı da ilk ay içinde gerçekleşmektedir (World Development Indicators, 2012: 36).

Avrupa Konseyi, AB deki sağlık eşitsizlikleri raporuna göre, bebek ölüm hızı, 2001 de binde 5.7 den, 2011 de binde 3.9 a düşmüştür. 2001-2011 arasındaki en büyük düşüş, % 71,6 düşüş ile Estonya’da ve % 48,9 ile Romanya’da olmuştur (European Commission Report on Health Inequalities in the European Union, 2013: 24).

Sağlıktaki karşılaşılan eşitsizlikler; hastalık bakımında, sakatlık oluşumunda ve ölüm oranlarında karşımıza çıkar. Bunların nedenleri; sağlıksız beslenme, kötü yaşam şartları, yoksulluk/ yoksunluk, etnik köken, mesleki hastalıklar, eğitim konusundaki yetersizliklerine bağlı olabilir. Ancak tüm bu nedenlerin kökeninde sosyal ve ekonomik eşitsizlikler ile toplumun sınıflara ayrılması yatmaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalarda kullanılan; sağlık anketleri, kısa ve uzun süreli sakatlıklar, özürlülük ve engelli durumları, mortalite, sağlık hizmetleri kullanım sayısı veya sıklığı, doğum oranları, sağlık algılamaları, morbidite gibi bağımlı değişkenlerden oluşmaktadır.

2.4. Sosyal ve Ekonomik Eşitsizlikler

Bu konuda sağlık eşitsizliğini inceleyen ve bu konuya açıklık getirtmek isteyen birçok bilimsel yazılar, teoriler olduğu bir gerçektir. Bu çalışmaların neredeyse hepsinde sağlık eşitsizliklerinin belirlenmesi aşamasında genel olarak kullanılan materyaller, insanların gelir durumu ile sağlık durumları arasındaki bağlantıya endekslenmiştir. Oysa sosyal tabakalanma

ya da hiyerarşinin en temel belirleyicisi sayılan sosyo-ekonomik düzey, sağlıkta eşitsizlik çalışmalarında da kullanılan öncelikli bağımsız değişkendir. Sosyo ekonomik düzey'in esas belirleyicisi ise sınıfsal yapıdır. Sınıfsal yapıya ilişkin Marx ve Weber'e ait iki görüş bulunur. Marx'a göre sınıf bireyin üretim araçlarına sahip olma durumuna bağlıdır. Weberci yaklaşımda ise sınıf bireylerin tüketici özelliklerine bağlıdır (Belek, 1998b). Weberci yaklaşımda bireylerin sosyal hiyerarşi içindeki konumları piyasa ilişkileri içindeki konumları ile belirlenir ve bu konumu belirleyen üç temel değişken; gelir, öğrenim durumu ve meslektir (Galobardes, vd. 2006a). Sosyo ekonomik düzeyi belirlemede kullanılan değişkenlerden biri insanların gelir durumudur. Gelir insanların maddi açıdan ulaşabilecekleri maddi varlıklar arasında bulunan ulaşım farklılıklarını ifade eder.

Eşitsizliğe yönelik materyalist yaklaşıma göre; yüksek geliri olan kişilerin sağlıklı, güvenli konutlara ve gıdaya, nitelikli sağlık hizmetlerine erişim olasılığının yüksek olduğu, bu etmenlerin de sağlık durumunu ve mortaliteyi etkilediği belirtilir (Grundy ve Holt, 2001). Gelir, Sosyo Ekonomik Düzey değişkeni olarak kullanıldığında karşılaşılabilecek sorunların bulunması kaçınılmazdır. İnsanların gerçekçi olmamaları, gelirin doğru olarak tespit edilmesinde güvenilir bir sonuç alınamaması, kazançlarını olduğundan fazla ya da az söylenmesi gösterilebilir. Gelir, günlük, haftalık, aylık veya yıllık geliri, kişi başı gelir, birikim, yoksulluk gibi birçok şekilde değerlendirilebilir. Yaşanılan haneye giren toplam aylık gelirin hanede bulunan kişi sayısına bölünmesi ile o hanenin kişi başı gelir düzeyi hesaplanır. Bu hesaplamada yaşanılan evde bulunan kişilerin gelir getirip getirmediğine veya büyük küçük olup olmadığına bakılmaz ve değerlendirmede hepsi aynı düzeyde değerlendirilir. Kişi başı gelir düzeyini belirlemede tabi ki bu hesaplama biçimi tek değildir. Örneğin Oxford Ölçeğinde birinci yetişkin 1,0, diğer yetişkinler 0,7, 18 yaş altı bireyler 0,5 katsayı ile çarpılır, elde edilen toplam sayı hanenin toplam gelirine bölünür (Rahkonen, vd. 2000).

Öğrenim durumu, yapılan araştırmalarda kullanılan en doğru ve gerçekçi bileşen olarak kabul edilebilir. Kişinin iş seçiminde gelir düzeyinde veya gelir kazanma şeklinde belirleyici olabilmekte, hayatının belirli bölümünden sonra genel olarak sabit kalmakta, diğer etmenlere göre daha güvenilir olmaktadır. Kişilerin olanaklara, bilgilere daha rahat ulaşabilmesinde etken olması, bu konuda çalışma yapanlara doğru bilgiler sunması, kişilerin ekonomik olarak gelir düzeylerinde etkin bir rol oynaması açısından da önemlidir.

Eksik istihdamın ve işsizliğin yaygın olduğu ülkelerde öğrenim düzeyinin yüksek olması, Sosyo Ekonomik Düzey'in de yüksek olduğunun göstergesi olmayabilir (Belek, 1998b). Genel olarak bu konuda yapılan araştırmalarda, kişilerin okudukları okul, mesleği ile ilgili eğitim alıp almadığı, diploma seviyesi, yaşadığı evdeki öğrenim seviyesi gibi değişkenler incelenir. Kişilerin bitirdikleri öğrenim düzeyleri sabit olarak düşünülebileceği gibi, bu durum genel olarak bir kategori çevresinde de incelenebilir. Öğrenim durumunun belirlenmesinde birden çok yöntem vardır. Bunlardan biri, kişilerin bitirdikleri okul seviyesidir. Hanenin ortalama öğrenim düzeyi hane reisinin öğrenim düzeyine ya da hanede gelir getirici işte çalışan bireylerin ortalama öğrenim düzeyine göre belirlenir. Bu yöntemde hanede çalışan kişilerin en son mezun oldukları okul ve bu okullara göre öğrenim yılları toplanıp kişi sayısına bölünerek elde edilir (TÜSİAD, 2000).

Meslek konusu Sosyo Ekonomik Düzey bileşeni olarak değerlendirilirken, meslekleri kendi içerisinde konumsal olarak farklılaştırmak gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Meslek, çalışanlara yukarıdaki diğer bileşenlerle beraber harmanlanarak kendi bulunduğu meslek ortamında bir yer sağlamada etken bir bileşendir. Meslekten yola çıkarak, sıklıkla Weberci yaklaşımın sonucu olarak “Ulusal Mesleki Sınıflamalar” ve Amerikan ekolünün

uzantısı olarak oluşturulan “Mesleki Saygınlık Ölçekleri” kullanılır. Mesleki saygınlık ölçeklerinin başlıcaları Duncan ve Treiman’ın Standart Uluslararası Mesleki Saygınlık ölçekleridir. Türkiye’de genellikle Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık Ölçeği kullanılır (Yardım ve Cebeci, 2010).

Erick O. Wright, Marksist kurama göre iyelik; iş ve öğrenime göre nitelik; yönetici, idareci ve işçi olmaya göre örgütsel boyutları belirleyerek 12 sınıf oluşturmuştur (Wright, 2000). Bu sınıflandırma genel olarak ailede aile reisi olarak adlandırılan kişi veya değerlendirme esnasında çalışma süresi çok olan kişi üzerinden belirlenebilir. Sınıf belirlemede en çok rastlanan sorunlar, o evde yaşayan işsizler, ev hanımları, çocuklar ve emeklilerin tespitidir. Her bir sınıf kendi aralarında değerlendirileceği gibi ayrı ayrıda değerlendirilmeye alınabilir. Örneğin işsiz aile halkı kendi arasında değerlendirilebileceği gibi, daha önceden çalıştıkları en son işleri ile veya daha önceden çalıştıkları en uzun süreli iş ile değerlendirmeye alınabilirler.

Eşitsizlikte “yaşam boyu yaklaşım” nedeniyle bireylerin o andaki sınıfları dışında, doğumdaki ya da çocukluk dönemindeki sınıfları da bir değişken olarak alınabilir. Bu çalışmalarda kişilerin doğumunda ya da çocukluk döneminde babalarının ve/veya annelerinin Sosyo Ekonomik Düzey ’ine ya da yaşanan evin özelliklerine göre sınıf belirlenir (Galobardes vd. 2006b). Sağlıkta eşitsizlik üzerine yapılan araştırma ve çalışmalarda, yaşanan veya ikamet edilen evin özellikleri, hayatlarını idame ettirmek ve kolaylaştırmak için kullandıkları sosyal ve yaşam kolaylaştırıcı araçların ne kadarına sahip oldukları, sosyal güvence durumları gibi yaşam biçimlerini doğrudan etkileyebilecek Sosyo Ekonomik Düzey belirleyicilerinin kullanılması da elzem konular arasında yer almaktadır. Yaşanılan evin özellikleri, konumu (apartman dairesi, müstakil ev, gecekodu), mülkiyeti (kira mı yoksa ev sahibi mi), büyüklüğü (odaların sayısı, suyun olup olmadığı ve ısınma durumu, evde yaşayan kişi sayısına göre odaların yerlilik durumu ve odabaşına düşen kişi sayıları, ortak kullanım alanlarının sayısı gibi)’ne bağlı değerlendirmeye alınmalıdır. Hane halkının hayatlarını idame ve kolaylaştırma amaçlı sahip oldukları yaşam kolaylaştırıcı malzemeler, Sosyo Ekonomik Düzey ve sağlıklı yaşam süreci hakkında da araştırmacılara önemli veriler sağlar. Bu etmenler ülkeler arasında değişkenlikler gösterir.

Ülkeler arasında kendi konum ve durumlarına göre yaşamakta olan insanların mensup oldukları etnik kökenleri, toplum içindeki sosyal konumları (sığınmacı, azınlık, göçmen), fakirlik sebebiyle devletten almış oldukları ekonomik yardımlar, yaşanan toplunda bulunan işsizlerin sayısı, toplumda yaşayan yoksul/ yoksun sayısı gibi birçok etmen de Sosyo Ekonomik Düzey eşitsizliklerinde kullanılan değişkenler arasında sayılabilir.

3. Sonuç ve Öneriler

Sağlıkta eşitsizliği ortadan kaldırabilmek için, öncelikle dünyada yaşayan insanların sağlık ihtiyaçlarının eşit bir şekilde karşılanması gerekmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı, sağlık hizmetlerinde verilen hizmetlerden aynı kalitede faydalanılması, sağlık hizmetinde yeni politikaların geliştirilmesi ve sağlık altyapısı ile, sağlıkta yeni gelişmeler ve teknolojilere uyum sağlanması gerekmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerin bireysel değil de toplumsal farklılıklardan kaynaklandığı bir gerçektir. Sağlıkta eşitsizlik ve eşitlik bir bütün olarak düşünüldüğünde, sağlık hizmetinden yararlananların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kültür durumu, maddi durumu, yerleşik olduğu bölge, yoksulluk/ yoksunluk durumu, morbidite, morbilite, sosyal güvenlik durumu,

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

çalışmakta olduğu iş veya meslek, kişisel ve toplumsal yaşama şekilleri, demografik yapısı gibi etkenlerin, doğru ve güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlıkta eşitsizlik konusunda yapılan çalışmalarda hangi değişken türü kullanılırsa kullanılsın, eşitsizliğin kökeninde sosyal sınıf farklılığının olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, sağlıkta eşitsizliği azaltmanın temelinde sosyal sınıf farklılıklarını ortadan kaldırmak veya en alt düzeye indirmenin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin herkesi kapsayacak bir şekilde düzenlenmesi yararlı olabilir. Özel ve Kamu sektöründe sağlık hizmetinde çalışan tüm sağlık çalışanlarının, özellikle bürokrat ve üst düzey personelin, konu ile ilgili bilgi sahibi olması ve koordineli çalışması gerekir. Unutulmamalıdır ki, yeryüzündeki en kıymetli varlık olan insanların, her konuda eşit olmaları gerektiği gibi, sağlık hizmetlerinden de eşit ve kaliteli bir şekilde yararlanması gerekir.

Kaynaklar

- 1.BELEK, İ. (1998b), *Sınıf Sağlık Eşitsizliği*, Sorun Yayınları, İstanbul, 100-147.
- 2.MARKS, K. (2003), *Kapital, Kapitalist Üretim Eleştirel Bir Tahlili*, Birinci Cilt, 3. Baskı. Eriş Yayınları, 5.
- 3.BELEK, İ. (1998a), *Sağlıkta eşitsizlik, Önlenebilir ve kabul edilemez bir politik ekonomi sorun*, Toplum ve Hekim, 13: 2.
- 4.BELEK, İ. (1999), *Sınıflar, sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları, Antalya’da iki bölge yedi sınıf*, Toplum ve Hekim.
- 5.DAHLGREN, G. and WHITEHEAD, M. (1992), *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen Mills C. Equity and health: Key issues and WHO’s role. Geneva: WHO/CHS/HSS/98.3, 1998.
- 6.EUROPEAN COMİSSİON (2013), Report on Health Inequalities in the European Union, Brussels, September 2013.
- 7.GALOBARDES, B. , SMİTH GD. , LYNCH JW. (2006a), Review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. Annual Epidemiology;16: 91-104.
- 8.GALOBARDES, B. , SHAW, M., LAWLOR, DA. , LYNCH JW, SMİTH, GD. (2006b), Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health 60:7- 12.
- 9.GRUNDY, E. , HOLT, G. (2001), The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? J Epidemiol Community Health;55:895-904.
- 10.İNANDI, T. (1999), *Sağlık hakkı ve eşitsizlikler*, Toplum ve Hekim, 14: 5.
- 11.MİLLS, C. (1998), *Equity and health*, Key issues and WHO’s role. Geneva: WHO/CHS/HSS/98. 3.
- 12.RAHKONEN, O. , ARBER, S. , LAHELMA, E. , MARTİKAİNEN, P. , SİLVENTOİNEN, K. (2000), Understanding income inequalities in health among men and women in Britain and Finland. Int J Health Serv. 30:27-47.
- 13.ŞİMŞEK, H. ve KILIÇ, B. (2012), *Sağlıkta Eşitsizlikler ile İlgili Temel Kavramlar*, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,10(2).
- 14.THE WORLD BANK (2012), World Development Indicators, April 2012, USA.
- 15.TÜSİAD (2000), *Türkiye’de Gelir Dağılımı ve Yoksulluk*, Lebib Yalkın Yayınları, İstanbul.
- 16.WHITEHEAD, M. (1990), *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen: EUR/ICP/RPD/414.
- 17.WRİGHT, EO. (2000), *Class counts*, Comparative studies in class analysis: Student edition. Cambridge: Cambridge University Pres.
- 18.YARDIM, MS. , CEBECİ, H. (2010), *Ankara İli Çankaya İlçesi’nde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyoekonomik farklılıklar*, Ege Tıp Dergisi;49(1):19-30.
- 19.WHO (1998), Health 21. Health for all in the 21 st century. Erişim:12.04.2014. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf

SOSYO-EKONOMİK FAKTÖRLERİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ: ANKARA'DA İKİ FARKLI BÖLGEDE SAĞLIK EŞİTSİZLİĞİ ARAŞTIRMASI

Fikriye YILMAZ*

Cansu AYKAN**

Rukiye NUMANOĞLU TEKİN***

ÖZET

Sağlıkta eşitsizlik, sağlığa etki eden sosyal etmenlerin ve/veya sağlık sistemindeki yetersizliklerin etkisiyle bireylerin ve/veya toplumun sağlığında önlenemez bozulmaların oluşmasıdır. Sağlıkta eşitsizlik kavramı geçmişten günümüze devam eden bir sorun olmakta ve üzerinde en fazla tartışılan konular arasında yer almaktadır. Araştırmada, sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkilerini belirlemek amacıyla, Ankara Sincan'da birinci basamak sağlık hizmeti alan 18 yaş ve üstü 100 kişi ve Çayyolu'nda 100 kişi olmak üzere toplam 200 kişiye anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda; yaşanan bölgeye göre; eğitim seviyesi, işsizlik oranı, gelir düzeyi, sosyal sınıf farkı, sağlık ocağına başvuru nedenleri, ilk başvurulacak sağlık kuruluşu gibi birçok alanda ilişki bulunmuştur. Eğitim seviyesinin düşük olduğu bölgede gelirin azaldığı, işsizliğin ve sosyal sınıf farklarının arttığı gözlemlenmiştir. Ankete katılanların Sincan'da % 38'i hastalık-yaralanma tedavisi için, Çayyolu'nda % 36'sı ilaç yazdırmak için sağlık ocağına başvurduğu, sağlık hizmeti almak için ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak sağlık ocağının % 56 ile Sincan ilçesinde daha fazla tercih edildiği görülmüştür ve Sincan'da yaşayanların % 17'si sağlık hizmeti ihtiyacı için gerekli parayı bulmada zorlanmıştır. Bu çalışmada tüm yönleriyle incelenmeye çalışılan sosyo-ekonomik faktörler ve sağlık hizmeti kullanımı ilişkisi, farklı düzeylerde de olsa temelde “insan” ın bulunduğu her alan için özellikle hayat söz konusu olduğundan sağlık alanı için büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi oldukça önemlidir. Ekonomik ve sosyal kalkınma konuları daha geniş incelenmeli, sosyal ve sağlık politikalarının oluşturulmasında ve sağlık finansman sistemi uygulamalarında, kısaca ekonomik kalkınmanın söz konusu olduğu tüm yönetim uygulamalarında yenilikler yapılmalı, var olanlarda ilerleme kaydedilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta eşitsizlik, sosyo-ekonomik faktörler, 1. basamak sağlık hizmetleri

*Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

**Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü Mezunu, cansu-aykan@hotmail.com

***Öğr. Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, numanoglu@baskent.edu.tr

IMPACT OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS ON HEALTH SERVICES USE: HEALTH INEQUALITIES RESEARCH IN ANKARA IN TWO DIFFERENT REGION

ABSTRACT

Health inequalities, social factors that influence health and / or under the influence of deficiencies in the health care system, formation of avoidable and unacceptable deterioration in the health of individuals and / or community. The concept of health inequalities being an ongoing problem from past to present and placed among the most discussed subjects. In this study, aiming to determine the effects of socio-economic inequalities on health status and health care utilization, the questionnaire was applied to the people taking primary health care services in Ankara Sincan Region over 18 years and a total of 100 people and 100 people in Çayyolu, totaly to 200 people. As a study result, according to residential area ; relationships has been found in many areas such as educational level, unemployment rate, income level, social class differences, refer to the causes of health centers, first referenced health care provider. The region with low levels of education; reduced income, increased unemployment and social class differences were observed. 38% of participants to the questionnaire in Sincan for the treatment of the disease-injury, 36% of them in Çayyolu that apply to the health center for drug prescriptions, the first referenced health care provider to receive health care services is health center; with 56% in the district of Sincan has seen more preferred and 17% of residents in Sincan were forced in finding the necessary money for health care needs. This study attempted to examine all aspects of the socio-economic factors and health care service utilization relationship, though at different levels, essentially "human" where every area of life, especially when it comes to the health area is of great importance. In particular, the strengthening of primary health care service is very important. Economic and social development issues should be examined extensively, in the creation of social and health policy and health care financing system applications, briefly as economic development is concerned all the innovations in management practices should be made, existing must be improved.

Key Words: Health inequalities, socio-economic factors, primary health care services

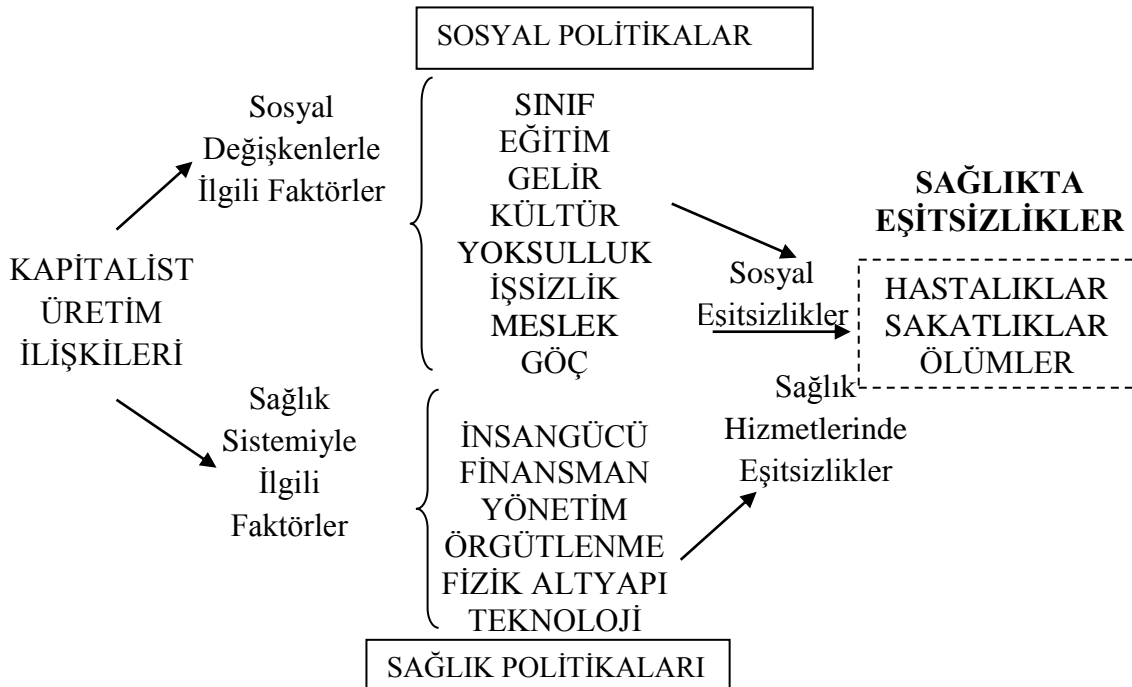
1. Giriş

Sağlıkta eşitsizlik, tüm Dünya’da 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) sonrası önem kazanmasına rağmen sınıflı toplumsal yaşantı ile başlayan bir süreç olarak kabul edilmekte ve sadece gelişmemiş ülkelerde değil gelişmiş ülkelerde de önemli bir politik sorun olarak değerlendirilmektedir. DSÖ (1997) sağlıkta eşitsizliği; bireyler ve gruplar arasında önlenemez, ortadan kaldırılabılır sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlığı etkileyen risk faktörleri arasındaki farklılıklar olarak tanımlamaktadır (Koçoğlu ve Akın, 2009).

Sağlıkta eşitlik, eksikliklerinde ise eşitsizliğin olduğu iki önemli faktörden (sağlık hizmetleri ve sosyal etmenler) oluşur. Sağlık hizmetlerinde eşitlik; herkesin, ihtiyacı olduğu anda, ihtiyacı olduğu kadar sağlık hizmeti alması yani eşit gereksinimler için eşit sağlık hizmeti sağlanmasıdır. Bu alanda kullanılan başlıca bağımlı değişkenler mortalite, morbidite, sağlık algısı, engellilik, sağlığı etkileyen risk faktörleri, sağlık hizmetlerine dağılım ve kullanımı ile ilgili değişkenlerdir (Şimşek ve Kılıç, 2012). Bağımsız değişkenler ise; sosyoekonomik durum, meslek, eğitim durumu, gelir, dolaylı göstergeler, indeks kullanma, yaşanılan bölge, cinsiyet ve yaş, etnik-dinsel azınlıklar ve göçmenler olarak sıralanabilir (Erengin ve Dedeoğlu, 1998). Sağlığın sosyal belirleyicilerinde eşitlik ise sağlıkta eşitsizlikleri yaratan sosyal etmenlerin olumsuz etkilerini yani sosyal eşitsizlikleri kontrol etmek, en aza indirmek ya da ortadan kaldırarak sağlıkta eşitliği sağlamaktır (Braveman, 1998). Bu alandaki eşitlik, öğrenim, meslek, sınıf, gelir gibi sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine toplumsal düzeyde yapılan girişimlerle sağlanır (Şimşek ve Kılıç, 2012).

Sağlıkta eşitsizlikler yukarıda belirtilen iki bileşenin olumsuz yönde etkilenmesiyle oluşur. Temelinde kapitalist üretim ilişkilerinin yattığı bu karşılıklı etkileşim sonucunda gerek toplumsal ve sosyal yapı gerekse sağlık sistemi kar ilişkileri temelinde eşitsizlikler yaratacak şekilde etkilenir. Sosyal değişkenlerin ve sağlık sistemindeki değişkenlerin eşitsizlik yaratmaktaki ağırlıkları doğal olarak birbirinden farklıdır ve gerçekte birbirlerinden tam olarak ayrı bir etki göstermezler. Ancak dinamik ve birbirinden etkilenen karmaşık bir yapı söz konusudur (Şekil 1).

Şekil 1. Sağlıkta Eşitsizlikleri Oluşturan Temel Etmenler



Sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizlikler, sağlık düzeyleri daha kötü olan toplumsal grupların dezavantajını daha da artırmaktadır. Ortaya çıkan bu kısır döngünün, ekonomik üretkenlik üzerinde de olumsuz etkiler göstereceğini beklemek yanlış olmayacaktır. Bu etkinin iki şekilde ortaya çıktığı bilinmektedir: Bir yandan, ekonomik bakımdan dezavantajlı gruplar daha çok hastalanmakta, hastalıklarında sağlık hizmetinden daha az yararlanabilmekte ve genellikle de sosyal güvenceden yoksun oldukları için yararlanabildikleri sağlık hizmetine ceplerinden daha fazla oranda para ödemek zorunda kalmaktadırlar. Öte yandan ise, sık hastalanan, sağlık hizmetinden yararlanamayan bireylerin ekonomik yaşama katkıları azalmaktadır (Normand, 1991).

Sosyoekonomik eşitsizlikler tüm toplumun sağlığı için tehdit oluşturmaktadır. Bu çalışmada, Ankara’da seçilmiş iki farklı bölgede yapılan saha araştırması ile sosyoekonomik faktörlerin sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. Yöntem

Tanımlayıcı türde kesitsel ve karşılaştırmalı bir saha çalışması olarak planlanan bu çalışmada literatür araştırması sonucu hazırlanan anket kullanılmıştır. Hazırlanan bu anket sosyoekonomik yönden farklı 2 ilçede, sağlık ocağından sağlık hizmeti alan 18 yaş üstü yetişkinlere uygulanmıştır. Araştırma 17 Şubat 2014 tarihinde başlayıp 7 Mayıs 2014 tarihinde bitmiştir. Çalışmanın evrenini Ankara Çayyolu 2 Nolu Ayşe Ana Sağlık Ocağı’ndan ve Sincan 2 Nolu Sağlık Ocağı’ndan sağlık hizmeti alan bireyler oluşturmuştur. Çalışmada, örneklem seçilmemiş, o anda ulaşılabilen bireylere yapılmıştır. Ankara Sincan’da birinci basamak sağlık hizmeti alan 18 yaş ve üstü 100 kişi ve Çayyolu’nda 100 kişi olmak üzere toplam 200 kişiye, araştırmacı tarafından literatür araştırmasına dayalı hazırlanan anket uygulanmıştır. Ankette katılımcılara; demografik özellikler, sağlık durumları ve sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Toplanan veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak bilgisayara girilmiş ve denetlenmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda hipotezleri test etmek için ki-kare testi kullanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırma Ankara’nın iki bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Bu iki bölge kentleşme özellikleri açısından birbirinden tamamen farklıdır. Sincan bölgesi, Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nden özellikle son 10-15 yıldır sürekli göç alan kırsal bir yerdir. Çayyolu ise; Ankara’nın en gelişmiş yerlerinden, gelir seviyesi yüksek ve her bakımdan kentsel bir bölge özelliği taşımaktadır. Araştırmanın farklı iki bölgede yapılmasının eşitsizlikleri ve eşitsizlikleri belirleyen etmenleri saptamada uygun bir yöntem olacağı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Ankete katılan kişilerin yaşları 18 ile 72 arasında dağılım göstermektedir, yaş ortalaması $39,46 \pm 12,61$ yıldır. Ankete katılanların sosyo-demografik özelliklere göre dağılımına bakıldığında, Sincan bölgesinde % 76’sı kadın, % 24’ü erkektir. Çayyolu bölgesinde % 61’i kadın, % 39’u erkektir. Ankete katılan kişilerin medeni durumları incelendiğinde; Sincan’da 87 kişi evli, 9 kişi bekadır. Çayyolu’nda ise; 64 kişi evli, 31 kişi bekadır. İki bölge için eğitim düzeyi incelendiğinde; Sincan bölgesinde

üniversite/yüksekokul mezunu 10 kişi, lise mezunu 44 kişi varken, Çayyolu bölgesinde üniversite/yüksekokul mezunu 67, lise mezunu 23 kişi olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	ÇAYYOLU		SİNCAN		p*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Erkek	24	24,0	39	39,0	
Kadın	76	76,0	61	61,0	
Medeni durum					
Bekâr	9	9,0	31	31,0	
Evli	87	87,0	64	64,0	
Boşanmış/ayrı yaşıyor	4	4,0	5	5,0	
Yaş					
18-30	20	20,0	32	32,0	
31-43	52	52,0	25	25,0	
44-56	18	18,0	35	35,0	
>57	10	10,0	8	8,0	
Eğitim					
Okuryazar değil	1	1,0	1	1,0	
İlköğretim	44	44,0	5	5,0	0,000
Lise	44	44,0	23	23,0	
Üniversite	10	10,0	67	67,0	
Y.lisans/doktora	1	1,0	4	4,0	
Sınıf					
Mavi yakalı	19	46,3	2	3,2	0,000
Beyaz yakalı	12	29,3	46	74,2	
Emekliler	10	24,4	14	22,6	
Kişi Başı Aylık Gelir					
< 281,5 TL	26	26,0	0	0,0	0,000
281,6-917 TL	65	65,0	14	14,0	
918-1552,5 TL	7	7,0	40	40,0	
1552,6-2188 TL	2	2,0	24	24,0	
2188,1-2823 TL	0	0,0	22	22,0	

*Ki-kare analizi sadece eğitim, sınıf ve kişi başı aylık gelir değişkenleri için yapılmış olup $p < 0,05$ ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Ankete katılan 200 kişiden Sincan'da 69 kişi, Çayyolu'nda ise 51 kişi çalışmadığını belirtmiştir. Çalışmayan kişiler için çalışmama nedenleri sorulduğunda; Çayyolu'nda neden belirtmedikleri, Sincan'da ise, 13 kişi çocuğuna baktığı için çalışmadıklarını ifade etmiştir. Çalışan kişilerin sosyal sınıfları incelendiğinde Sincan için, 12 kişi (% 29,3) beyaz yakalılar (öğretmen, polis, hemşire, işletmeci, memur vb. gibi), 19 kişi (% 46,3) mavi yakalılar (fabrika işçisi, marangoz, inşaat işçisi vb. gibi) ve 10 kişinin (% 24,4) emekliler sınıfında olduğu gözlemlenmiştir. Çayyolu için ise; 46 kişinin (% 74,2) beyaz yakalılar (öğretmen, polis, hemşire, işletmeci, memur vb. gibi), 14 kişinin (% 22,6) emekliler, 2 kişinin ise (% 3,2) mavi yakalılar (fabrika işçisi, marangoz, inşaat işçisi vb. gibi) grubunda yer aldığı gözlemlenmiştir.

(Tablo-1). Çayyolu’nda daha fazla beyaz yakalı grubun olduğu görülmektedir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=32,84$; $p<0,05$).

Tablo-1’de görüldüğü gibi, kişilerin gelirlerine göre dağılımı incelendiğinde Sincan’da açlık sınırında 26 kişi (< 281,5 TL) ve yoksulluk sınırında 65 kişi (282-917 TL) olduğu görülmektedir. Çayyolu’nda ise; açlık sınırında bulunan kimse olmazken, yoksulluk sınırında 14 kişi olduğu gözlemlenmiştir. Diğer kişilerin gelirleri normal olarak kabul edilmektedir. Sincan’da yoksulluk sınırında daha fazla kişi vardır. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=122,71$; $p<0,05$).

3.1.Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Durumları ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 2’de katılımcıların sağlık ocağına başvurma nedenlerine göre dağılım yüzdeleri verilmiştir.

Tablo-2: Katılımcıların Sağlık Ocağına Başvurma Nedenlerine Göre Dağılımı*

Sağlık Ocağına Başvurma Nedenleri	SİNCAN	ÇAYYOLU	p
	Yüzde (%)	Yüzde (%)	
Aşılama	3,0	5,0	0,258
Bebek-çocuk Takibi	8,0	4,0	
Hastalık- Yaralanma	38,0	35,0	
Enjeksiyon-Pansuman-Müdahale	10,0	4,0	
Aile Planlaması	2,0	4,0	
İlaç Yazdırma	33,0	36,0	
Acil	0,0	3,0	
Diğer	6,0	9,0	
Toplam	100,0	100,0	

*Araştırmada her iki bölgede de 100 kişi ile görüşüldüğü için Tablo 2 ve sonrasında yer alan Tablolarda sayı ve yüzde eşitliği nedeniyle sadece yüzdeler gösterilmektedir.

Ankete katılan toplam 200 kişinin sağlık ocağına başvuru nedenleri incelendiğinde, Sincan’da 38 kişinin hastalık- yaralanma tedavisi için, 33 kişinin ilaç yazdırmak için geldiği gözlemlenirken, Çayyolu’nda 35 kişinin hastalık- yaralanma tedavisi için, 36 kişinin ilaç yazdırma nedeni ile geldikleri gözlemlenmiştir. Sincan için en az belirtilen başvuru nedeni % 2,0 ile aile planlaması, Çayyolu için, % 3,0 ile acil servis olduğu belirlenmiştir (Tablo-2). Sincan’da hastalık-yaralanma nedeni ile başvuru daha fazla iken Çayyolu’nda ilaç yazdırma nedeni daha fazladır. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($X^2=8,92$; $p<0,05$).

Tablo 3’ de katılımcıların ilk başvurduğu sağlık kuruluşuna göre dağılım yüzdeleri verilmiştir.

Ankete katılan kişilerin sağlık hizmeti almak için ilk başvurulan sağlık kuruluşu durumu incelendiğinde, Sincan’da 58 kişi, Çayyolu’nda 36 kişi Sağlık Ocaklarını kullandıklarını, ikinci tercih olarak ise; Sincan bölgesinde % 36 ile Devlet Hastanesi, Çayyolu bölgesinde % 33 ile Özel Hastane tercih edildiği gözlemlenmiştir (Tablo-3). Sincan’da sağlık ocağına başvuru daha fazladır. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=48,35$; $p<0,05$).

Tablo-3: Katılımcıların İlk Başvurduğu Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı

Başvurulan İlk Sağlık Kuruluşu	SİNCAN Yüzde(%)	ÇAYYOLU Yüzde(%)	P
Sağlık Ocağı	58,0	36,0	0,000
Poliklinik	5,0	6,0	
Devlet Hastanesi	36,0	18,0	
Özel Hastane	1,0	33,0	
Üniversite Hastanesi	0,0	7,0	
Toplam	100,0	100,0	

Tablo 4’de katılımcıların ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerine göre dağılım yüzdeleri verilmiştir.

Tablo-4: Katılımcıların İlk Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı*

	SİNCAN Yüzde (%)	ÇAYYOLU Yüzde (%)	P
Bulunduğu yere yakınlık	73,0	56,0	0,012*
Hizmetten Memnunluk	42,0	52,0	0,101
Ekonomik Uygunluk	32,0	19,0	0,025*
Alışkanlık	17,0	22,0	0,238
Tavsiye	4,0	5,0	0,116
Kuruluşta Tanıdık Olması	3,0	16,0	0,001*

* Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam 200’den büyüktür.

Ankete katılan kişilerin ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenleri incelendiğinde; Sincan’da 73 kişi bulunduğu yere yakın olduğundan, 42 kişi hizmetten memnun kaldığından, Çayyolu’nda 56 kişi bulunduğu yere yakınlıktan, 52 kişi de hizmetten memnun olduğundan tercih ettiği gözlemlenmiştir (Tablo 4). Sincan’da bulunduğu yere yakınlık nedeni daha fazla tercih edilmiştir. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=9,82$; $p<0,05$).

Tablo 5 ve Tablo 6’da araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumları ve sağlık hizmeti kullandırlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları gösterilmektedir.

Tablo-5’de görüldüğü gibi, genel sağlık değerlendirilmesi incelendiğinde, Sincan bölgesinde %58’i, Çayyolu’nda %74’ü sağlığını “iyi” olarak değerlendirmiştir. Çayyolu’nda genel sağlık değerlendirmesini iyi nitelendiren daha fazla kişi vardır. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($X^2=5,90$; $p<0,05$).

Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumları ve sağlık hizmeti kullarımlarına göre dağılımları

	SİNCAN %	ÇAYYOLU %	P
Genel Sağlık Değerlendirmesi			
İyi	58,0	74,0	0,116
Orta	36,0	23,0	
Kötü	6,0	3,0	
Kronik hastalık/sakatlık			
Evet	21,0	22,0	0,500
Hayır	79,0	78,0	
Son 1 ayda reçete ile alımı			
Evet	55,0	48,0	0,198
Hayır	45,0	52,0	
Son 1 ayda reçetesiz ilaç alımı			
Evet	11,0	30,0	0,001*
Hayır	89,0	70,0	
Tıbbi Yardım Almayı Erteleme/Aramama Sıklığı			
Hiç	63,0	62,0	0,331
En az bir kere	37,0	38,0	
Son bir yıl içinde hastaneye sevk durumu olduğu halde gitmeme sıklığı			
Hiç	74,0	70,0	0,775
En az bir kere	26,0	30,0	

Tablo-5’ de son 1 ay içinde reçeteli ilaç alımı incelendiğinde; Sincan’da 55 kişi reçeteli ilaç alırken, Çayyolu’nda 48 kişi reçeteye ilaç almıştır. Son 1 ay içinde reçetesiz ilaç alımı incelendiğinde; Sincan’da 11 kişi, Çayyolu’nda 30 kişi reçetesiz ilaç aldığını belirtmiştir. Reçeteli ilaç kullanımı Sincan’da daha fazla iken, reçetesiz ilaç kullanımı Çayyolu’nda daha fazladır. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=11,07$; $p<0,05$).

Tablo 5’de, Sincan bölgesinde tıbbi yardım erteleme sıklığına bakıldığında; 63 kişi hiçbir tıbbi yardım aramamış, 37 kişi ise en az bir kere tıbbi yardım ertelemiş/aramamıştır. Çayyolu bölgesinde tıbbi yardım erteleme sıklığına bakıldığında; 62 kişi hiçbir tıbbi yardım aramamış, 38 kişi ise en az bir kere tıbbi yardım ertelemiş/aramamıştır. Tıbbi yardım erteleme/aramama sıklığı Sincan’da daha fazladır. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=16,48$; $p<0,05$).

Tablo 5’de son 1 yıl içinde sağlık ocağından hastaneye sevk edildiği halde gitmeme durumu sorulduğunda, Sincan’da 26 kişi, Çayyolu’nda ise, 30 kişi “en az bir kere” cevabını vermiştir. Hastaneye sevk durumu olduğu halde gitmeme sıklığı Çayyolu’nda daha fazladır. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=16,48$; $p<0,05$).

Tablo-6: Katılımcıların Son 6 İçinde Doktora Gidiş, Acil Servise Gidiş ve Farklı Zamanlarda Hastanede Kalış Durumlarına Göre Dağılımı

	SİNCAN		ÇAYYOLU		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Son 6 ayda doktora gidiş sıklığı	3,46	3,04	3,50	2,76	0,991
Son 6 acil servise gidiş sıklığı	2,32	1,97	1,75	0,96	0,511
Son 6 ayda farklı zamanlarda hastanede kalış durumu	1,25	0,46	1,92	1,31	0,305
Son 6 ayda hastanede gece kalış durumu	4,50	5,32	3,64	4,52	0,591

Tablo 6’da görüldüğü gibi, Sincan bölgesi için son 6 ayda doktora gidiş sıklığı ortalama 3,46 (SS: $\pm 3,04$), acil servise gidiş sıklığı ortalama 2,32 (SS: $\pm 1,97$), farklı zamanlarda hastanede kalış durumu ortalaması 1,25 (SS: $\pm 0,46$), hastanede gece kalış durumu ortalaması 4,50 (SS: $\pm 5,32$) dir. Çayyolu bölgesi için ise; son 6 ayda doktora gidiş sıklığı ortalama 3,50 (SS: $\pm 2,76$), acil servise gidiş sıklığı ortalaması 1,75 (SS: $\pm 0,96$), farklı zamanlarda hastanede kalış durumu ortalaması 1,92 (SS: $\pm 1,31$) ve hastanede gece kalış durumu ortalaması 3,64 (SS: $\pm 4,52$) olduğu gözlemlenmiştir. $p < 0,05$ olmadığından aralarında anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 7’de katılımcıların son bir yıl içinde ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti için gerekli parayı bulma durumlarına göre dağılım yüzdeleri verilmiştir.

Tablo-7: Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde İhtiyaç Duydukları Sağlık Hizmeti İçin Gerekli Parayı Bulma Durumlarına Göre Dağılımı

	SİNCAN	ÇAYYOLU	P
	Yüzde (%)	Yüzde (%)	
Zor oldu	20,0	12,0	0,049
Zor değildi	55,0	72,0	
Sağlık hizmetine ihtiyacım olmadı	25,0	16,0	
Toplam	100,0	100,0	

Tablo-7’de görüldüğü gibi ankete katılan kişilerden Sincan bölgesinde son bir yıl içinde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini almak için gerekli parayı bulma durumu incelendiğinde 55 kişi için zor olmadığı, 20 kişi için zor olduğu görülmüştür. Çayyolu bölgesinde ise; son bir yıl içinde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini almak için gerekli parayı bulma durumu incelendiğinde 72 kişi için zor olmadığı, 12 kişi için zor olduğu görülmüştür. Son bir yıl içinde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini almak için gerekli parayı bulma durumu Sincan’da daha zor olmuştur. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=16,48$; $p < 0,05$).

4. Tartışma ve Sonuç

Sağlıkta eşitsizlik; ekonomik, sosyal, kültürel, siyasal, sınıfsal vb. nedenlerle bireylerde ve toplumun değişik kesimlerinde sağlıkla ilgili önlenemez ve kabul edilemez farklılıkların oluşmasıdır. Sağlıkta eşitsizlikler bireysel değil toplumsal farklılıklardan kaynaklanır (Şimşek ve Kılıç, 2012).

Bu çalışmada sosyo-ekonomik faktörler ve sağlık hizmeti kullanımı ilişkisi “bireylerin sağlık durumları ve sağlık hizmeti kullanımları” araştırılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışma bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuç ve önerilere ulaşmak mümkündür.

Gelir seviyesinin düşüklüğünün temeli eğitim eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Eğitim seviyesi düşük bireyler düzgün şartlarda iş bulamadığından, gününbirlik işlerde veya asgari ücretle çalışmaktadırlar. Bu tarz geçinen ailelerde genellikle evde çalışan tek kişi erkek/baba olmaktadır. Böylece, ekonomik sıkıntılar arttıkça beraberinde başka sorunları, özellikle sağlık alanında ciddi problemleri getirmektedir.

Eğitim seviyesi düşük bireylere yeni istihdam alanları ile ilgili bilgilendirme yapılması ve buralardan işçi alımının sağlanmasına yönelik kurum ve kuruluşlar tarafından yönlendirmeler yapılmalıdır.

Özellikle düşük gelirli bölgelerde yaşayan öğrenciler için bu konu ile ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından, 18 yaşından itibaren lise eğitimi sonrasında üniversite hayatına teşvik için belirli ödenekler ayrılarak burs imkânı sağlanabilir.

Belediyeler, ev hanımlarını çalışmaya teşvik etmek için evde yapılabilecek işler organize etmeli, sağlanan gelire en azından belirli ihtiyaçlarını bu şekilde karşılayabilirler. Belediyeler tarafından yapılan meslek edindirme kurslarının düşük gelirle çalışan veya işinden memnun olmayıp başka alana yönelen insanların da katılımı için gün ve saat düzenlemeleri yapılmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Aile Hekimliği uygulaması yürürlüğe konulmuş ve bireyleri sağlık ocaklarından, sağlık merkezlerinden daha fazla yararlanmaya teşvik edilmiştir. Uygulamadaki problemlerin giderilmesi ve yeni düzenlemeler yapılması, hastaların aile hekimliği hakkında detaylı bilgilendirilmesi, bireyin memnuniyetsizlik durumunda hekimini değiştirilebilme imkânının olduğunu, şikâyetlerini bildirilebileceği Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şubesinin olduğunu, kuyruğu önlemek için randevu sisteminin (Alo 182) sağlık ocakları için de geçerli olduğunu ve web sitesinden de sıra alınabileceğini, kronik hastalıklar, kanser, loğusa takibi, bebek-çocuk takibi, evde bakım gibi birçok hastalıkların ve takibi gereken durumların tedavisi yapıldığını-izleme aşaması uygulandığını, okullarda eğitim programlarının düzenlendiğini vb. hizmetleri broşür, afiş, kamu spotu gibi uygulamalarla topluma duyurulmalı ve bilinçlendirme sağlanmalıdır.

Hastaların tedavi için ilk olarak 1. Basamak sağlık kuruluşlarına gelmeleri beklenir. Gerekli ise hekim 2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarına sevk yapar. Fakat çoğu hasta, direkt hastanelere yönelmektedir. Bunun temelinde; hekime güvensizlik ve alanında uzmanlaşmış hekimin olmaması, tedaviden memnun kalmama, laboratuvar donanımının olmaması gibi sorunlar yatmaktadır. Çözümü, pratisyen hekimlere ek olarak, uzman hekimlerde atanmalı, hizmet sunum yelpazesi genişletilmelidir. Bina yapısı, hijyen şartları gibi koşullar daha iyi kalitede sunulmalı, daha donanımlı, yenilikçi sistemler getirilip uygulanmalıdır.

Araştırma sonucunda reçetesiz ilaç alımının Çayyolu’nda daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bu konuda; Sağlık Bakanlığı ve gerekli kurumlar tarafından halk; akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilmeli ve bu konuda bilinçlendirme kampanyaları oluşturulmalıdır.

Araştırma sonucunda, Çayyolu’nda yaşayan bireylerin sosyal olarak daha aktif olması, eğlence mekânlarının fazlalığı gibi faktörlerinde etkisiyle alkol tüketimi Sincan bölgesine göre daha fazladır. Alkol kullanımının neden olduğu hastalıklar (hepatit, siroz, çeşitli kanser hastalıkları, felç, bunama, kansızlık gibi) hakkında Sağlık Bakanlığı ve gerekli kurumlar işbirliği içinde çalışıp bildirgeler yayınlamalı, kamu spotları, broşürler, afişler hazırlamalıdır.

Toplumda sağlık hizmetlerinin rolü sadece hastayı tedavi edip eski haline kavuşturma olarak görülmemelidir. Sağlık faktörü aynı zamanda ekonomik bir gerçeklik göstergesi olup; sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yoksul bireyler üzerindeki etkisini azaltacak finansal koruma amaçlanmalıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Herkesin sağlık ocağına ulaşabilmesi için, belediyelerin bakanlıklarla işbirliği içinde olup, kişilere ücretsiz ulaşım olanağı sağlayabilir.

Sincan Bölgesinde 27 sağlık ocağı varken, Çayyolu (Yenimahalle) bölgesinde 38 sağlık ocağı olduğu görülmüştür. Sincan bölgesinde bu sayı arttırılmalı, burada yaşayan ve sağlık ocağından yararlanan kişilerin sağlık hizmeti sunumundan daha iyi faydalanmaları sağlanmalıdır.

Bu gibi eşitsizlik çalışmalarında, eşitsizliğin temelinde sınıfsal farklılıklar olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın yolu sınıfsal farklılıkları azaltmak, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve kapsayıcı hale getirmekle beraber esas çözüm sınıflı toplum yapısının ortadan kaldırılmasıdır. Yaşam ve çevre şartlarının da büyük etkisi olduğu unutulmamalıdır. Gelir dağılımındaki dengesizlik, işsizlik vb. gibi temel nedenler üzerine yoğunlaşılmalı, devlet politikaları toplumun her kesimine yarar sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Bu çalışmada tüm yönleriyle incelenmeye çalışılan sosyo-ekonomik faktörler ve sağlık hizmeti kullanımı ilişkisi, farklı düzeylerde de olsa temelde “insan”ın bulunduğu her alan için özellikle hayat söz konusu olduğundan sağlık alanı için büyük önem taşımaktadır. Ekonomik ve sosyal kalkınma (eğitim seviyesi, kültür vb. gibi) konularının temel noktası olan bu ilişkinin daha genel açıdan incelenmesi, sosyal ve sağlık politikalarının oluşturulmasında ve sağlık finansman sistemi uygulamalarında kısaca, ekonomik kalkınmanın söz konusu olduğu tüm yönetim uygulamalarında yenilikler yapılmalı, var olanlarda ilerleme kaydedilmelidir.

Kaynaklar

- 1.BELEK, İ. (1998), Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenebilir ve Kabul Edilemez Bir Politik Ekonomik Sorunu, Toplum ve Hekim Dergisi, Mart- Nisan.13(2),s. 96-104.
- 2.BELEK, İ. (2000), Sağlıkta ve Sağlık Eşitsizliği Kullanımında Sosyoekonomik Eşitsizlikler, Ekonomik Yaklaşım Dergisi, 11(36),s. 63-81.
- 3.BELEK, İ. (2011), Sağlıkta Eşitsizlik Konusunda Yöntem. 3. Kent Sağlık ve Sempozyumu Eşitsizlikler Kaçınılmaz Mıdır? Sempozyum Kitabı. 1. Baskı. Özsan Matbaacılık. Bursa.
- 4.BRAVEMAN, P. (1998), Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low and middle income countries. Geneva: WHO/CHS/HSS/98.1.
- 5.DİKMETAŞ, E. (2006), Sağlıkta Eşitlik/Eşitsizlik. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 1(2), s. 3-12.
- 6.ERENGİN, H. ve DEDEOĞLU, N. (1998), Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi, Toplum ve Hekim Dergisi, Mart-Nisan. 13(2),s. 105-109.
- 7.ERENGİN, H. ve DEDEOĞLU, N. (1998), Sağlıkta Eşitsizlik: Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbiditede Farklılıklar, Toplum ve Hekim Dergisi, Mart-Nisan. 13(2),s. 140-143.
- 8.KOÇOĞLU, D. ve AKIN, B. (2009), Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4),s. 145-154.
- 9.NORMAND, C. (1991), Economics, Health, and the Economics of Health, British Medical Journal, 303, s. 1572-1577.
- 10.ŞİMŞEK, H. ve KILIÇ, B. (2012), Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 10(2),s. 117-122.

ÖRGÜT KÜLTÜRÜ BOYUTLARI VE ETKİLEŞİMİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

Mehtap ATASEVEN*

Işık ÇİÇEK**

Mithat KIYAK***

ÖZET

Çalışmanın amacı, bir hastane örneklemince algılanan örgüt kültürünü ve hangi boyutlardan oluştuğunu teşhis etmek ve böylece bireysel algılar arasındaki farklılıkları anlayabilmektir. Araştırmanın diğer bir amacı ise kültür boyutları arasındaki olası bir etkileşimi incelemektir. İstanbul’da büyük ölçekli bir özel hastaneden hekim, hemşire, sağlık teknisyeni, hasta danışmanı ve idari personelden oluşan meslek grubundan 150 çalışan tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilerek araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada envanter yöntemi ile veri toplanmış ve 5’li Likert ölçeği kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Örgüt kültürü, Robbins (1996) tarafından geliştirilen ölçek ile bireysel özerklik, örgütsel yapı, örgütsel destek, örgütsel kimlik, örgütsel adalet, çatışmada hoşgörü ve risk üstlenmeyi teşvik olmak üzere 7 boyut olarak incelenmiştir. İstatistiksel analiz için çoklu doğrusal regresyondan ve aşamalı regresyondan yararlanılmıştır. Araştırma bulguları, bireysel özerklik ve risk üstlenmeyi teşvik boyutlarının örgütsel adaletin oldukça önemli görüldüğü kültürde etkili olduğunu göstermiştir. Örgütsel destek, söz konusu boyutların örgütsel adalet algısını ortaya çıkarmadaki etkisini güçlendirici bir rolde (şartlı değişken etkisi) ortaya çıkmıştır. Örgüt yapının söz konusu ilişkideki şartlı değişken etkisi saptanmamıştır.

*Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Doktora öğrencisi,

**Yrd.Doç.Dr., Akdeniz Üniversitesi,

***Prof.Dr., Okan Üniversitesi,

1.Giriş

“Çalışanlar arasında paylaşılan değerler sistemi” (Robbins, 1996) olarak tanımlanabilecek örgüt kültürü ile ilgili çalışmalar 1950’li yıllara dayanmaktadır. Bilim adamları bu tarihten itibaren konunun teorik yönünü incelemişlerdir. Ancak uygulamaya yönelik çalışmaların 1970’li yıllarda başladığı ve 1980’lerde ise, ağırlık kazandığı görülmektedir (Raelin, 1999)

Kurumsal kültür, işletme kültürü, kurum kültürü olarak da dile getirilen örgüt kültürü ile ilgili çeşitli tanımlar geliştirilmiştir. (Gürçay, 2001) Deshpande ve Webster, örgüt kültürünü “kişiye örgütsel işleyişi anlamada yardımcı olan ve yine kişiye örgüt içindeki davranışları ile ilgili normlar sağlayan ortak değer yargıları ve inançlar düzeni” biçiminde tanımlamıştır (Eren, 1998). Schein’a göre; “dışsal uyum ve içsel entegrasyon sorunlarıyla başa çıkmak için bir grup tarafından ortaya atılan, keşfedilen, öğrenilerek geliştirilen ve yeni üyelere bu tür sorunlarla ilişkilerinde algılamaları, düşünceleri ve hissetmeleri için bir yol olarak öğretilen varsayımlar modeli”dir. (Schein, 1992). Robbins (1996) örgütsel kültürün, “çalışanlar arasında paylaşılan değerler sistemi” olduğu ve bunun bir örgütü diğer bir örgütten ayıran temel özellik olduğunu belirtmiştir. Daft (1998) ise örgütsel kültürü; ”bir organizasyona yeni katılanlara öğretilen ve organizasyon üyeleri arasında paylaşılan değerler, inançlar, anlama ve düşünme şekli” olarak tanımlamıştır.

Yukarıdaki tanımlarda yer alan ortak özellikler ve anlamlar incelendiğinde; kültürün üyelerin davranışını etkileyen, paylaşılan, inanç ve değerler bütünü şeklindeki soyut unsurlarla, sembol şeklinde ifade edilen (dil, hikaye, kıyafet, gelenek, vb.) ve örgüt içinde doğrudan gözlenebilen unsurların bileşiminden oluştuğu ortaya çıkar. (Muhlis, 2003). Örgüt kültürünün temel fonksiyonları örgüte bağlılığı sağlamak, örgütün stratejilerini desteklemek, örgüt içinde bireysel ilişkileri düzenlemek, performans kriterlerini belirlemek ve uygun yönetim şeklini seçmek olarak ifade edilebilir (Özenli, 2006)

Örgüt Kültürü ile ilgili önemli araştırmacılardan biri olan Schein’e (1992) göre kurum kültürü üç katmandan oluşur:

- İnsan eserleri ve yaratılanlar / görünür olanlar
- Değerler / farkına varılanlar
- Temel varsayımlar / görünmeyenlerdir.

Kültürün anlaşılabilmesi için bu katmanların mutlaka incelenmesi gereklidir (Schein,1992).

Örgüt kültürünün öğeleri ; görünen ve görünmeyen öğeler olarak iki ana başlıkta incelenirse (Toprak, 2007) görünen öğeler olarak örgütsel dil (Şişman 1994), hikayeler ve mitler (Çelik, 2008; Erdem, 1996) , törenler (Terzi, 2000; Fairholm 1994), kahramanlar (Özkalp, 1995; Terzi, 2000), ritüeller (Özkalp, 1995; Berberoğlu, 1998), semboller (Berberoğlu, 1998 ;Çelik, 2007) belirtilebilir. Görünmeyen öğeler ise; normlar (Sözer, 2006) ve değerler (Battal, 2007), inançlar ve varsayımlardan (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2005) oluşur.

Bu çalışmada sağlık sektöründe faaliyet gösteren bir işletme olarak özel hastanede örgüt kültürü ve boyutları incelenmiş, bu boyutlar arasında etkileşimlerin nasıl olabileceği gösterilmiştir.

2. Teorik Çerçeve

Örgüt kültürü kavramının karışık bir yapıya sahip olması, pek çok araştırmacı tarafından bu kavramın sınıflandırılmasında farklı yaklaşım ve modellerin geliştirilmesine neden olmuştur. Bu yaklaşım ve modellerden literatürde en çok temel alınanlar Tablo 1’de özetlenebilir. (Sözer, 2006)

Tablo 1: Örgüt Kültürü Yaklaşımları

ÖRGÜT KÜLTÜRÜ MODELİ	ÖRGÜT KÜLTÜRÜ TİPLERİ
Deal ve Kennedy Modeli	-Sert Erkek, Maço Kültürü -Çok Çalış / Sert Oyna Kültürü -Şirketin Üzerine İddiaya Gir Kültürü -Süreç Kültürü
Quinn ve Cameron Modeli	-Klan Kültürü -Hiyerarşi Kültürü -Adhokrasi Kültürü -Piyasa Kültürü
Harrison ve Handy Modeli	-Güç Kültürü -Rol Kültürü -Görev Kültürü -Kişi Kültürü
Kilmann Modeli	-Bürokratik Kültür -Yenilikçi Kültür
Byars Modeli	-Sistematik Kültür -Müteşebbis Kültür -Etkileşim Kültür -Bütünleşik Kültür
Miles ve Snow Modeli	-Koruyucu Kültür -Geliştirici Kültür -Analizci Kültür -Tepki Verici Kültür
Ouchi Modeli	-Tip A (Amerikan Tarzı Örgüt Kültürü) -Tip J (Japon Tarzı Örgüt Kültürü) -Tip Z (Amerikan Tarzına Uyarlanmış Örgüt Kültürü)
Lahiry Modeli	-Yapıcı Kültür -Pasif-Savunucu Kültür -Agresif-Savunucu Kültür
Schneider Modeli	-Kontrol Kültürü -İşbirliği Kültürü -Yeterlilik Kültürü -Gelişme Kültürü

Sağlık kurumlarında örgüt kültürü araştırmalarında daha önce kullanılmayan Robbins’in örgüt kültürü tipolojisinin bu çalışmada incelenmesi uygun görülmüştür. Robbins’in örgüt kültürü sınıflandırmasında örgüt kültürünü temelini oluşturan yedi özellik; bireysel özerklik, örgütsel yapı, örgütsel destek, örgütsel kimlik, örgütsel adalet, çatışmada hoşgörü ve risk üstlenmeyi teşvik olarak tanımlanmıştır (Öztürk, 1994; Naktiyok, 2004; Robbins, 1990).

Bireysel Özerklik

Örgüt kültürünün bireysel özerklik boyutu; yöneticilerin örgüt çalışanlarına ne derecede serbestlik, bağımsızlık ve işlerini yaparken ne kadar merkeze yani yöneticilerine bağlı olarak çalıştıklarıyla ilgili bir boyuttur (Erdem, 2009; Çelik, 2007). Örneğin; bir yönetici, çalışanlarını sadece merkezden aldığı emir ve kurallara göre yönetip, onların örgütte bireysel karar alabilme yetisine karşı çıkan bir tutum sergiliyorsa, bu örgütte bireysel özerklikten söz edilemez (Kurt,2011).

Örgütsel Yapı

Örgütsel yapı, örgüt içerisinde, çalışanların işbölümü ve uzmanlaşma durumunu, yönetimin yetkilendirme konusundaki tavrını, örgüt içi hiyerarşiyi ifade etmektedir (Çelik, 2007). Örgüt içerisinde çalışanlar ve yöneticiler arasında hiyerarşi derecesinin fazla olduğu yapılarda, organizasyon şeması dikey bir şekilde sınıflanır. Çalışanlar ve üstleri arasında iletişim zayıf ve çalışanların kararlara katılma dereceleri düşüktür. Astlar ve üstler arasındaki ilişkiler sadece formal bir düzeydedir (Dinçer, 1997; Kurt, 2011)

Dikey organizasyonların aksine yatay organizasyonlarda hiyerarşi farkı çok daha azdır ve organizasyon şeması yatay bir şekilde koşullanmıştır. Uzmanlık alanına sahip birçok çalışan vardır. İletişim açık bir şekilde gerçekleşir ve ortak alanları paylaşma durumu daha çok gözlenir (Çelik, 2007, Erdem, 2009, Kurt, 2011).

Örgütsel Destek

Örgüt içerisinde çalışanlar gerek motivasyon gerekse verimlilik açısından örgüt dışında yer alan çevresine ek olarak, ait oldukları örgütten de destek beklemektedirler. Gelişen ve farklılaşan teknoloji ve yeniliklere uyum sağlama açısından, örgüt tarafından verilen çeşitli eğitimlerle verimlilik artışı söz konusudur. İnsanın sosyal bir varlık olduğu göz önüne alınarak örgüt, çeşitli faaliyetler ve organizasyonlar düzenleyerek çalışanların motivasyonunu artırır (Özdevecioğlu, 2003; Kurt, 2011)

Örgütsel Kimlik

Çalışanların çalıştıkları işletmelerle ve iş arkadaşlarıyla kendilerini özdeşleştirme dereceleri örgütsel kimliğin göstergesidir. Çalışanlar eğer çalıştıkları işletmelere kendilerini yakın hissediyorlarsa ve faaliyetlerini benimsiyorlarsa; her yerde çalıştıkları işyeri hakkında olumlu şeyler söylemektedirler (Ertekin, 2003; Kurt, 2011)

Örgütsel kimliğe sahip bir çalışan yaptığı işten gurur duyarak zevkle görevlerini yerine getirir. Kendisini o örgüte ait hisseder ve örgütü ile bütünleşir. Böylece kendisini yaptığı işlerde daha iyi bir şekilde gerçekleştirebilme şansına sahip olur (Kurt, 2011)

Örgütsel Adalet

Örgüt içerisinde yer alan her üye, onlara verilen görev ve işleri başarıyla tamamladığında, zamanla örgüt tarafından soyut ya da somut bir şekilde karşılığını almak istemektedir. Bu ödüllendirilme isteği, takdir görme, onurlandırılma gibi soyut kavramlarla gerçekleştirilebileceği gibi, ek ücret, hediye ve bunun gibi maddi kavramlarla da gerçekleşebilmektedir. Yaptığı işe karşılık alabilen çalışanın performans ve verimliliğinde artış gözükülecek, işini daha fazla severek gerçekleştirecek ve örgütsel başarıya daha fazla katkı sağlamış olacaktır. Ancak performans ölçüm ve değerlendirmelerinin doğru ve adaletli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte ödüllendirme sisteminin doğru kişilere doğru şekillerde uygulanması şarttır (Yavuz, 2010; Kurt, 2011)

Çatışmada Hoşgörü

Örgüt içerisinde farklı sebeplerden dolayı çatışmalar yaşanmaktadır. Örgüt üyelerinin fikirlerini açık ve rahat bir şekilde demokratik bir platformda ifade edebilmeleri için karşıt görüşlerin de hoşgörülle karşılanması gerekmektedir ve böylece farklı fikirler ortaya

çıkabilmekte ve farklı çözüm önerileri geliştirilebilmektedir (Erdem, 2009). Çatışma belli bir seviyenin ilerisine geçtiğinde işletmede istenmeyen olaylara sebep olabilmektedir. Çalışanların arasında husumet meydana gelebilmekte ve bu yüzden iletişim zayıflayarak koordinasyon güçlenmektedir. Çalışanların birbirlerinin faaliyetlerini sabote etmesi, sık sık şikâyetlerde bulunarak yönetimin gereksiz işlerle uğraştırılması gibi olumsuzluklar, işletmenin verimliliğini olumsuz etkilemektedir (Çelik, 2007; Kurt, 2011)

Risk Üstlenmeyi Teşvik

Örgüt kültürünün son boyutu olan ‘risk üstlenmeyi teşvik’; çalışanların ne derecede rekabete, yeniliklere açık olmaya ve risk almaya teşvik edildiğini ifade etmektedir. Yapılan her bir yanlış tahminin başarısızlık olarak görüldüğü örgütlerde, çalışan kendini içine kapayacak ve böylece ileride beklide olması muhtemel yenilik ve gelişimlerin önü örgüt tarafından kısıtlanacaktır. Bu nedenle örgütlerin makul ve ya kendilerine göre belirlediği ölçülerde, çalışanlarına risk üstlenme konusunda teşviklerde bulunmaları, çalışanların fikirlerini rahatça beyan ederek cesaretlenmeleri ve yenilik ve olumlu gelişmelere adımlar atabilme oranlarını yükseltmektedir (Demir, 2005, Kurt, 2011)

Örgütler açısından ele alındığında adalet, doğruluğun işyerindeki rolü ve haklılığın korunmasında otoritenin işlevi ile ilgili bir kavram olarak tanımlanabilir (İşcan ve Naktiyok, 2004). Örgütsel adalet; çalışanların görev dağılımı, mesaiye uyma, yetki verilmesi, ücret düzeyi, ödül dağıtımını gibi değişkenlere yönelik, yönetsel kararları değerlendirme sürecidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde örgütsel adaletin, örgüt yönetiminin karar ve uygulamalarının çalışanlar tarafından nasıl algılandığı ile ilgili bir kavram olduğu ifade edilebilir (İnce ve Gül, 2005, İçerli, 2010). Adalet; görevlerini yöneticinin talimatlarına göre yapmayı kabul edip etmedikleri, örgüte bağlılıkları, örgütsel vatandaşlık davranışlarını gösterip göstermedikleri ve iş doyumlarını tanımlamada önemli bir faktördür (Dieckman vd., 2004) Örgütteki işlemlerin adil olduğuna dair olan inanç, çalışanların çalışma arkadaşlarıyla, yöneticileriyle uyumlu ve güvene dayalı ilişkiler geliştirmelerini sağlamaktadır (Folger ve Konovski, 1989, Özer ve Urtekin, 2007)

Örgütsel adalet; kazanımların dağıtılması, dağıtım kararlarının alınmasında kullanılan işlemler ve kişiler arasındaki etkileşimin gerektirdikleri ile ilgili geliştirilen kurallar ve sosyal normlarla ifade edilmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda (Colquitt, 2001; Colquitt vd. 2001) adalet algılarının dört alt boyutu olduğu belirtilmektedir. Bu boyutlar dağıtım adaleti, işlemsel adalet ve etkileşim adaletinin iki alt boyuta ayrılması (ayrım kuramsal olarak ilk kez 1993 yılında Greenberg tarafından dile getirilmiş ancak 2001’de Colquit’in çalışmasına dek görgül olarak test edilmemiştir) ile ortaya çıkan kişilerarası adalet ve bilgisel adalettir. (Yıldız, 2014).

Bies ve Moag (1986) tarafından ortaya atılan etkileşim adaletine göre ise, çalışanların adalet algıları örgütle aralarındaki kişiler arası ilişkilerin kalitesinden etkilenmektedir, (Beugre, 2002: 1095; Robinson, 2004) Kişiler arası adalet, insanlara nasıl davranıldığını yansıtır (Robinson, 2004, Özer ve Urtekin, 2007).

Yöneticilerin göstermiş oldukları liderlik davranışlarının çalışanların örgütsel adalet algıları ile ilişkisi bu açıdan önemlidir. Çalışanların örgütle ya da kendileriyle ilgili olarak alınan kararlarda etkili olmaları ya da kontrol sahibi olmaları örgütsel adalet algılarında önemli bir öncül olarak görülmektedir (Tyler, 1989; Akt. Brashear, Manolis ve Brooks, 2003). Giacobbe-Miller (1995), araştırmasında dağıtımsal adalet algısıyla çalışanların karar almada kontrolü arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. İşlemsel adaletin ise çalışanların süreci kontrol edebildikleri durumlarda süreç kontrolü ile pozitif ilişki içinde olduğunu bulmuştur

(Önderoğlu, 2010). Tyler (1994) ise araştırmasında bu sonuçları destekler yönde sonuçlar bulmuştur. Altıntaş'ın (2006) çalışmasında, kendini aşma ve kendini geliştirme gibi bireysel değerlerin, örgütsel adalet ve sonuçları ile ilişkili olduğu görülmektedir (Arslan ve Şahan, 2012).

Risk üstlenmeyi teşvik eden, örgüt içinde çatışmalar hoşgörü ile karşılayan ve çalışanların karar alma ve iş yapma sürecinde bireysel özerkliğini önemli gören bir yönetim anlayışı, çalışanların kurumlarında adaletin hüküm sürdüğünü algılamalarına yol açacaktır.

Yukarıda açıklanan kuramsal bilgiler ve alan araştırması sonuçlarına göre örgüt kültürü boyutları ile ilgili aşağıdaki hipotezler öne sürülebilir:

H₁ : Çalışanların risk üstlenmeyi teşvik edildikleri bir örgütteki kültür, örgütsel adaletin sağlandığı görüşünü arttırmaktadır.

H₂ : Çalışanlar arasında çatışmanın hoşgörü ile karşılandığı bir örgütteki kültür, örgütsel adaletin sağlandığı görüşünü arttırmaktadır.

H₃ : Bireysel özerkliğin teşvik edildiği bir örgütteki kültür, örgütsel adaletin sağlandığı görüşünü arttırmaktadır.

Yöneticilerin, çalışanlarla açık ve dürüst bir iletişim kurulamaması çalışanlarda örgütsel adalet algısının zedelenmesine sebep açacaktır (Gürgen vd., 2003, İçerli, 2010). Daha yalın, formalliğin yanında informal iletişimi de vurgulayan, ast-üst arasındaki güç aralığının yüksek düzeyde olmadığı örgüt kültürünü ifade eden “yapı” boyutunun öne sürülen ilişkileri güçlendirici bir özellikte olduğu belirtilebilir. Örgütsel desteğin beklenen düzeyde olmadığı kültürde çalışanların örgütsel adalet algıları da zayıflayacaktır. Bu nedenle, örgüt kültürünün “yapı” ve “destek” boyutlarının öne sürülen ilişkilerdeki şartlı değişken etkisi ayrı bir hipotezle ifade edilebilir:

H₄ : “Yapı” ve “Destek” kültür boyutlarının, risk üstlenmeyi teşvik, çatışmada hoşgörü ve bireysel özerkliğin örgütsel adalet üzerindeki etkisini güçlendirici (şartlı değişken) etkisi vardır.

3. Araştırma

3.1. Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul il sınırları içinde faaliyet gösteren bir özel hastanenin 450 çalışanı oluşturmaktadır. Doktor, hemşire, sağlık teknisyeni, hasta danışmanı ve idari çalışan olarak belirlenen meslek grubundan toplamda 150 kişilik örneklem, tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Örgüt kültürü değerlerinin öğrenilmesi ve örgütsel sosyalleşme süreci için gerekli olan süre dikkate alınarak iş kanununca da tanımlı en az 2 aylık deneme süresini doldurmuş olan personel örnekleme alınmıştır

3.2. Yöntem ve Kullanılan Ölçekler

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak envanter yönteminden yararlanılmıştır. Örgütsel kültür ve boyutlarının ölçülmesinde Robbins tarafından ortaya konulmuş olan bireysel özerklik, örgütsel yapı, örgütsel destek, örgütsel kimlik, örgütsel adalet, çatışmada hoşgörü ve risk üstlenmeyi teşvik olarak 7 boyutlu (Naktiyok, 2004:134) ölçek kullanılmıştır. Söz konusu ölçek Robbins'in 7 boyutlu sınıflandırması temel alınarak Çelik (2007) tarafından 26 madde olarak geliştirilmiştir. Katılımcılar, 5'li Likert ölçeği (Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılmıyorum) kullanarak değerlendirme yapmışlardır.

Araştırmacı ilk olarak 66 maddelik bir soru havuzu oluşturmuş, daha sonra bunlar 26 maddeye indirgenmiştir. Çelik, her bir boyut ve ölçek toplamında (Bireysel özerklik: 0,90; Örgütsel yapı 0,96; Örgütsel destek: 0,97; Örgütsel Kimlik: 0,94; Örgütsel Adalet: 0,89; Çatışmaya hoşgörü:0,91; Bireysel Üstlenmeyi teşvik: 0,98; ölçeğin geneli 0,97) güvenilirlik sonuçlarını elde etmiştir. Ölçekteki bir madde olumsuz yargı olup değerlendirilirken ters puanlanmıştır. Aynı ölçek Kurt (2011) tarafından yapılan çalışmada kullanılmış ve 0,88 toplam ölçek iç tutarlılık güvenilirliği elde edilmiştir.

Ölçeğin geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modeli aracılığıyla lisrel programında test edilmiştir.

Bağımsız değişkenlerin (risk üstlenmeyi teşvik, çatışmada hoşgörü, bireysel özerklik) bağımlı değişken (örgütsel adalet) üzerindeki etkisi çoklu doğrusal regresyon ile SPSS programında analiz edilmiştir. “Yapı” ve “destek” boyutlarının şartlı değişken etkisi ise aşamalı regresyon ile test edilmiştir.

4. Bulgular

4.1. Katılımcıların profili ve betimleyici istatistik sonuçları

Tablo 2: Katılımcıların profili

Kategori	Alt Grup	Sayı	Yüzde(%)
Meslek Grubu	Hekim	20	13,3
	Hemşire	60	40
	Sağlık Teknisyeni	15	10
	Hasta Danışmanı	40	26,7
	İdari Danışman	15	10
Örgütsel Kıdem	0-1 yıl	52	34,6
	1-3 yıl	49	32,6
	3-6 yıl	35	23,3
	6 yıl üzeri	14	9,3

Hemşireler katılımcılar arasında %40 oran ile sayıca en çok olan meslek grubunu oluşturmaktadır. Hemşireleri %26,7’lik oran ile hasta danışmanları izlemektedir. Katılımcıların %34,6’sının örgütte çalışma süresi 0-1 yıl , %32,6’sının ise 1-3 yıl dır. Diğer bir ifade ile kurumdaki çalışma süresi 3 yıldan az olan bireyler çoğunluktadır. Bireylerin % 42,6’sının meslekte bulunma süreleri 0-1 yıl arasındadır. Katılımcıların % 88 ‘si 32 yaş ve altındadır. En çok lise mezunu birey araştırmada yer almıştır (%46,7).

Araştırma değişkenlerinin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

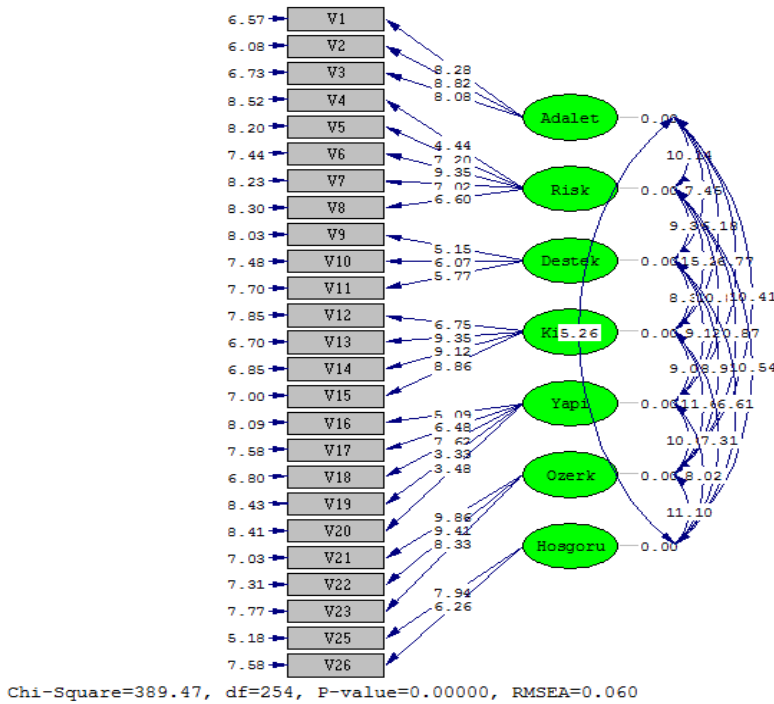
Tablo 3: Değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri

	Ortama	Standart sapma
adalet	3,0800	,80331
risk	3,5257	,56244
destek	3,7200	,64861
kimlik	3,9597	,59137
yapı	3,6453	,58074
özerk	3,3867	,78396
hoşgörü	3,1200	,83481

Kurumda en baskın kültür boyutu örgütsel kimlik (çalışanların örgütle özdeşleşmesi), görece en düşük olan boyut ise örgütsel adalet olarak saptanmıştır. Görece ikinci en düşük örgüt kültürü boyutu çatışmada hoşgörü olup, en yüksek standart sapması olan değişkendir.

4.2. Güvenilirlik ve geçerlilik

Yapısal eşitlik modeli (SEM) ile test edilen ölçeğin faktör yapısına göre kabul edilen düzeydeki t değerleri ve uyum indeksi değerleri Şekil 1 ve Tablo 4 'de görülmektedir.



Şekil 1: Doğrulayıcı faktör analizi t değerleri

Bireysel özerklik alt ölçeğindeki 24.madde (ters puanlanan) kabul edilen t değerinde olmadığından ölçekten çıkarılmıştır.

Tablo 4: Uyum indeksi değerleri

	$\chi^2/d.f.$	RMSEA	SRMR	RMR	NNFI	CFI
Kabul edilen	< 5	< 0,08	<0,08	<0,08	>0,90	>0,90
Hesaplanan	1,533	0,060	0,065	0,057	0,94	0,95

Uyum indeksi değerlerine göre test edilen faktör yapısının iyi bir uyum gösterdiği ifade edilebilir. Toplam ölçek iç tutarlılık güvenilirliği 0,899 olarak hesaplanmıştır. Yarıya bölme güvenilirliği 1. ve 2. Yarılar için sırasıyla 0,821 ve 0,814 olarak hesaplanmıştır.

4.3. Değişkenler arası ilişkilerin analizi

Değişkenler arası korelasyonlar Tablo 5’de, bağımsız değişkenlerin örgütsel adalet kültür boyutundaki değişimi ne ölçüde açıklayabildiği Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 5: Değişkenler arası korelasyonlar

	adalet	risk	destek	kimlik	yapı	özerklik	hoşgörü
adalet	1						
risk	0,525**	1					
destek	0,486**	0,507**	1				
kimlik	0,414**	0,647**	0,482**	1			
yapı	0,388**	0,528**	0,472**	0,439**	1		
özerklik	0,562**	0,720**	0,519**	0,559**	0,500**	1	
hoşgörü	0,359**	0,619**	0,445**	0,462**	0,488*	0,617**	1

Değişkenler arasındaki tüm doğrusal ilişkiler 0.05 düzeyinde anlamlıdır. Görece en yüksek korelasyon değeri bireysel özerklik ve risk üstlenmeyi teşvik kültür boyutları arasında saptanmıştır. En düşük doğrusal ilişki yapı ve adalet boyutları arasındadır. 0,8’in üzerinde bir korelasyon değeri raporlanmadığından çoklu doğrusallıktan bahsedilemez.

Tablo 6: Bağımsız değişkenlerin örgütsel adalet boyutuna etkileri.

Bağımlı Değişken	Örgütsel adalet		
Bağımsız Değişkenler	Standart Beta	T değeri	P değeri
Bireysel özerklik	0,397	3,891	0,000
Çatışmada hoşgörü	-0,056	-0,623	0,534
Risk üstlenmeyi teşvik	0,274	2,666	0,009
R²: 0,346		Adj. R²:	0,332
F : 25,382		Anlamlılık	
		değeri:0,00	

Bireysel özerklik ve risk üstlenmeyi teşvik kültür boyutları örgütsel adalet algısındaki değişim üzerinde olumlu yönde anlamlı etkiye sahiptir, değişimin %33'ünü açıklayabilmektedir. Çatışmada hoşgörü boyutunun örgütsel adalet değerlendirmeleri üzerinde anlamlı bir etkisi ortaya çıkmamıştır. Bireysel özerkliğin örgütsel adalet boyutundaki değişimi açıklayıcı etkisi görece daha yüksektir.

Bireysel özerklik ve risk üstlenmeyi teşvik boyutlarının örgütsel adalet değerlendirilmesi üzerindeki etkisinin **örgütsel yapı** ve **örgütsel destek** boyutlarına bağlı olarak ne şekilde artabileceği (şartlı değişken etkisi) hiyerarşik regresyon analizi ile teşhis edilmiştir.

Hiyerarşik regresyon analizinde bağımlı değişken üzerinde ilişkili öngörülen bağımsız değişkenler, şartlı değişken ve etkileşim değişkenleri sırayla incelenmiştir. Regresyonun birinci aşamasında anlamlı etkisi ortaya çıkan bağımsız değişkenler göz önüne alınarak; üçüncü aşamada söz konusu bağımsız değişkenlerin sırasıyla örgütsel destek ve yapı (şartlı değişken) ile çarpımları regresyonun üçüncü aşamasına dahil edilmiştir. Şartlı değişken etkisinin teşhisinde regresyon belirlilik katsayısında istatistiksel olarak anlamlı artış, etkileşim teriminin anlamlı olması ve etkileşim ile elde edilen değişkenin ilk duruma göre daha yüksek bir standart Beta katsayısına sahip olması kriterleri aranmıştır.

Etkileşim terimlerinin regresyona eklenmesi ile ortaya çıkabilecek çoklu doğrusallık probleminin giderilmesinde ortalamaya merkezileştirme (mean-centered) yöntemi ile bağımsız değişkenler ve şartlı değişken kendi ortalama değerlerinden çıkarılarak çarpım terimi elde edilmiş; bu şekliyle 3. aşamaya dahil edilmiştir.

Özellikle etkileşim terimleri için çoklu doğrusallık incelemesi yapılmış, Tolerans > 0,20; VIF < 10 ve CI < 30 koşulları göz önüne alınmıştır (Kalaycı, 2010).

Şartlı değişken: Örgütsel destek

Yordayıcılar	Örgütsel adalet		
	1	2	3
Bireysel özerklik	0,397	0,302	0,249
Risk üstlenmeyi teşvik	0,274	<u>0,189</u>	0,232
Örgütsel destek		0,233	0,233
Bireysel özerklik x örgütsel destek			-0,448
Risk üstlenmeyi teşvik x örgütsel destek			0,364
R ²	0,346	0,382	0,438
p	0,000	0,000	0,000
Δ R ²		0,036	0,056
F	25,382	29,614	22,718

Araştırma bulgularına göre örgütsel destek, bireysel özerklik ve risk üstlenmeyi teşvik boyutlarının örgütsel adalet üzerindeki etkisinde şartlı değişken etkisi göstermiştir. Örgütsel destek sağlandıkça risk üstlenmenin teşvik edildiği örgüt kültüründe, çalışanların adalet algıları artacaktır. Ancak, bireysel özerkliğin başlangıçtaki olumlu etkisi örgütsel destek ile etkileşimi halinde ters yönlü hale gelmiştir.

Şartlı değişken: Örgütsel yapı

Yordayıcılar	Örgütsel adalet		
	1	2	3
Bireysel özerklik	0,397	0,354	0,351
Risk üstlenmeyi teşvik	0,274	0,220	0,222
Örgütsel yapı		<u>0,094</u>	<u>0,090</u>
Bireysel özerklik x örgütsel yapı			<u>-0,054</u>
Risk üstlenmeyi teşvik x örgütsel yapı			<u>0,064</u>
R ²	0,346	0,350	0,351
p	0,000	0,000	0,000
Δ R ²		0,023	
F	25,382	25,868	15,384

Hiyerarşik regresyon analizi sonucuna göre örgütsel yapının, bireysel özerklik ve risk üstlenmeyi teşvik boyutlarının örgütsel adalet değerlendirmesine olan etkisini güçlendirici rolü saptanmamıştır. Diğer bir ifade ile yapı, şartlı değişken etkisi göstermemiştir.

5. Sonuç ve Tartışma

Araştırma bulgularına göre bireysel özerklik ve risk üstlenmeyi teşvik boyutlarının örgütsel adalet değerlendirmeleri üzerindeki etkisi olumlu yöndedir. Diğer bir ifade ile, çalışanlar görevlerini yerine getirirken bireysel özerkliklerini ne kadar çok kullanabilirler ve risk alma durumu karşısında kendilerinin engellendiğini düşünmezler, çalıştıkları kurumda o derecede adil bir yönetim anlayışı uygulandığını algılamaktadırlar. Ancak bireyler arasındaki çatışmanın hoşgörü ile karşılandığı bir örgüt kültüründe çalışanlar, buldukları kurumda hüküm süren örgütsel adaletin yüksek düzeyde olduğunu düşünmemektedirler. H_1 ve H_3 hipotezleri kabul edilmiş, H_2 hipotezi ise desteklenmemiştir.

Araştırma sonucunda örgütsel desteğin, bireysel özerklik ve adalet arasındaki ilişkiyi azalttığı, risk üstlenmeyi teşvik ve adalet arasındaki ilişkiyi ise güçlendirdiği görülmüştür. Ancak, yalın örgüt yapısını, informalliği, hiyerarşik olmayan karar alma sürecini, organik örgüt modelini ifade eden “yapı” kültür boyutu söz konusu ilişkileri güçlendirici ya da azaltıcı bir etki göstermemiştir. Bu nedenle, H_4 hipotezi kısmen desteklenmiştir.

Bu işletmede, görevlerini yerine getirirken risk üstlenmeleri için yöneticilerince gösterilen teşviğin yanı sıra, örgütte kendilerini destekleyen bir yönetim anlayışının ve uygulamalarının hüküm sürmesi bireyler için “adaletli” bir kurum imajı ortaya çıkarmaktadır. Ancak, bireysel özerkliğin adalet algısı üzerindeki olumlu etkisi örgütsel destek ile yön değiştirmiştir.

Çatışmada hoşgörü kültür boyutunun anlamlı bir etki ortaya çıkarmaması Erdem’in (2007) araştırma bulguları ile tutarlıdır. Araştırmacı, özel hastane çalışanlarını da içeren örneklem ile yaptığı örgüt kültürü araştırmasında, Quinn ve Cameron modelindeki dört kültür boyutundan biri olan hiyerarşik kültür olarak saptamıştır. Bu nedenle, çatışmanın hoşgörü ile karşılanmamasını beklemek yanlış olmayacaktır. İnfomal, biçimsel olmayan, mekanik örgüt yerine organik yapıyı vurgulayan, yukarıdan aşağıya tek yönlü iletişim yerine, çok yönlü iletişimi ortaya koyan “yapı” kültür boyutunun söz konusu ilişkileri güçlendirici bir etkiye sahip olmaması da bu sonuç ile ilişkilendirilebilir. Erdem (2005) sağlık kurumlarında yaptığı diğer bir örgüt kültürü araştırmasında güç mesafesini kültürün en belirgin boyutu olarak teşhis etmiştir. Güç mesafesi; hiyerarşik bir örgütlenmeyi vurgulamakta, ast-üst arasındaki mesafeli ilişkiyi ifade etmektedir. Araştırmacı, “yapı” boyutunu en düşük kültür özelliği olarak saptamıştır. Bu sonuçlar bu araştırma bulguları ile de tutarlıdır. Erdem (2007) çalışmada özel sağlık kurumu örneğinde hiyerarşik kültürün yanı sıra, klan kültürü özelliğinin de güçlü olduğunu göstermiştir. Bu örgüt kültüründe iç odaklılık, ekip çalışması, daha esnek kural ve prosedürler vurgulanır. Özel sağlık kurumu olarak küçük bir hastane ile tipi örgütsel ortamı ifade eder. Klan kültüründe örgüt, çalışanlarına ilgi gösterir. Daha esnek kural ve prosedürlerin hakim olabilmesi risk üstlenmeyi teşvik x örgütsel destek etkileşiminin adalet algısı üzerinde anlamlı bir etkisi bu nedenle beklenen bir sonuçtur. Ancak, klan kültüründe bireysel özerklik yerine ekip çalışması ön planda olduğundan bireysel özerkliği daha da artırıcı bir örgütsel destek bu açıdan düşünülmemektedir. Bu nedenle bireysel özerklik x örgütsel destek etkileşimi ters yönde bir etki ortaya çıkarmaktadır.

Medikal hataların yaptırımının yüksek olması, özel sağlık kurumu çalışanlarının bilgi paylaşımının maliyetini düşünerek, bilgi paylaşımı ve üretimi süreçlerinde isteksiz olması, sağlık kurumlarındaki ceza kültürü ve suçlayıcı kültür özelliklerinin bir sonucudur (Bozaykut, 2013). Bu nedenle, bireysel özerkliği daha çok destekleyici bir örgüt kültürünün örgütsel bağlamda ortaya çıkmayacağı ifade edilebilir.

Katılımcıların tercih ettikleri örgüt kültürü ve halihazırda hüküm süren örgüt kültürü arasındaki farklılıkların etkisi, örgüt kültürü gücünün ve zaman unsurunun şartlı değişken etkisi, farklı kültür boyutları ile farklı ölçek ekonomilerinde bu çalışmanın tekrarlanması ileri araştırma konuları olarak önerilebilir.

Kaynaklar

- 1.Arslantürk, G., Şahan, S. (2010). Örgütsel adalet ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin Manisa il Emniyet Müdürlüğü örneğinde incelenmesi, Polis Bilimleri Dergisi, Cilt 14, 1, 135-159.
- 2.Berberoğlu, G. N. , Besler, S. , ve Tonus, H.Z. (1998). Örgüt kültürü: Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Örgüt Kültürü Araştırması. Anadolu Univ., İ.İ.B.F. Dergisi, C.XIV, S.1-2, 29-52
- 3.Bozaykut, T., Kıyak, M., Baysan, S. (2013). Sağlık işletmelerinde örgüt kültürü ve örgütsel bilgi üretimi üzerine bir derleme, 7. Sağlık ve Hastane İdaresi kongresi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 1309-1314.
- 4.Çelik, M. (2007). ‘Örgüt kültürü ve örgütsel vatandaşlık davranışı: bir uygulama’, Atatürk Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi
- 5.Daft, R.L. (1998). Organization Theory and Design, South-Western College, Publishing, Cincinnati, Ohio.
- 6.Dinçer, Ö. (2001) “Örgüt Kültürü,” Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 7(1).
- 7.Erdem, F. (1996). İşletme Kültürü. Friedrich-Nauman Vakfı ve Akdeniz Univ Yayınları, Ankara
- 8.Erdem, R. (2007). Örgüt kültürü tipleri ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: Elazığ il merkezindeki hastaneler üzerinde bir çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İİBF Dergisi, Ekim, 2(2), 63-79
- 9.Erdem, O. (2009) Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarının Örgüt Kültürüyle ilişkisi ve Türk Telekomünikasyon A.Ş. üzerine bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi.
- 10.Ertekin, Y. (2003) “Örgüt İklimi,” Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, 174.
- 11.Göktaş, B., Aslan, G., Aslantekin, F., Erdem, R. (2005). Örgüt kültürü ve Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8 (3), 351-372
- 12.Gürçay, C. (2001). İşletmelerde örgüt kültürü faktörlerinin farklı boyutlarda oluşmasında sektörel farklılığın etkisi: hizmet ve sanayi sektörlerindeki yöneticiler üzerinde yapılan bir araştırma sonuçları. İş-Güç- Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, C 3, S 1.
- 13.Gürgen, H., Kırel, Ç., Uztuğ, F., Orhon, N.; (2003), Halkla İlişkiler ve İletişim, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:1482, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 792, 1. Baskı, Eskişehir
- 14.İçerli, L. (2010). Örgütsel Adalet: Kuramsal bir yaklaşım, Girişimcilik ve Kalkınma dergisi, 5(1), 67-92
- 15.İnce, M. ve Gül, H. (2005), Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık, Çizgi Kitabevi, Konya

- 16.İşcan, Ö. F.,Naktiyok, A. (2004), “Çalışanların Örgütsel Bağdaşmalarının Belirleyicileri Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları”, S.B.F Dergisi, Böl.59, No.1, ss. 181-201
- 17.Kalaycı, Ş. (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayınevi, Ankara.
- 18.Kurt, E. (2011). Örgüt kültürünün örgütsel vatandaşlık davranışına etkisi: Bir kamu kurumu çalışanlarına yönelik araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü
- 19.Muhlis, H. (2003) Durumsallık açısından Türk Örgüt Kültürlerinde yönelimler. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 3, 109-135.
- 20.Naktiyok, A. (2004). İç girişimcilik Beta Yayınları
- 21.Önderoğlu, S. (2010). Örgütsel adalet algısı, iş-aile çatışması ve algılanan örgütsel destek arasındaki bağlantılar, yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- 22.Özdevecioğlu, M. (2003) “Algılanan Örgütsel Destek ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma,” Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18(2).
- 23.Özkalp, E. (1995) Örgüt kültürü ve kuramsal gelişmeler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi, Kış, C 1, S 2, 59-85
- 24.Öztürk, S. A. .1994 Örgütsel davranışın temelleri. (Çev. Robbins, S. P. Essentials of Organizational Behavior) Etam, Eskişehir
- 25.Raelin, J. (1999). Kültürlerin çatışması (Yönetenler-Yönetilenler). Çev: Kamuran Tuncay, Türkiye İş Bankası Yayınları, No: 412
- 26.Robbins; S. (1996). Organizational behaviour: concepts controversies and applications .Prentice Hall Inc., USA
- 27.Schein, E. (1992). Organizational culture and leadership. 2. Baskı, Jossey Bass Publication, San Francisco
- 28.Sözer, Z. (2006). Örgüt Kültürünün işgören motivasyonu ile ilişkisi ve bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, SBE, İstanbul
- 29.Şişman, M. (1994). Örgüt kültürü. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.Terzi, A. (2000). Örgüt kültürü. Nobel , Ankara
- 30.Toprak, M. A. (2007) Kurumsal kültürün belirlenmesi ve kobi'lere yönelik bir uygulama. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, SBE. İstanbul,
- 31.Uzer, P. S., Urketin, G. E (2007). Örgütsel adalet algısı boyutları ve iş doyumu ilişkisi üzerine bir araştırma, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 28, Ocak-Haziran, 107-125.
- 32.Yavuz, Ercan, (2010), “Kamu ve özel sektör çalışanlarının örgütsel adalet algılamaları üzerine bir karşılaştırma çalışması”, Doğuş Üniversitesi Dergisi, C. 11, S. 2, ss.302-312.
- 33.Yıldız, S. (2014). Örgütsel Adaletin Örgütsel Vatandaşlık Davranışına Etkisinde İş Tatmininin Aracı Rolü Ege Akademik Bakış, Cilt 14, Sayı 2, 199-210.

BİREYSEL DEĞERLER VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYİ İLİŞKİSİ: ASKER HASTANESİ ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR İNCELEME

Buket HÜSEYİKLİOĞLU*

ÖZET

Bu çalışmada, çalışanların bireysel değerleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma evreninin Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde faaliyet gösteren Asker Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada şu üç soruya cevap aranmıştır: Asker hastanesi çalışanlarının bireysel değerleri ile örgütsel bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır? Asker hastanesi çalışanlarının bireysel değerleri ile örgütsel bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır? Asker hastanesi çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile örgütsel bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır? Araştırma sorularına cevap ararken, Schwartz'ın (1994) bireysel değerleri ölçmek için geliştirdiği Schwartz Değer Envanteri ile Meyer ve Allen'in (1997) örgütsel bağlılık ölçekleri kullanılmıştır. Anket yöntemi ile 512 katılımcıdan toplanan verilerin istatistiksel yöntemlerle analizi yapılmış ve bu analizler neticesinde, geliştirilen 28 hipotez değerlendirilmiştir.

Muhafazakâr değerlerle normatif ve duygusal bağlılık, kendini gerçekleştirme değerleri ile normatif ve duygusal bağlılık, güvenlik-evrensellik değerleri ile normatif bağlılık arasında ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda; çalışanların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, statü ve meslekleri ile bireysel değerleri arasında; yaş, eğitim durumu, statü, hiyerarşik konum ve meslekleri ile örgütsel bağlılıkları arasında farklılıklar belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Değerler, Bireysel Değerler, Örgütsel Bağlılık, Hastane Çalışanları, Asker Hastaneleri, Schwartz Değer Envanteri, Meyer ve Allen Bağlılık Ölçeği, Değer Tipleri, Bağlılık Boyutları.

*Dr.,Gülhane Askeri Tıp Akademisi TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı, buqet01@gmail.com

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INDIVIDUAL VALUES AND LEVEL OF ORGANIZATIONAL COMMITMENT AMONG MILITARY HOSPITAL EMPLOYEES

ABSTRACT

This study focused on examining the relationship of individual's values and level of organizational commitment among the military hospital employees in Turkey. Military hospitals employees make up the study population. Sample of employees drawn from military hospitals provided data to answer three research questions: Is there a statistically significant relationship between individual values and organizational commitment level of military hospital employees? Is there a statistically significant relationship between the individual characteristics and individual values of military hospital employees? Is there a statistically significant relationship between the individual characteristics and organizational commitment of military hospital employees? To measure individual values and organizational commitment of military hospital employees Schwartz's (1994) individual values scale and organizational commitment scale developed by Meyer and Allen (1997) were administered to 512 employees. To test 28 hypotheses developed for the study one way ANOVA and linear regression methods were employed.

Results of the analysis indicated that relationships exist between conservative values, normative and affective organizational commitment. Likewise, security-universal values and normative organizational commitment show statistically significant relationship. In terms of employees individual characteristics such as sex, marital status, educational attainment, and occupational status are found to be related to individual values. Finally, relationships were observed between age, educational attainment, occupational status, position in the hierarchy and organizational commitment.

Key Words: De Values, individual values, organizational commitment, hospital employees, military hospitals, Schwartz's Values Inventory, Meyer and Allen's Commitment Scale , values types, dimensions of commitment.

1. Giriş

İnsan; dünyayı değiştiren, dünyaya egemen olan ve değerler yaratan bir varlıktır. İnsanın yaşamında tercihlerini inandığı değerler belirler (Özden, 2005: 37). Her birimizin sahip olduğu bazı değerler vardır. Bu değerler, yaşamımızdaki olayların yönünü etkileyebilmekte, bize yön verebilmektedir (Pachella, 1986). Birey bir örgüte girerken, örgüte yapacağı katkıları ve karşılığında örgütün de bireyin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik teşvikleri ve imkânları ortaya koyması ile birey ve örgüt arasında bir “psikolojik kontrat” oluşmaktadır. Eğer bu karşılıklı “değer alış verişi” sağlıklı bir şekilde devam ederse, birey örgüte karşı olumlu tutumunu sürdürür ve bu yüksek tatmin duygusuyla devamsızlık veya işten ayrılma düşüncesinden uzaklaşmış olunabilir (Schermerhorn vd.,1994:53). Örgütün yaşaması, çalışanların örgütte kalmalarına bağlıdır. Çalışanlar, örgüte ne kadar bağlıysa örgüt de o derecede güçlenmektedir. Örgüt, yaşamını devam ettirmek için

çalışanların örgütten ayrılmasını önlemeye gayret eder. Bunu yaparken ücret arttırma, yükselme olanağı sağlama ve teşvikler sunma gibi yollar izlemektedir (Çetin, 2004: 90). Örgütte hem yöneticilerin hem de çalışanların değerleri onların örgütten beklentilerini belirlenmesi, örgüte uyumun başlaması ve dolayısıyla örgüte bağlılığın ortaya çıkmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir.

2. Değer

Değer kavramı, iyi veya arzu edilenin ya da kötü veya arzu edilmeyenin ne olduğuna ilişkin açık ya da kapalı bir biçimde ifade edilmiş düşünceler için kullanılan bir kavramdır (Pethia, 1970, 10). Değerler, genel olarak bireyin diğer bireylerle ilişkilerinde belirli durumları tercih etme eğilimidir (Hofstede, 1991: 18) Bireylerin yaşamına yön veren, kural görevi gören, önem dereceleri farklı olan, arzulanan amaçlardır (Schwartz ve Sagie, 2000).

2.1. Değerin Özellikleri

Değerler, bireylerin ideal davranış tarzları ya da yaşam amaçları hakkındaki inançları olup, davranışa farklı tarzlarda rehberlik eden çok yönlü standartlardır (Rokeach, 1973). Rokeach (1973: 5-10) değerlerin özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- Sürekli,dir,
- İnançlar ile ilgilidir,
- Davranışlar ya da son kararlara referans olurlar,
- Tercih edilen durumlarla ilgilidirler,
- Bireysel ya da toplumsal anlayışla ilgilidirler.

Değerler, dünyaya ve diğer insanlara bakış açımızı etkilemektedir ve büyük oranda bireylerin inançları ile ilgilidir. Değerler kaçınılmazdır, bireyler mutlaka onlar arasından seçim yapmak zorundadır. Değerler bireylere, düşüncelerini, mesleki yargılarını oluşturmada yardım etmekte ve tutumlarını ve eğilimlerini desteklemektedir (Everard, 1995:131).

2.2. Değerin İşlevleri

Değerler ya da değer sistemleri, içinde buldukları kültürel yapı bağlamında belli bir takım fonksiyonları yerine getirmektedir. Fichter'e göre (1990:1996) değerler aşağıdaki işlevleri yerine getirmektedir (Özensel, 2003, Silah, 2000):

- Değerler kişilerin ve birlikteliklerin sosyal değerlerinin yargılanmasında hazır birer araç olarak kullanılırlar. Böylece bireyler kendilerini ya da diğer bireyleri ödüllendirebilir ya da cezalandırabilirler.
- Kişilerin dikkatini istenilen, yararlı ve önemli olarak görülen maddi kültür nesnelere üzerinde odaklaştırırlar. Diğer insanların davranışlarının tahmin edilmesinde kullanılırlar. Böylece bireylere amaç ve yön verebilirler.
- Her toplumdaki ideal düşünme ve davranma yollarını değerler işaret ederler. Değerler, toplumda sosyal olarak kabul edilebilir davranışların şemasını gösterirler.
- Bireylerin sosyal rollerini seçmesinde ve gerçekleştirmesinde rehberlik ederler. İlgi yaratır, cesaret verirler.
- Değerler sosyal kontrol ve baskının aracıdır. Değerler bu yolla bireyleri gelenek, görenek, töre ve adetlere uymaya yöneltirler; doğru şeyleri yapmaya yüreklendirirler
- Değerlerin dayanışma aracı olarak da işlevi vardır. Değerler grupların toplu eylemlerde bulunmalarını sağlarlar ve dayanışmanın aracı olarak işlev görürler.

Yukarıda belirtilen maddelerde de görüldüğü gibi değerler, toplumsal yaşamda güçlü yaptırımları olduğu gibi grup hareketleri ve sosyal rollerin belirlenmesinde de etkin güce sahiptir.

2.3. Değerlerin Sınıflandırılması

Değerlerin tanımlanması konusunda yaşanan güçlük değerlerin sınıflandırılmasında da yaşanmaktadır. Çünkü gerek değerlerin tanımlanması, gerek temel değerlerin belirlenmesi gerekse de değerlerin sınıflandırılması konusunda çok farklı görüşler bulunmaktadır. Güngör (1998) değer çeşitlerini “ahlaki, ekonomik, siyasi, dini, estetik, sosyal, bilimsel” değerler olmak üzere yedi kategoride toplamıştır. Fernandes (1999:4) ise değerler ile ilgili olarak yapmış olduğu çalışmada değerleri daha ayrıntılı gruplandırarak sekiz başlık altında incelemiştir: Etik değerler, organik (canlı) değerler, dinlenme ile ilgili değerler, ekonomik değerler, politik değerler, bireysel değerler, entelektüel değerler, manevi değerler.

Burada yapılan kuramsal açıklamalarda tercih edilen sınıflamada, değerlerin en üst düzeyinde yer aldığı kabul edilen evrensel değerlerden aşağıya doğru bir sınıflama tercih edilmiştir. Bunun tercih edilmesinin sebebi araştırmanın amacına uygun olan kavramlara daha çok yer verilmek istenmesidir.

2.3.1. Evrensel Değerler

Evrensel değerler yalnız bir örgütte değil, başka örgütlerin çalışanlarının da, yalnız bir kültürün değil başka kültürlerin insanların çoğunluğunca benimsenen değerlerdir (Başaran, 2000a). Örneğin, insan onuru, temel haklara saygı, iyi vatandaşlık gibi değerler bunlar arasında sayılabilir (Dumas ve Blodgett, 1999).

2.3.2. Bireysel Değerler

Bireysel değerler kavramı, idealleri, kavramları ve bireyin yaşamında önem verdiği öğeleri anlatmaktadır. Değerler, bütün yaşamı ve tutumları, ilkeleri ve kişilikten kaynaklanan değerli şeyleri etkilemektedir. Değerler aynı zamanda bireylerin dünyaya bakış açıları ile bütünleşmekte ve önceliklerini belirlemektedir (Hostetter, 2003:13).

2.3.3. Toplumsal Değerler

Belirli bir kültür içinde değerler, belirli bir hiyerarşi veya önem derecesine göre organize olurlar. Bu hiyerarşi, değerlerin önem derecesine, sistem içindeki değerlerin sağlamlığına ve sosyal davranışı etkileme gücüne göre belirlenir. Hiyerarşik olarak daha yukarıda olan değerler, daha aşağıda olan değerlere göre daha önemli, daha sağlam ve değişime dirençlidirler ve toplum tarafından daha fazla kabul edildikleri için de sosyal kontrol açısından daha çok kullanılırlar. “Çekirdek değerler” (core values) olarak isimlendirilen bu değerler, değer hiyerarşisi içinde değerlerin birbirlerine göre daha aşağı veya yukarı sıralanmalarını ve sosyal kontroldeki etkilerini temsil ederler” (Lachman vd., 1994:41).

2.3.4. Örgütsel Değerler

Değerler sadece bireysel düzeyde değil aynı zamanda örgütsel düzeyde de gelişmektedirler (Aydın, 2001). Örgütsel düzeyde değerler, örgüt kültürü olgusunun ölçülebilir bir ögesi olarak kavramlaştırılmıştır (McDonald ve Gandz, 1991; Sağnak, 2004). Bu anlamda örgütler de aynı insanlar gibi, değerlere ve bu değerlerin oluşturduğu bir değerler sistemine sahiptir. Birçok örgütte örgüt üyeleri kabul edilebilecek ya da kabul edilemeyecek örgütsel davranışlar hakkında algıya sahiptirler (Pang, 1994). Değerler, örgütte neyin önemli olduğunu göstermektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2001), çoğu zaman belirsiz olarak kullanılan kavramlardır, ancak bir örgütteki karar verme süreçlerinin çözümlenebilmesi için ilk önce o örgütteki amaçların ve

değerlerin ne olduğunun saptanması gerekmektedir. Bireylerin değerleri, karar verme süreçlerinde birincil öneme sahiptir (Clemen, 1996: 19).

2.4. Yönetimde Değerlerin Yeri

Örgütteki çalışanlar, toplu yaşamın, işbölümünün ve karşılıklı dayanışmanın bir gereği olarak, kendilerine özgü kültürel değerler ve toplumsal kurallar geliştirirler. Bu kültürel değerler ve toplumsal kurallar, genelde örgütün içinde yaşadığı toplumun kültürel değerlerine ve toplumsal kurallarına uygunluk göstermektedir (Başaran, 2000b).

Yöneticilerin eylemleri, kişisel değerlerinin etkisi altındadır. Ekonomik değerlere güdülenmiş bir yönetici, yönettiği örgütün büyümesinin önemini vurgulayacaktır. Toplumsal değerlere eğilimli yönetici ise, örgütün büyümesinden çok, çalışanların çalışma koşullarının iyileştirilmesini ön plana çıkaracaktır (Aydın, 2001).

England ve Lee (1974) liderlerin performansında doğruluk, iyilik ve önemseme gibi değerlerin etkili olduğunu belirtmektedir. Bu saptamada liderlerin sahip oldukları değerlerin etkilediği konuları da içeren şu hususlar vardır (Mass, 1990:140):

- Liderlerin karşı karşıya kaldıkları olaylara ve sorunlara bakış açısını etkilemektedir,
- Liderlerin, sorunlara ilişkin kararlarını ve çözüm önerilerini etkilemektedir,
- Liderlerin diğer kişiler ve gruplar ile olan ilişkilerine, böylelikle kişilerarası ilişkilere bakış açısını etkilemektedir,
- Liderlerin örgütsel ve bireysel başarılarla ve bunun yanı sıra bu başarılarla nasıl ulaşıldığına ilişkin bakış açısını etkilemektedir,
- Liderlerin etik ya da etik olmayan davranışları ayırt etmesine yardımcı olmaktadır,
- Liderlerin örgütsel amaçları ve baskıları onaylamasının ya da karşı koymasının derecesini belirlemektedir.

2.5. Örgütsel Bağlılık

Örgütsel bağlılık, örgütün üyesi olarak kalma arzusu, örgüt için yüksek çaba harcama arzusu ve örgütün amaç ve değerlerine inanç unsurlarından oluşan bir bütündür (Dubin vd., 1975: 411-421). Örgütün ve bireyin amaçlarının zaman içinde bütünleşme veya uyumlu olma sürecidir (Hall vd., 1970: 176). Örgüte bağlılığın öğeleri ise şunlardır (Porter vd., 1974: 603-609; Mowday vd., 1979: 224-247; Nijhof vd., 1998: 243; Allen ve Meyer, 1990: 848): *Örgütün amaç ve değerlerini kabullenme ve bunlara güçlü bir inanç duyma, örgüt yararına beklenenden daha fazla çaba harcama, örgüt üyeliğinin devamı için güçlü bir istek duyma.*

Modern öğrenen örgütlerdeki çalışanların çaba, motivasyon ve girişimciliklerini artırmaları beklenilmektedir. Bir örgütün başarısı sadece insan rekabetini nasıl sağladığına değil aynı zamanda bağlılığı nasıl sağladığına da bağlıdır. (Nijhof vd., 1998: 243).

2.6. Örgütsel Bağlılığın Önemi

Bağlılığın örgüte getirdiği yararlarla beraber çalışanlara getirdiği yararlar da vardır. Yüksek düzeyde bağlılık, ait olma ve kendini güvende hissetme duygularıyla ilişkilendirilir. Genelde çalışanların birçoğu, yaşamlarına belirli bir yön vermek, alanlarında prestijli kurumlara üye olmak gibi birçok amaca ulaşmak isterler. Örgütsel bağlılık, çalışanların örgüt politikaları yönünde çaba göstermesi, üyeliklerini ve sadakatlerini devam ettirmesi nedeniyle, örgütsel ödüllerden daha çok yararlanmalarını sağlar (Cengiz 2000:513,514; Angle ve Perry 1981:3).Yüksek düzeyde bağlılık, örgüt içinde olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Her şeyden önce çalışanın yüksek düzeyde bağlılığı,

örgüte güven veren kararlı iş gücünün oluşmasını sağlar. Bu kararlı ve güven verici iş gücü, örgüt amaçlarını isteyerek kabul eder ve en verimli ürünü ortaya koymaya çalışır (Balay 2000:90).

Örgütsel bağlılığın sonuçlarına ilişkin olarak, özellikle davranışsal sonuçların bağlılıkla güçlü ilişkiler içinde olduğu belirlenmiştir. İş tatmini, motivasyon, karara katılma ve örgütte kalma arzusu bağlılıkla olumlu, iş değiştirme ve devamsızlık ise bağlılıkla olumsuz ilişkili bulunan en önemli davranışsal sonuçlardandır. Örgütsel bağlılığı, performans, devamsızlık, işe geç kalma, stres ve isten ayrılma niyeti gibi iş davranışlarıyla olan ilişkileri üzerine çeşitli araştırmalar yapılmıştır. (İnce ve Gül 2005:94) Örgüte bağlılıkları olmayan veya düşük olan bireylerin, kendilerini örgütün bir parçası olarak görmedikleri için, işe gelmeme, işe geç gelme ve işten ayrılma olasılıklarının daha yüksek olması beklenmektedir (Meyer ve Allen, 1997). Araştırma sonuçları da, varsayıldığı üzere, bağlılığı yüksek olan çalışanların işten ayrılma niyetlerinin daha düşük olduğunu göstermiştir (Mowday vd., 1979; Clugston, 2000; DeConinck ve Bachmann, 1994). Türk çalışanlar üzerinde yapılan bir araştırma da duygusal ve normatif bağlılık ile işten ayrılma niyeti arasında negatif ilişki olduğunu; devam bağlılığının işten ayrılma niyetini etkileyen faktör olmadığını ortaya çıkarmıştır (Wasti, 2000). Çalışanların bağlılığı örgütsel başarıya ulaşmada en kritik faktör olarak görülmektedir (Dick ve Metcalfe, 2001: 112). Çünkü, çalışanların problem üreten değil, problem çözen insanlar olması arzu edilir. Örgütsel bağlılıkları yüksek çalışanların, daha verimli ve daha fazla sorumluluk sahibi oldukları genel olarak kabul edilmektedir (Chow, 1994: 3).

2.7. Örgütsel Bağlılığın Sınıflandırılması

Örgütsel bağlılık ile ilgili olarak yapılan pek çok sınıflandırmadan biri örgütsel bağlılık nedenleri olarak da nitelendirilebilecek olan duygusal, devamlılık ve biçimsel (normatif) bağlılık sınıflandırmasıdır. Yapılan bu sınıflamaya göre, birey çalıştığı örgüte duygusal bağlılık duyar çünkü örgütte kalmak istemektedir; devamlılık bağlılığı duyar çünkü buna ihtiyacı vardır; biçimsel bağlılık duyar çünkü böyle yapmak zorunda hissetmektedir (Allen ve Meyer, 1990: 1-4; Meyer ve Allen, 2002: 350-356).

Duygusal Bağlılık: Bireylerin duygusal bağlılığı anlamına gelmektedir ve bireylerin örgütsel objelere sarılması ve özdeşleşmesini ifade etmektedir. Çalışanın örgüte duygusal bağlılığını, örgütle bütünleşmesini yansıtmaktadır (Chen ve Francesco, 2003: 490-516).

Devam Bağlılığı: Allen ve Meyer, Becker'in (1960) Yan Bahis Teorisinden yola çıkarak devamlılık bağlılığını geliştirmişlerdir. Yazında bu bağlılık türüne rasyonel bağlılık da denilmektedir. Devam bağlılığı örgütten ayrılmanın getireceği maliyetlerin farkında olma anlamına gelmektedir (Chen ve Francesco, 2003: 490-516). Buna göre devam bağlılığı, çalışanın bir örgütteki kıdem, kariyer ve yararlanmaları gibi yatırımları çok yüksek tutuyorsa ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla kişi istemese de örgütte kalmaya devam etmektedir. Çünkü örgütten ayrılmanın kendisi için maliyeti yüksek olacaktır (Allen ve Meyer, 1990: 3).

Normatif Bağlılık: Meyer ve Allen 1984 yılında duygusal ve devamlılık bağlılığına ek olarak Weiner ve Vardi (1980) tarafından önerilen ve Weiner (1982) tarafından geliştirilen “normatif” ya da “ahlaki” boyutunu da eklemek suretiyle üç boyutlu örgütsel bağlılık modelini geliştirmişlerdir (Meyer ve Allen, 1984: 372-378; Weiner ve Vardi, 1980: 81-96).

3. Bireysel Değerler ve Örgütsel Bağlılık Düzeyi İlişkisi

Çalışanlar ve kurumların paylaştığı temel özelliklerden bir tanesi “değerlerdir”. Dose'a göre değerler (1997: 227-228), “bireylerin iş veya çalışma ortamı ile ilgili olarak neyin ‘doğru’ olduğunun farkına varmalarını veya tercihlerin önemini kavramalarını sağlayan değerlendirme standartlarıdır. Bireylerin kendi değerlerine uygun bir ortamda muhtemelen daha rahat olacağına

dair birçok örnek vermek de mümkündür. Çalışan, düzenlilik ve dikkate değer veren bir birey ise deney ve yaratıcılığın teşvik edildiği bir ortamda muhtemelen çekingen kalacaktır. Çok büyük olasılıkla, bir bireyi şahsi değerlerine uygun olmayan durumlara maruz bıraktığınızda bu ne çalışan ne de kurum için uygun olmayacaktır. Bu noktada yalnızca çalışanların refahı risk altında değildir, aynı zamanda bu çalışanlar kurumlarına daha az bağlı ve muhtemelen daha az üretken olacaklardır. Bağlılık tanımında değerlerin son derece önemli bir rol oynadığı düşünüldüğünde, bireysel değerleri çalıştığı kurumun değerlerine uygun olan bir bireyin, bireysel değerleri çalıştığı kurumun değerlerinden farklı olan birine kıyasla kurumuna daha bağlı olacağı düşüncesi son derece makuldür (Finegan, 2000:149-150). Bireysel değerler kariyer seçimlerinde (Costa vd., 1984) ve iş yerlerimizdeki etik davranış algılarımız (Finegan, 1994) üzerinde önemli rol oynarlar ve bağlılık da (Oliver, 1990) çalışanların bireysel değerlerinden etkilenmektedir.

Meyer ve Allen (1991) bağlılık kavramının üç farklı bileşenden oluştuğuna dair son derece ikna edici kanıtlar ortaya koymuşlardır. Duygusal bağlılık, bir kimsenin kurumu için hissettiği duygusal bağlılığı ifade etmektedir. Normatif bağlılık ise bir kimsenin kurumda kalmak üzere hissettiği zorunluluk duygusunu ifade eder. Son olarak, devam bağlılığı ise ‘çalışanların, kurumu terk ettikleri takdirde kaybedebilecekleri toplu bir birikimleri olduğunu veya kıyaslanabilir alternatiflerin sayısının sınırlı olduğunu fark ettiklerinde’ ortaya çıkmaktadır (Meyer vd., 1993: 539). Her üç bağlılık şeklinde de çalışan, kurumuna ‘bağlıdır’ ancak bu bağlılığın sebepleri farklıdır ve aynı doğrultuda, tüm bağlılık tipleri, farklı etkiler doğuracaktır. Duygusal bağlılık daha yüksek üretkenlik (Meyer vd., 1989), daha fazla kurumsal vatandaşlık olasılığı (Meyer ve Allen, 1991) ile ilişkilendirilmektedir. Böylece, kurumlarına duygusal olarak bağlı olan bireylerin sahip olduğu pozitif duygular, beraberinde kurum için yararlı olabilecek diğer yararlı etkileri de getirecektir. Normatif bağlılık söz konusu olduğunda da benzer bulgular elde edilmiştir (Meyer ve Allen, 1997).

Ancak bunun aksine, devam bağlılığı ile performans göstergeleri arasında çok az pozitif ilişki mevcuttur (Meyer ve Allen, 1997). Yapılan çalışmalarda, devam bağlılığı ile performans arasında ya herhangi bir ilişki bulunamamıştır ya da negatif bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (Ör. Meyer vd., 1989). Gerçekte, Meyer vd.’nin (1993) bulgularına göre, kuvvetli devam bağlılığı mevcut olan hemşireler, tatminkâr olmayan durumlarda bir şeyleri değiştirmeye çalışmak yerine pasif bir biçimde geri çekilmeye daha yatkındırlar. Çünkü, devam bağlılığı skoru yüksek olan bireylerin işlerinde kalmalarının nedeni çok az alternatiflerinin olmasıdır, bu nedenle de devam bağlılığının iş tatmini ile negatif bir korelasyona sahip olması şaşırtıcı değildir (Hackett vd., 1994). Gerçekten de, duygusal bağlılık ile devam bağlılığı arasındaki tek benzerlik, her ikisinin de düşük iş hacmi ile bağlantılı olmasıdır (Meyer ve Allen, 1997). Buradan hareketle, bu çalışmada Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde faaliyet gösteren asker hastanelerinde çalışan personelin bireysel değerleri ile örgütsel bağlılık ilişkisi değerlendirilmiştir.

4. Yöntem

4.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, çalışanların bireysel değerleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada şu üç soruya cevap aranmıştır: 1) Asker hastanesi çalışanlarının bireysel değerleri ile örgütsel bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır? 2) Asker hastanesi çalışanlarının bireysel değerleri ile örgütsel bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır? 3) Asker hastanesi çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile örgütsel bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

4.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesi aşamasında, Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde hizmet veren asker hastaneleri belirlenmiş, çeşitli asker hastanesi başhekimleri, idari amir ve başhemşireleri ile çalışan ve sektörü yakından tanıyan çeşitli kadrolarda görev yapan kişilerle görüşülmüştür. Bu görüşmeler sonucunda, araştırmanın amaç ve kapsamı da göz önünde bulundurularak, araştırmanın örnekleminin ana kitleyi kapsayacak şekilde, Türkiye’de faaliyet gösteren Eğitim ve Araştırma hastaneleri hariç tüm asker hastanelerinde görev yapan muvazzaf personelden oluşmasına karar verilmiştir.

4.3. Veri Toplama Aracı

Bu çalışma için hazırlanan anket formunun birinci bölümü çalışanların bireysel değerlerini ölçmek için Schwartz (1994) tarafından geliştirilen ve Schwartz’ın Değer Envanteri (SVI) olarak adlandırılan 56 maddelik ölçek kullanılarak yapılmıştır. Anket formunun ikinci bölümünde ise çalışanların örgüte bağlılık düzeylerini ölçmek için Meyer ve Allen (1997)’in geliştirdiği 30 maddelik örgütsel bağlılık ölçeği kullanılmıştır. Anket formunun üçüncü bölümü çalışanların demografik özelliklerini belirlemek üzere cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, medeni durum, çalışma süresi, statü, meslek ve son olarak çalışanın hiyerarşik konumu olmak üzere toplam 8 maddeden oluşmaktadır. Araştırma içeriğine uygun olarak belirlenen hipotezlerin geçerliklerinin sınanması amacıyla yönelik olarak, anket formunun hazırlanması sürecinde, çalışanların bireysel değerlerini ve örgütsel bağlılıklarını ölçmek amacıyla daha önce geliştirilmiş olan çeşitli ölçekler incelenerek, araştırmanın yapısına en uygun olduğu düşünülen ölçekler anket formunda kullanılmak üzere belirlenmiştir.

5. Bulgular

Araştırmaya katılan 512 asker hastanesi çalışanın %47,1’i kadın, %52,9’u erkektir. Katılımcıların %55,3’ü 26-35 yaş grubu, %33,6’sı 36-45 yaş grubundan oluşturmaktadır. %26’sının bekâr, %74’ünün evli, %14,8’inin lise mezunu, %31’inin önlisans mezunu, %32’sinin lisans mezunu olduğu ve %21,3’ünün ise lisansüstü dereceye sahip olduğu görülmektedir. Başka bir ifadeyle katılımcıların %85,2’sinin ön lisans, lisans ve lisansüstü derecesine sahip oldukları görülmektedir. %5,9’unun üst ve orta kademe yöneticilerden, %22,5’inin alt kademe yöneticilerden, %71,7’sinin ise çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %19,5’inin tabip, %37,5’inin hemşire, %24,4’ünün diğer sağlık personeli, %10,5’inin emniyet ve idari personel ve %8’inin ise yardımcı hizmet personelinden oluşmuştur. %22,7’si 1-5 yıl arası, %23’ünün 6-10 yıl arası, %30,3’ünün 11-15 yıl arası, %16,6’sı 16-20 yıl arası ve %7,4’ünün asker hastanelerinde 21 yıldan fazla çalışanlardan oluştuğu bulunmuştur.

Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre %99 güven aralığında, güvenlik-evrensellik değerleri ile duygusal bağlılık arasında düşük düzeyli ve pozitif bir ilişki ($r=0,220$) bulunurken; kendini gerçekleştirme değerleri ile normatif bağlılık arasında düşük düzeyli ve pozitif bir ilişki ($r=0,151$); kendini gerçekleştirme değerleri ile duygusal bağlılık arasında düşük düzeyli ve pozitif bir ilişki ($r=0,156$); muhafazakâr değerleri ile normatif bağlılık arasında düşük düzeyli ve pozitif bir ilişki ($r=0,109$); muhafazakâr değerlerinin duygusal bağlılık arasında düşük düzeyli ve pozitif bir ilişki ($r=0,236$), yeniliğe açıklık değeri ile örgütsel normatif bağlılık arasında düşük düzeyli ve pozitif bir ilişki ($r=0,115$) bulunmuş, diğer bireysel değerler ile bağlılık düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır.

Doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre, güvenlik-evrensellik değerleri değişkeni ile normatif bağlılık değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve negatif ($\beta=-0,17$) bir ilişki, kendini gerçekleştirme değerleri değişkeni ile normatif bağlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif ($\beta=0,13$) bir ilişki, muhafazakâr değerler değişkeni ile normatif bağlılık

değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif ($\beta=0,15$) bir ilişki, muhafazakâr değerler değişkeni ile duygusal bağlılık değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif ($\beta=0,15$) bir ilişki, kendini gerçekleştirme değerleri değişkeni ile duygusal bağlılık değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve pozitif ($\beta=0,12$) bir ilişki vardır.

Çalışanlarının güvenlik-evrensellik değerleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($F=7,400$; $p=0,007<0,05$). Kadın katılımcıların güvenlik-evrensellik değerlerinin erkeklere göre daha öncelikli olduğu bulunmuştur. Yeniliğe açıklık değerleri ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($F=9,730$; $p=0,002<0,05$). Araştırmaya katılan bekâr katılımcıların yeniliğe açıklık değerinin daha öncelikli olduğu bulunmuştur. Çalışanların kendini gerçekleştirme değerleri ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2,679$; $p=0,049<0,05$). Araştırmada lise mezunu katılımcıların kendini gerçekleştirme değerlerine daha fazla öncelik verdiği bulunurken, güvenlik-evrensellik değerleri ile meslekleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F=5,501$; $p=0,000<0,05$). Araştırmaya katılan hemşire-ebelerin güvenlik-evrensellik değerlerinin daha öncelikli olduğu ortaya çıkmıştır.

Asker Hastanesi çalışanlarının normatif bağlılığı ile yaşları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2,892$; $p=0,035<0,05$). Türkiye’de askeri tabiplerin örgütsel bağlılıkları üzerine yapılmış bir araştırmada örgütsel bağlılığı yaş ile ilişkili olduğu, yaşın artışıyla duygusal ve devam bağlılığının arttığı bulunmuştur (Cihangiroğlu, 2010:87). Yine çalışanların normatif bağlılığı ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3,322$; $p=0,020<0,05$). Araştırmadaki lise mezunu katılımcıların normatif bağlılıkları daha yüksek bulunmuştur. Devam bağlılığı ile örgüt içindeki hiyerarşik konumları arasındaki anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş ($F=5,054$; $p=0,008<0,05$) buradan hareketle herhangi bir yönetim kademesinde görev almayan çalışanlar grubunun devam bağlılığının yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Çalışanlarının devamlı bağlılıkları ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ($F=3,515$; $p=0,008<0,05$). Değerler incelendiğinde hemşirelerin devam bağlılığının diğer mesleklerden yüksek olduğu görülmektedir. Meyer vd.nin (1993) bulgularına göre, kuvvetli devam bağlılığı mevcut olan hemşireler, tatminkâr olmayan durumlarda bir şeyleri değiştirmeye çalışmak yerine pasif bir biçimde geri çekilmeye daha yatkındırlar. Çünkü, devam bağlılığı skoru yüksek olan bireylerin işlerinde kalmalarının nedeni çok az alternatiflerinin olmasıdır (Hackett vd., 1994).

6. Tartışma ve Sonuç

Birey, doğumundan ölümüne kadar ebeveynlerinin, arkadaşlarının, önemli gördüğü ve sevdiği kişilerin, yaşamındaki önemli değişikliklerin ve deneyime dayalı öğrenmenin, yasaların, gelenek ve göreneklerin, dinin, eğitimin ve medyanın etkisi ile kısaca toplumun içinde sürekli sosyalizasyon süreci sayesinde değerleri öğrenir. Bireysel değerler kariyer seçimlerinde (Costa vd., 1984) ve iş yerlerimizdeki etik davranış algılarımız (Finegan, 1994) üzerinde önemli rol oynarlar ve bağlılık da (Oliver, 1990) çalışanların bireysel değerlerinden etkilenmektedir.

Bireysel değerler ve örgütsel bağlılığın tam anlaşılabilmesi için benzer çalışmaların farklı sektörlerde, işletmelerde veya farklı kurumlarda tekrarlanması gerekmektedir. Örgütsel bağlılık ölçeği bu zamana kadar sıklıkla kullanılmış olmasına rağmen Schwartz’ın Değerler Ölçeği nadiren kullanılmıştır. Dolayısı ile Schwartz Değerler Ölçeğinin daha çok sayıda araştırmada kullanılmasıyla Türk çalışanının değerler profilini ortaya çıkarmak mümkün olacaktır. Pek çok yazında da kullanılmış olan Meyer ve Allen’in (1997) geliştirmiş olduğu örgütsel bağlılık ölçeğinin yeniden değerlendirilerek yeni bir ölçek geliştirilmesinin daha tatmin edici sonuçların elde edilmesini sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

1. Allen, N.ve Meyer, J.P.(1990) “The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization”, *Journal of Occupational Psychology*, Vol.63, 1-18.
2. Allen, N.ve Meyer, J.P.(1993), *Organizational Commitment: Evidence of Career Stage Effects*, *Journal of Business Research*, Vol.26, N.1, p.49-61.
3. Angle H.L. ve Perry J. (1981) “An Empirical Assessment of Organizational Commitment and Organizational Effectiveness”, *Administrative Science Quarterly*, Vol.26: 1-14.
4. Aydın, İ. P. (2001), *Yönetim, Mesleki ve Örgütsel Etik*, Ankara: Pegem A Yayıncılık.
5. Balay, R. (2000), *Örgütsel Bağlılık*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
6. Başaran, İ. E. (2000a), *Eğitim Yönetimi*, Ankara: Gül Yayınevi.
7. Başaran, İ. E. (2000b), *Yönetim*, Ankara: Gül Yayınevi.
8. Becker, H. S. (1960), “Notes on The Concept of Commitment”. *American Journal of Sociology*, Vol., 32-40.
9. Cengiz, A.A. (2000), *Enformasyon Çağında Örgüt Bağlılığını Geliştirmenin Yollarına Genel Bir Bakış*, *Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F.*, 16, Eskişehir.
10. Cihangiroğlu, N. (2010), “Askeri Tabiplerin Örgütsel Bağlılık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; Sayı. 52, 82-90.
11. Chen, Z.X. ve Francesco, A.M. (2003), “The Relationship Between The Three Components Of Commitment and Employee Performance in China”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 62, Issue: 3, 490-516.
12. Chow, I. H. S. (1994), “Organizational Commitment and Career Development of Chinese Managers in Hong Kong and Taiwan”, *The International Journal of Career Management*, Vol.6, 4, 3-9.
13. Clemen, R.T. (1996) *Making Hard Decisions: An Introduction to Decision Analysis*, 2nd Ed. Boston MA: Duxbury Press.
14. Clugston, M. (2000), “The Mediating Effects of Multidimensional Commitment On Satisfaction and Intent to Leave”, *Journal of Organizational Behavior*, Vol.21(4): 477-486.
15. Costa, P. T., Jr., McRae, R. R., ve Holland, J. L. (1984). *Personality and Vocational Interests in An Adult Sample*. *Journal of Applied Psychology*, Vol.69, 390-400.
16. Çetin, M.Ö. (2004). *Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
17. Deal, T.E. and A.A. Kennedy (1982). *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*, Addison-Wesley Co., London.
18. DeConick, J.B.. ve Bachmann, D.P. (1994), *Organizational Commitment and Turnover Intentions of Marketing Managers*, *Journal of Applied Business Research*, Vol.10, No.3, 87-95.
19. Dick, G. and Metcalfe, B. (2001), “Managerial Factors and Organizational Commitment: A Comparative Study of Police Officers and Civilian Staff”, *The International Journal of Public Sector Management*, Vol:14, No:2, 111-128.
20. Dose, J.J. (1997), “Work Values: An Integrative Framework and Illustrative Application to Organizational Socialization.”, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.70, 219-240.
21. Dubin, R., Champoux, J.E. ve Porter, L.W. (1975): “Central Life Interests and Organizational Commitment of Blue-Collar and Clerical Workers”, *Administrative Science Quarterly*, Vol.20, 411-421.
22. Dumas, C. ve Blodgett, M. (1999). *Articulating values to inform decision making: lessons from family firms around the world*. *International Journal of Value Based Management*, 12, 209-221. www.kluweronline.com. İndirme Tarihi: 23.12.2009

23. England, G. W. & Lee, R. (1974), “The Relationship Between Managerial Values and Managerial Success in the United States, Japan, India, and Australia” *Journal of Applied Psychology*, Vol.59(4), 411-419.
24. Everard, B. (1995) “Values as Central to Competent Professional Practice”. *Managing Teachers as Professionals in Schools*. (Edt: H. Busher ve R. Saran). London: Kogan Page.
25. Fernandes, L. (1999). Value personalisation: a base for value education. *International Conference on Teacher Education*. Beit Berl, Israel, 27 June–1 July 1999. <http://www.askeric.org/plweb-cgi>. İndirme Tarihi: 23.12.2009.
26. Finegan, J. E. (1994). “Impact of Personal Values on Judgments Of Ethical Behaviour in the Workplace”, *Journal of Business Ethics*, Vol.13, 747-755.
27. Finegan, J.E.(2000), “The Impact of Person and Organizational Values on Organizational Commitment, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.73, 149-169.
28. Güngör, E. (1998). *Değerler Psikolojisi Üzerinde Araştırmalar*, İstanbul: Ötüken Neşriyat A.Ş.
29. Hackett, R. D., Bycio, P., ve Hausdorf, P. A. (1994). “Further Assessments of Meyer and Allen's (1991) Three-Component Model of Organizational Commitment”, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 79, 15-23.
30. Hall, D., Schneider, B. ve Nygren, H. (1970) “Personal Factors in Organizational Identification”, *Administrative Science Quarterly*. Vol. 15, 2.
31. Hofstede, G. (1991), *Culture's Consequences: International Differences In Work-Related Values*, Sage Publications, Abridged Edition, seventh printing.
32. Hostetter, S. J. (2003). *Institutional Culture in the Bible College and Its Relationship to Organizational Member's Values*. Doctoral Thesis. Trinity Evangelical Divinity School. UMI No: 3087175.
33. İnce, M. ve Gül, H. (2005). *Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık*. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.
34. Lachman, R., Nedd A. ve Hinnings, B. (1994), “Analyzing Cross-National Management and Organization: A Theoretical Framework”, *Management Science*, Vol.25, 40-55.
35. Mass, B. (1990). *Bass & Stogdill's Handbook of Leadership*. New York: The Free Press.
36. McDonald, P., ve Gandz, J. (1991), “Identification of Values Relevant to Business Research.” *Human Resource Management*, Vol.30(2), 217-236.
37. Meyer, J.P., Allen, N.J. ve Smith, C.A. (1993): “Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three Component Conceptualization”, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 78, 4, 538-551.
38. Meyer, J.P. ve Allen, N. (1984) “Testing the Side-Bet Theory of Organizational Commitment: Some Methodological Considerations”, *Journal of Applied Psychology*. Vol. 69.
39. Meyer J.P., Allen, N.J. (1997), *Commitment In Workplace, Theory, Research and Application*, London, Sage Publications.
40. Meyer, J.P. ve Allen, N.(1991) “A Three Component Conceptualization of Organizational Commitment”, *Human Resource Management*, V..61.
41. Meyer, J.P., Allen, N.J. (2002), "A three component conceptualization of organizational commitment," COOPER, C.R. (ed.), *Fundamentals of Organizational Behavior*, Vol.3, (London: Sage Publications): 345-371.
42. Meyer, J. P., Paunonen, S. V., Gellady, I. R., Goffin, R. D., ve Jackson, D. N. (1989). “Organization Commitment And Job Performance: It's The Nature Of The Commitment That Counts”. *Journal of Applied Psychology*, Vol.74, 152-156.
43. Mowday, R.T., Steers, R.M. ve Porter, L.W. (1979), “The Measurement of Organizational Commitment”, *Journal of Vocational Behavior*, Vol.14, 224-247.



44. Nijhof, W.J., De Jong, M.J. ve Beukhof, G. (1998): “Employee Commitment in Changing Organizations: An Exploration”, Journal of European Industrial Training, Vol. 22, 6, 243–248.
45. Oliver, N. (1990), “Work Rewards, Work Values and Organizational Commitment in An Employee-owned Firm: Evidence From the U.K.”, Human Relations, Vol.43, 6, 513-526.
46. Özden, Y. (2005), Eğitimde Yeni Değerler Eğitimde Dönüşüm, Ankara: Pegem A Yayıncılık.
47. Özensel, E. (2003). Sosyolojik Bir Olgu Olarak Değer. Değerler Eğitimi Dergisi, Sayı 1, 3, 217–239.
48. Pachella, R. G. (1986). “Personal Values and Value of Expert”. Testimony Law and Human Behavior, Vol.10, 1/2, 145-150.
49. Pang, S. N. (1994). “School Values and Teachers’ Feelings: A Lirsal Model”, Conference of the Australian Association for Research in Education, Newcastle, 27 November–1 December.
50. Pethia, R. F. (1970). “Values in Positive and Normative Administrative Theory: A Conceptual Framework and Logical Analysis”. Emerging Concepts in Management. (Edt: S. M. Wortman & F. Luthans). 10– 25. London: The Macmillan Company.
51. Porter, L.W., Steers, R.M., Mowday, R.T. ve Boulian, P.V. (1974): “Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover among Psychiatric Technicians”, Journal of Applied Psychology, Vol.59, 5, 603-609.
52. Rokeach, M. (1973), The Nature of Human Values, New York The Free Press.
53. Sabuncuoğlu, Z. ve Tüz, M. (2001). Örgütsel Psikoloji. Bursa: Ezgi Kitabevi
54. Sağnak, M. (2004). Örgütlerde Değerler Yönünden Birey-Örgüt Uyumu ve Sonuçları. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, Vol.10, 37, 72–95.
55. Schwartz, S.H. ve Sagie, G. (2000), Value Consensus and Importance: A Cross-National Study, Journal of Cross-Cultural Psychology, Vol.31, Iss.4, Jul , 465-497.
56. Schwartz, S.H.(1994) Are There Universal Aspects in the Structure and Content of Human Values?, Journal of Social Issues, Vol.56, 19-45.
57. Schermerhorn, J.R., Hunt, J.G. ve Osborn, R.N. (1994) Managing Organization Behavior, Fifth Edition, John Willey&Sons, Inc: New York.
58. Silah, M. (2000). Sosyal Psikoloji: Davranış Bilimi. Ankara Gazi Kitabevi.
59. Weiner, Y. (1982): “Commitment in Organizations: A Normative View”, Academy of Management Review, Vol. 7, 3, 418-428.
60. Weiner, Y. ve Vardi, Y. (1980): “Relationships Between Job, Organization and Work Outcomes: An Integrative Approach”, Organizational Behavior and Human Performance, Vol. 26, ss.81-96.
61. Wasti, S.Arzu (2000), “Örgütsel Bağlılığı Belirleyen Evrensel ve Kültürel Etmenler: Türk Kültürüne Bir Bakış”, Ed. Zeynep Aycan, Türkiye’de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 201-224.

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ve ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞME ÜZERİNDE ETKİLERİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

Saffet OCAK*

Ömer GİDER**

Mehmet TOP***

Nuray GİDER****

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN*****

ÖZET

Bu araştırma Muğla'da bir kamu hastanesinde görev yapan hemşirelerin kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada yukarıdaki ilişkiler analiz edilmiştir. Araştırma kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşmenin eğitim durumu, hizmet içi eğitim alıp almama gibi değişkenlere göre farklılık durumu da analiz edilmiştir. Ayrıca örgütsel bağlılık ve özdeşleşme üzerine kişilik özelliklerinin etkisi incelenmiştir. Araştırma bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelere uygulanmıştır. Araştırma sonucunda 244 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırma anket esasına dayalı kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada hemşirelerin kişilik özelliklerini ölçmek için Goldberg (1990) tarafından geliştirilmiş olan Kişilik Envanteri (dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, gelişime açıklık), örgütsel bağlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla Mowday, Porter ve Steers (1979) tarafından geliştirilmiş ölçek, örgütsel özdeşleşme düzeylerini değerlendirmek amacıyla ise Mael (1988) tarafından geliştirilmiş ölçek kullanılmıştır. 5'li Likert ölçeği kapsamında örgütsel özdeşleşme düzeyinin (3,41) bağlılık düzeyinden (2,87) yüksek olduğu görülmektedir. Örgütsel bağlılık ve özdeşleşmesinin eğitim durumu ve hizmet içi eğitime göre farklılık gösterdiği ($p < 0,05$) anlaşılmıştır. Çoklu regresyon analizi sonucunda kişilik özellikleri ve özdeşleşmenin örgütsel bağlılıktaki toplam varyansın (değişimin) %15,8'ini açıkladığı belirlenmiştir. Kişilik özelliklerinden uyumluluk ile örgütsel özdeşleşmenin, örgütsel bağlılığın önemli birer belirleyicisi olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Kişilik Özellikleri; Bağlılık; Özdeşleşme; Hastane İşletmeciliği; Hemşireler*

*Yrd. Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü. saffetocak@mu.edu.tr

**Doç.Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü, omergider@mu.edu.tr

***Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, mtop@hacettepe.edu.tr

****Hemşire, SB Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nurayasli@hotmail.com

*****Öğ.Gör., Hacettepe Üniversitesi, İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, gamze@hacettepe.edu.tr

AN INVESTIGATION ON PERSONALITY CHARACTERISTICS, ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND ORGANIZATIONAL IDENTIFICATION IN NURSES AT HEALTH SECTOR

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate on relationships among personality characteristics (extroversion, agreeableness, conscientiousness, neuroticism, and openness), organizational commitment and organizational identification in nurses at a public hospital in Muğla. This study investigated personality characteristics, organizational commitment and organizational identification in nurses according to education status and in-service training. Also this study analyzed impact of personality characteristics on organizational commitment. This study was planned and conducted on nurses at a public hospital in Muğla. Study data measurement tools were conducted on 244 nurses. This study was based on questionnaire and cross sectional study. Personality Envantery by Goldberg (1990), Organizational Commitment Scale by Mowday, Porter ve Steers (1979) and Organizational Identification Questionnaire by Mael (1988) were used for data collection. When evaluation with 5 point Likert Scale, the mean for organizational identification (3.41) was higher than the mean for organizational commitment (2.87). Meaningful differences among nurses' organizational commitment and identification levels according to their education and in-service training status ($p<0.05$). In results of multiple regression analysis 15.8 % of the variance in organizational commitment was explained by personality characteristics and organizational identification. Agreeableness, a dimension of personality characteristics, and organizational identification were significant predictor for organizational commitment.

Key Words: *Personality; Organizational Identification; Organizational Commitment; Hospital Business; Nurses*

1.Giriş

İçinde yaşadığımız iş dünyasının rekabet koşullarında ve yönetim değerlerinde hızlı değişimler yaşanmaktadır. Örgütlerin karşı karşıya kaldıkları bu hızlı değişime ayak uydurabilmek ve rakiplerine karşı rekabet üstünlüğü sağlayabilmedeki en önemli aktörün elindeki insan kaynağıdır. Diğer bir ifade ile yoğun rekabet ortamında örgütlerin varlığını sürdürerek hedeflerine ulaştıracak olan çalışanlarıdır. Örgütün amaç ve hedefleri ile çalışanın istek beklentilerinin uyum içerisinde olması örgütsel başarıyı da beraberinde getirecektir. Bu sebeple örgütler nitelikli çalışanlarını örgütte tutabilme adına, onların kişilik özelliklerine uygun işle buluşturarak örgüte bağlılıklarını ve özdeşleşmesini arttıracak bir takım çabaları göstermeleri önem arz etmektedir. Çalışanın kişilik özelliklerinin örgüte bağlanmasında ve örgüt ile özdeşim kurmasında önemli bir etken olduğunu söylenebilir.

Çalışanların örgüte bağlılıkları ve örgüt ile özdeşim kurmalarının sağlanması diğer örgütlere nazaran sağlık bakım örgütlerinde daha çok önemlidir. Sağlık bakım örgütlerinde üretilen hizmetin doğrudan insan hayatı ve sağlığı ile ilgili olması bu önemi bir kat daha

arttırmaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmeti sunan örgütlerde görev yapan profesyoneller hizmetin kalite ve maliyetini belirleyici pozisyonda olmaları da göz önüne alınırsa konuyu daha da ön plana çıkartmaktadır. Günümüz sağlık sisteminde yaşanan hızlı değişim ve dönüşümlere uyum sağlama ve anlama gayreti içerisinde olan sağlık profesyonellerini olumsuz yönde etkileyebilmekte onları kurumlarına karşı negatif duygu beslemelerine yol açabilmektedir. İnsanlık tarihinden beri tüm çabaların insanın refahı ve mutluluğunu artırma ekseninde olduğunu kabul edersek, doğrudan insanı merkezine alan ve insanın daha kaliteli yaşam sürmesi ve ömrünün artırılmasında en fazla katkıyı sağlayan örgütün başında sağlık kurumları gelmektedir. Dolayısıyla insanın insana hizmet ettiği örgüt olan sağlık kurumu çalışanlarının kurumlarına bağlı kalmaları ve kurumları ile özdeşleşmeleri kritik bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu denli önem sahip olan bu sorunun akademisyenlerce sağlık bakım endüstrisi üzerinde fazla araştırılmadığı ve uygulayıcılarının da pek fazla dikkate almadığı ileri sürülebilir.

Bu çalışma, işgörenlerin kişilik özelliklerinin örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme üzerinde etkilerini bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerden elde veriler ışığında tartışmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için örneklem olarak bir kamu hastanesinde çalışan hemşireler tercih edilmiştir. Sağlık profesyonelleri arasında hemşire meslek grubunun seçiminde hemşirelik mesleğinin sağlık bakım hizmetinde oynadığı rol dikkate alınmıştır. Çünkü sağlık profesyonelleri içinde büyük bir grubu oluşturan hemşireler, bağımlı ve bağımsız rollerine bağlı olarak yapmış oldukları işlevlerinin çeşitliliği, diğer sağlık çalışanlarına göre hasta ile daha uzun süreyle beraber olmaları gibi nedenlerle diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok sağlık bakımında fonksiyona sahiptir. Dolayısıyla sunulan hizmetin kalite, verimlilik ve etkinlik gibi birçok noktada etkisi olduğu ileri sürülen bu meslek grubunun (hemşire) kişilik özelliklerinin örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme üzerine etkisinin araştırılması önem arz etmektedir.

2. Kavramsal Çerçeve

2.1. Kişilik Özellikleri

Kişilik, bireyin zaman içinde sabit olan ve duygusal, davranışsal ve bilişsel biçimleri belirlemede bir araya gelmiş, psikolojik nitelikteki özellikleri işaret ederek, bireylerin kim olduğunu gösteren yapılar olarak açıklanmaktadır (Mount vd., 2005). Barlı'ya (2008) göre ise kişilik, bireyin kalıtsal, biyolojik ve kişisel özellikleri, bedensel görünümü, ilgi ve eğilimleri, insanlarla ilişkileri ve zihinsel zekasını içeren bir yaşam biçimidir. Kişiliği açıklama konusunda literatürde, kişilikle ilgili birçok yaklaşımla karşılaşmaktadır. Bunlar arasında en fazla kabul görmüş olan ve dolayısıyla geniş bir çerçevede ele alan yaklaşımın Beş Faktör Kişilik Modelinin ön plana çıktığı görülmüştür. Beş faktör kişilik modeli, bireylerin kendilerini ve başkalarını tanımlamak için kullandıkları binlerce sıfatın incelenmesi sonucunda geliştirilmiş, açık, güçlü ve net bir model olarak ortaya çıkmıştır (John ve Srivastava, 1999: 102; Hart vd. 2007: 268).

Beş faktör kişilik modeli; dışadönüklük, yumuşak başlılık, sorumluluk, duygusal dengelilik, gelişime açıklık şeklinde adlandırılan beş boyut ile ele alınmaktadır (Saucier, 2008:32; McCrae ve Costa, 1987: 83; Somer ve Goldberg, 1999:424; Moberg, 2001:25). Bu boyutları betimleyen Türkçe’deki tipik davranışsal sıfatlar aşağıdaki gibidir.

a. Dışa dönüklük (Extraversion): Dışa dönük bireyler cana yakın, enerjik, neşeli, heyecan arayan ve baskın ne düşündüğünü açıkça söyleyen, hakkını savunan, önderlik eden ve gergin bireylerdir. İçe dönük bireyler ise mesafeli, sakin, içedönük, yalnızlığı tercih eden, daha geri planda duran bireylerdir.

b. Yumuşak başlılık (Agreeableness): Alçak gönüllü, iş birliğine yatkın, samimi anlayışlı güvenilir, nazik, açık sözlü ve alçak gönüllü bireyler bu boyutta yer alırlar. Uzlaşmacı tutum sergilerler, rekabetten hoşlanmazlar ve kişiler arası çatışmaya girmekten kaçınırlar. Buna karşın şüpheli, dik başlı, inatçı, rekabetçi, ihtiyatlı, kavgacı, düşmanca tutuma sahip ve başkalarına kayıtsız kalan bireylerin ise yumuşak başlılık faktörü düşüktür.

c. Duygusal Dengelilik (Emotional Stability): Rahat, özgüvenli, sabırlı, eleştiriye açık, strese toleranslı bireyler bu boyutta yer alırlar. Bunun tersi durumda olan bireyler ise nevroitik kişilik özellikleri sergilerler. Nevrotiklerin en belirgin özellikleri endişeli, gergin, çekingen, kaygılı, güvensiz, depresif olmalarıdır. Nevrotik bireyler etrafındaki bireylerle ilişkiler kurma ve ilişkileri sürdürmede oldukça başarısızdırlar.

d. Gelişime Açıklık (Openness): Yüksek seviyede gelişime açık olan bireyler, yaratıcı, analitik, başka görüşlere açık, duyarlı, hayal kuran maceracı, orijinal, meraklı, kendi duygu ve düşüncelerine yönelen ve geniş bir entelektüel merakla sahiptir. Düşük seviyedekiler ise; geleneksel, tutucu, gerçekleri savunan, ilgisiz olarak nitelendirilmektedirler.

e. Sorumluluk (Conscientiousness): Dikkatli, sistemli, azimli, başarıya yönelimli, hırslı, titiz, etik ilkelere bağlı ve sabırlı olan bireylerin sorumluluk boyutunun yüksek olduğu bireylerdir. Bu bireylerin sorumluluk sahibi olmaları ve kararlı davranış göstermelerinden dolayı hedeflerine ulaşmada kolaylık sağlamaktadır. Plansız, erteleyen, dikkati kolay dağılan, düzensiz, çabuk karar veren, kurallara çok fazla bağlı olmayan, dağınık ve düzensiz özelliklere sahip bireylerin ise sorumluluk boyutu düşüktür.

2.2. Örgütsel Bağlılık

Örgütsel bağlılık, çalışanın belli bir örgütün üyesi olarak kalmaya güçlü bir istek, örgüt adına yüksek düzeyli çaba gösterme isteği ve örgütün değerlerine ve hedeflerine inanılması, benimsenmesidir (Mowday vd.1979:224). Meyer ve Allen’e (1997) göre Örgütsel Bağlılık, çalışanın örgütsel hedeflere ve değerlere inanması, kabul etmesi, örgütün bir parçası olmak için çaba göstermesi ve çalışanların örgütle ilişkisi şekillenen ve örgütün sürekli bir üyesi olma kararını almalarını sağlayan davranış olarak tanımlamaktadırlar. Allen ve Meyer örgütsel bağlılığı duygusal, rasyonel ve normatif bağlılık olarak üç boyutta incelemişlerdir. Duygusal bağlılık çalışanın duygusal olarak örgüte olan bağlılığını, örgütle birlikte

tanımlanmayı ve örgütle bütünleşmeyi; rasyonel bağlılığı, örgütten ayrılmanın maliyetinin ve bunu göze almayı; normatif bağlılık ise yönetime ve çalışma arkadaşlarına karşı çalışanın görev algılama ve sorumluluklarını ifade etmektedir (Guatam, vd., 2004: 306; Meyer, vd., 2002:25). Bu çalışmada örgütsel bağlılık yukarıda açıklanan üç boyut açısından ayrıntılı olarak değil genel olarak “örgütsel bağlılık” şeklinde değerlendirilmektedir.

2.3. Örgütsel Özdeşleşme

Örgütsel özdeşleşme örgütün başarılı ya da başarısız olma durumunda örgüte aidiyetin, birlik olmanın algılanması şeklinde tanımlanabilir (Ashforth ve Mael, 1989:34). Örgütsel Özdeşleşme, örgüt üyesinin, örgütün ana örgütsel kimlik özellikleri ile kendini bütünleştirme derecesi olarak da ifade edilebilir (Dutton vd., 1994). Kişi kendini tanıtırken “ben A ve X örgütünün bir üyesiyim” diyerek hem kimliğini hem de özdeşleştiği örgütün kimliğini sunmaktan gurur duyduğunu göstermektedir (Ashforth, vd., 2008).

Çalışanın örgütü ile etkileşim derecesinin yüksekliğini, kendisinin iten örgüt yerine kendisini çeken örgütte bulunması, kişisel amaçlarını karşılayan bir örgütün üyesi olması, yüksek itibarlı bir örgütte çalışması gibi etmenlerin, düşük itibarlı örgüte göre daha çok özdeşleşme eğilimi yaratacağı, bireyin çalıştığı örgütte, çok sayıda yüksek statülü işler ve bireyler bulunmasının örgütle olan özdeşleşme eğiliminin, güçlendirdiği gibi sonuçlara yazında rastlanılmıştır (Nartgün ve Kalay, 2014:1364).

2.4. Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşme Üzerine Etkisi

Çağdaş yönetim anlayışında, çalışanları tanımak, bu kişilerin kişilik özelliklerini bilmek; hatta bu doğrultuda onları örgüt içerisinde onlara uygun görev vermek önemlidir. Üretim faktörlerini bir araya getirerek örgütsel yapıyı şekillendiren işgörendir. Bu yüzden işgöreni tanımak, bireyin kişiliği ve örgütsel davranış arasındaki ilişkinin belirlenmesi, örgütün gelişmesi açısından önemlidir. Literatürde örgütsel davranıştan söz edildiğinde akla kişi-örgüt bütünleşmesi ve işletme içindeki gruplar ve grupların işletmenin amaçları doğrultusunda hareket eden bireyler akla gelir. Kişilerin verimlilikleri, beceri ve yetenekleri, yaptıkları işe verdikleri önem, başkalarıyla ilişki kurma ihtiyaçları farklılık gösterdiği için, kişilerin çalıştıkları örgütle özdeşleşme ve örgüte bağlılık derecesi de farklıdır. Bazı bireyler, örgütün bir parçası gibi çalışırken, bazıları da örgütlerde çok düşük performanslar göstererek örgüte fayda sağlayamamaktadır. Kendi amaç ve hedefleriyle örgüt amaçlarını birbirine yakın görür, bu durum kendini örgütün bir parçası olarak hissetmesini sağlar, örgüt artık çalışanın ailesidir (Van Dick, 2004; Van Dick ve Wagner, 2002). Literatürde çalışanların kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında pek çoğunda tutarlı ve olumlu bir ilişki gözlemlenmiştir.

Kaplan (2008) tarafından yapılan çalışmada çalışanın kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki incelenmiş olup, elde edilen bulgular doğrultusunda çalışan örgütsel bağlılık düzeyi kişilik özelliklerinden anlamlı düzeyde etkilendiği sonucu bulunmuştur. Çalışanların dışadönüklük ve içedönüklük özelliklerinin örgütsel bağlılıkları üzerinde etkili

olduğu tespit edilmiştir. Dışadönüklük kişilik özelliği gösteren çalışanların genel anlamda örgütsel bağlılık seviyesinde içe dönüklük kişilik özelliğine sahip çalışanlara göre daha az seviyede olduğu görülmüştür. Duygusal denge kişilik özelliklerinin çalışanların örgüte bağlılık seviyelerini etkilediği göze çarpmaktadır. Duygusal anlamda kendini mutlu hisseden işgörenlerin çalıştıkları örgüte bağlılıklarında mutsuz hisseden işgörene nazaran yüksek olduğu dikkati çekmiştir.

Daha özelden sağlık bakım endüstrisi çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda da dikkat çekici bulgular elde edilmiştir. Örneğin Fathi-Ashtiani ve Salimi (2004) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Diğer çalışmalarını tersine bu çalışmada hemşirelerin kişilik özellikleri ile çalıştıkları sağlık bakım örgütüne bağlılıkları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Tanrıverdi (2012)'nin hastane çalışanlarının kişilik özelliklerinin iş değerlerine ve örgüte bağlılık üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmasında ise hastane çalışanlarının kişilik özelliklerinin geçimlilik (uyumluluk) ve sorumluluk boyutları ile örgütsel bağlılıkları arasında pozitif yönde ilişki olduğu, diğer kişilik özelliklerinden dışa dönüklük, duygusal dengesizlik ve gelişime açıklık boyutlarının ise örgüte bağlılık düzeylerinde bağımsız olduğu saptanmıştır.

Çalışanın kişilik özellikleri ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalara bakıldığında, Mael ve Ashforth (1992) ve Rotondi (1975) bireysel farklılıkların bir başka deyişle insanların mizaç özelliklerinin bireyin kendi kimliğinin bir parçası olarak örgütsel yüklemeleri içselleştirmesini etkileyebileceğini dile getirmişlerdir. Kreiner ve Ashforth (2004), örgütsel özdeşleşme ihtiyacı ve pozitif duygulanımın örgütsel özdeşleşmeyi olumlu etkilediğini, rol çatışması ve sinirlilik halinin örgütsel özdeşleşmeye negatif etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Mamatoğlu (2010) tarafından lider davranışları algıları ve örgütsel özdeşleşme boyutları arasındaki ilişkide çalışanın kişilik özelliklerinin düzenleyici rolünü incelediği çalışmada, örgütsel özdeşleşmenin unsurlarından olan duygusal mesleki özdeşleşme; takım kuran ve paylaşan, hiyerarşik ve işe odaklı ve babacan lider davranışı algıları ile duygusal mesleki özdeşleşme arasındaki ilişkide dışadönüklük özelliğinin düzenleyici bir rolü olduğunu göstermiştir. Araştırmanın sonunda, örgütün içinde bulunduğu durum dışında çalışanın kişilik özelliklerinin de farklı örgütsel özdeşleşme odaklarını belirginleştirebileceği ve farklı özdeşleşme boyutları ile özdeşleşmeye etki edebileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Örgütsel özdeşleşme ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki ele alındığında ise; örgütsel özdeşleşme ile örgütsel bağlılık birbirleriyle içi içe geçmiş durumdadır. Diğer bir ifade ile örgütsel özdeşleşme ile örgütsel bağlılık arasında bir doğal ilişki olduğu görülmektedir. Örgütsel bağlılık içerisinde örgütsel özdeşleşmeyi de içeriyor olması bu iki davranış durumunun birbirleriyle belirli ölçüde yakınlaştığını göstermektedir. Buradan hareketle bu iki kavram arasındaki temel ayrımı örgütsel bağlılığın herhangi bir örgüt ile kurulacak bağı işaret ediyor olması ile örgütsel özdeşleşmenin belir bir örgütü işaret ediyor olması olarak gösterilmektedir (Ashforth vd. 2008).

3. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma bir kamu hastanesinde yapılan kesitsel bir alan araştırması olup, kantitatif araştırma yöntemini esas almıştır. Araştırmada anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Araştırma Muğla’da bir kamu hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde uygulanmıştır. Araştırmada hemşirelerin kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve özdeşleşme arasındaki ilişkiler ile kişilik özellikleri ve örgütsel özdeşleşmenin örgütsel bağlılık üzerine etkisi açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma 2012 yılı Eylül ayında yapılmıştır. İlgili dönemde hastanede 410 hemşire görev yapmaktaydı. Araştırma sonunda 244 hemşireye anket uygulanmıştır. Araştırmada toplam hemşirelerin %59,52’sine ulaşılmıştır.

Araştırmada çalışanların kişilik özelliklerini ölçmek için Goldberg (1990) tarafından geliştirilmiş olan kişilik envanteri değişkenleri kullanılmıştır. Buna göre çalışanın kişilik özellikleri: Dışadönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, gelişime açıklık şeklinde adlandırılan beş boyuttur. Örgütsel bağlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla Mowday, Porter ve Steers (1979) tarafından geliştirilmiş ölçek, örgütsel özdeşleşme düzeylerini değerlendirmek amacıyla ise Mael (1988) tarafından geliştirilmiş ölçek referans alınmıştır. Ölçeklerin iç tutarlık katsayılarının 0,70’den büyük olduğu hesaplanmıştır.

Araştırma verisi SPSS 22 yazılım programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, Cronbach güvenirlik testinden yararlanılmıştır. Karşılaştırma testlerinden “Student t” testi ile Non-parametrik bir test olan Jonckheere-Terpstra Testi kullanılmıştır. Ayrıca kişilik özellikleri, bağlılık ve özdeşleşme arasındaki ilişkileri açıklamak için korelasyon analizi yapılmıştır. Kişilik özellikleri ve özdeşleşmenin bağlılık üzerine etkisini analiz etmek için çok değişkenli regresyon çözümü yapılmıştır.

4. Bulgular

Araştırmaya katılan 244 hemşireden 154 (%63,11)’ü önlisans, 66 (%27,04)’sı lisans mezunudur. Ayrıca 5 lisansüstü eğitim derecesine sahip hemşire vardır. 216 (%88,52) hemşire hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan 244 hemşirenin yaş ortalaması 36,24 olup, en küçük yaş 19, en büyük yaş 57 olarak belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğinde çalışma süresi noktasında hemşireler ortalama 16,06 yıl hemşire olarak görev yaptığı bulunmuştur. Araştırmada hemşire olarak en yüksek çalışma süresi 39 yıl, en düşük ise 1 yıl olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin araştırmanın yapıldığı hastanede çalışma süresi ise 1 ila 28 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 8,97 yıl olarak tespit edilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşmesinin Genel Görünümü

	Kişilik Özellikleri					Örgütsel Bağlılık	Örgütsel Özdeşleşme
	Dışa Dönüklük	Uyumluluk	Sorumluluk	Duygusal Denge	Gelişime Açıklık		
Ortalama	2,90	3,39	3,17	2,86	3,37	2,87	3,41
Medyan	2,90	3,42	3,20	2,87	3,33	2,86	3,50
Mod	3,20	3,43	3,20	2,50	3,44	3,00	4,00
Std. Sapma	,79	,39	,37	,64	,48	,38	,76
Ranj	4,00	3,00	3,80	3,75	3,56	3,73	4,00
Min.	1,00	2,00	1,80	1,25	1,44	1,27	1,00
Max.	5,00	5,00	5,60	5,00	5,00	5,00	5,00

Tablo 1 araştırmada ulaşılan hemşirelerin kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşmesine ilişkin tanımlayıcı istatistikleri özetlemektedir. Tablo incelendiğinde 5’li Likert ölçeği kapsamında örgütsel özdeşleşme düzeyinin (3,41) bağlılık düzeyinden (2,87) yüksek olduğu görülmektedir. Kişilik özellikleri açısından incelendiğinde uyumluluk skorunun diğer boyutlardan daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Kişilik özellikleri ortalaması büyükten küçüğe doğru; uyumluluk, gelişime açıklık, sorumluluk, dışa dönüklük, duygusal denge şeklinde sıralanmıştır.

Tablo 2. Kişilik Özellikleri, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşmenin Hizmet İçi Eğitim Alıp Almamaya Göre Karşılaştırılması

	Hizmet İçi Eğitim	n	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Kişilik Özellikleri						
<i>Dışa Dönüklük</i>	Evet	216	2,89	,80	-,522	,602
	Hayır	27	2,97	,78		
<i>Uyumluluk</i>	Evet	216	3,41	,39	1,957	,052
	Hayır	27	3,25	,33		
<i>Sorumluluk</i>	Evet	216	3,17	,37	,288	,773
	Hayır	27	3,15	,41		
<i>Duygusal Denge</i>	Evet	216	2,89	,64	1,935	,054
	Hayır	27	2,63	,59		
<i>Gelişime Açıklık</i>	Evet	216	3,36	,48	-1,065	,288
	Hayır	27	3,46	,49		
Örgütsel Bağlılık	Evet	216	2,89	,37	2,259	,025*
	Hayır	27	2,71	,36		
Örgütsel Özdeşleşme	Evet	216	3,47	,74	3,072	,002*
	Hayır	27	3,00	,85		

*: Anlamlı fark (p<0,05)

Tablo 2 kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşmenin hizmet içi eğitim alıp almamaya göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Hemşirelerin örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinin hizmet içi eğitim alma durumuna göre önemli farklılık gösterdiği bulunmuştur. Hizmet içi eğitim alan hemşirelerin örgütsel bağlılık ve özdeşleşme skor ortalaması hizmet içi almayanlarınkinden yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak

anlamlıdır. Buna karşılık kişilik özellikleri boyutları skor ortalamalarının hizmet içi eğitim alıp almamaya göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Dolayısı ile bu araştırma açısından hizmet içi eğitim örgütsel bağlılık ve özdeşleşme için önemli bir değişken olarak ifade edilebilir.

Tablo 3. Kişilik Özellikleri, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşmenin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Std. Sapma	Std J-T İstatistiği ^a	p
Kişilik Özellikleri						
<i>Dışa Dönüklük</i>	Lise	19	3,15	,68	-2,273	,023*
	Önlisans	154	2,94	,76		
	Lisans	66	2,68	,82		
	Lisansüstü	5	3,52	1,16		
<i>Uyumluluk</i>	Lise	19	3,44	,42	,099	,921
	Önlisans	154	3,37	,40		
	Lisans	66	3,40	,31		
	Lisansüstü	5	3,71	,72		
<i>Sorumluluk</i>	Lise	19	3,15	,31	-,318	,751
	Önlisans	154	3,17	,37		
	Lisans	66	3,14	,33		
	Lisansüstü	5	3,54	,83		
<i>Duygusal Denge</i>	Lise	19	2,93	,83	-1,784	,074
	Önlisans	154	2,90	,62		
	Lisans	66	2,78	,63		
	Lisansüstü	5	2,55	,33		
<i>Gelişime Açıklık</i>	Lise	19	3,20	,36	2,911	,004*
	Önlisans	154	3,32	,50		
	Lisans	66	3,50	,43		
	Lisansüstü	5	3,66	,54		
Örgütsel Bağlılık	Lise	19	3,00	,30	-2,671	,008*
	Önlisans	154	2,89	,34		
	Lisans	66	2,82	,43		
	Lisansüstü	5	2,49	,72		
Örgütsel Özdeşleşme	Lise	19	3,56	,58	-2,060	,039*
	Önlisans	154	3,47	,70		
	Lisans	66	3,31	,85		
	Lisansüstü	5	2,45	1,44		

*: Anlamlı fark (p<0,05)

a: Jonckheere-Terpstra Testi

Tablo 3 kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşmenin hizmet eğitim durumuna göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Gruplara düşen denek sayısı heterojen ve bazı gruplarda çok az olduğundan non-parametrik bir test olan Jonckheere-Terpstra Testi kullanılmıştır. Tablo incelendiğinde hemşirelerin kişilik özelliklerinden dışa dönüklük ve gelişime açıklık boyut skorlarının, örgütsel bağlılık ve özdeşleşme düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı değişiklik gösterdiği anlaşılmaktadır. Örgütsel bağlılık ve özdeşleşme eğitim düzeyi yükseldikçe düşmektedir. Tablo incelendiğinde lise mezunu hemşirelerin

bağlılık ve özdeşleşme skorlarının diğer eğitim gruplarınınkinden yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşılık lisansüstü eğitim derecesine sahip hemşirelerin bağlılık ve özdeşleşme skor ortalaması diğer eğitim gruplarından düşük bulunmuştur. Eğitim grupları arasındaki bu farklar istatistiksel açıdan da anlamlıdır. Kişilik özelliklerinden gelişime açıklık noktasında eğitim düzeyi yükseldikçe skorların da artmakta olduğu görülmektedir. Gelişime açıklık açısından lise mezunu hemşirelere ait ortalama en düşük, lisansüstü hemşirelere ait ortalama ise en yüksek düzeydedir. Dışa dönüklük boyutunda ise lise ve lisansüstü mezunu hemşirelerin ortalama skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısı ile kişilik özelliklerinden dışa dönüklük ve gelişime açıklık boyutları, örgütsel bağlılık ve özdeşleşme için eğitim önemli bir değişken olarak ele alınabilir.

Tablo 4. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşmesi Arasındaki İlişkiler

		Dışa Dönüklük	Uyumluluk	Sorumluluk	Duygusal Denge	Gelişime Açıklık	Örgütsel Bağlılık	Örgütsel Özdeşleşme
Kişilik Özellikleri								
<i>Dışa Dönüklük</i>	r	1						
	p							
<i>Uyumluluk</i>	r	,137*	1					
	p	,032						
<i>Sorumluluk</i>	r	,141*	,239**	1				
	p	,028	,000					
<i>Duygusal Denge</i>	r	,229**	,121	,125	1			
	p	,000	,059	,051				
<i>Gelişime Açıklık</i>	r	-,148*	,009	,051	-,140*	1		
	p	,021	,888	,428	,029			
Örgütsel Bağlılık	r	,015	-,117	-,104	,032	,023	1	
	p	,813	,067	,106	,620	,725		
Örgütsel Özdeşleşme	r	-,091	,085	,029	,048	,116	,350**	1
	p	,157	,184	,649	,457	,070	,000	

** . Korelasyon katsayısı 0.01 yanılma payında önemlidir (2-yönlü).

** . Korelasyon katsayısı 0.05 yanılma payında önemlidir (2-yönlü).

Tablo 4 kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkileri göstermektedir. Tablo incelendiğinde kişilik özellikleri boyutlarından dışa dönüklük boyutunun diğer kişilik özelliği boyutları ile anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Gelişime açıklık boyutu ile duygusal denge boyutu arasında negatif anlamlı ($r=-,140$; $p<0,05$) ilişki bulunmuştur. Kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılık ve özdeşleşme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Örgütsel bağlılık ile örgütsel özdeşleşme arasında ($r=0,350$; $p<0,05$) anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardır. Örgütsel bağlılık arttıkça özdeşleşme düzeyi de yükselmektedir.

Tablo 5. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Özdeşleşmesi Arasındaki İlişkiler İle Yaş, Hastane Çalışma Süresi ve Meslekte çalışma Süresi Arasındaki İlişkiler

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yaş	r	,012	,109	,053	-,002	-,023	,142*	,116	1	,515**	,934**
	p	,853	,088	,406	,978	,718	,027	,069		,000	,000
İlgili Hastanede Çalışma Süresi	r	-,116	,020	,144*	-,153*	-,032	-,022	-,054	,515**	1	,540**
	p	,071	,756	,024	,017	,623	,727	,397	,000		,000
Hemşire Olarak Toplam Çalışma Süresi	r	-,021	,082	,046	-,042	-,055	,130*	,093	,934**	,540**	1
	p	,740	,202	,476	,510	,393	,042	,149	,000	,000	

** . Korelasyon katsayısı 0.01 yanılma payında önemlidir (2-yönlü).

** . Korelasyon katsayısı 0.05 yanılma payında önemlidir (2-yönlü).

1: Dışa dönüklük, 2: Uyumluluk, 3: Sorumluluk, 4: Duygusal denge, 5: Gelişime açıklık, 6: Örgütsel bağlılık, 7: Örgütsel özdeşleşme, 8: Yaş, 9: Hastanede çalışma süresi, 10: Hemşire olarak toplam çalışma süresi

Tablo 5 yaş, hastanede çalışma süresi ve meslekte çalışma süresi ile kişilik özellikleri, örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkileri göstermektedir. Tablo incelendiğinde örgütsel bağlılık ile yaş arasında ($r=0,142$; $p<0,05$) ve meslekte çalışma süresi ($r=0,130$; $p<0,05$) arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu araştırmada hastanede çalışma süresi ile duygusal denge arasında negatif anlamlı ilişki ($r=-0,153$; $p<0,05$), hastanede çalışma süresi ile sorumluluk arasında pozitif anlamlı ($r=0,144$; $p<0,05$) ilişki söz konusudur.

Tablo 6. Örgütsel Bağlılık Üzerine Kişilik Özellikleri ve Örgütsel Özdeşleşmenin Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	2,864	,313		9,150	< ,00001*	
Kişilik Özellikleri						
<i>Dışa Dönüklük</i>	,036	,030	,076	1,203	,230	1,109
<i>Uyumluluk</i>	-,136	,060	-,140	-2,247	,026*	1,087
<i>Sorumluluk</i>	-,096	,063	-,095	-1,530	,127	1,088
<i>Duygusal Denge</i>	,015	,037	,026	,415	,679	1,092
<i>Gelişime Açıklık</i>	,000	,048	,001	,010	,992	1,055
Örgütsel Özdeşleşme	,183	,030	,370	6,097	< ,00001*	1,035
Regresyon Modeli Özeti						
R= 0,397						
R ² = 0,158						
F= 7,385						
p= 0,000						
p<0,01						
Durbin Watson=1,808						
VIF: Variance Inflation Factor - Varyans Şişkinlik Faktörü						
Bağımlı Değişken: Örgütsel bağlılık						
*: Önemli belirleyici (p<0,05)						

Örgütsel bağlılık üzerinde kişilik özellikleri ve örgütsel özdeşleşmenin etkisini test etmek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon çözümlemesinde kişilik özellikleri (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, gelişime açıklık) ve örgütsel özdeşleşme bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Tablo 5 hemşirelerin örgütsel bağlılığı üzerine kişilik özellikleri ve özdeşleşmesinin regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=7,385; p=0,000; p<0,01). Modelde kişilik özellikleri ve özdeşleşme örgütsel bağlılık skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 15,8’ini açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,808 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 10’dan düşük değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan kişilik özelliklerinden uyumluluk (t=-2,247; p= 0,000; p<0,05) ve örgütsel özdeşleşme (t=6,097; p= 0,000; p<0,05) örgütsel bağlılık skorlarını anlamlı olarak etkilemektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Örgütsel Özdeşleşme Üzerine Kişilik Özellikleri ve Örgütsel Bağlılığın Etkisi

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	VIF
	Beta (β)	Std. Hata	Beta (β)			
(Sabit)	-,194	,732		-,265	,791	
Kişilik Özellikleri						
<i>Dışa Dönüklük</i>	-,114	,060	-,118	-1,904	,058	1,099
<i>Uyumluluk</i>	,249	,121	,127	2,048	,042*	1,091
<i>Sorumluluk</i>	,085	,127	,042	,673	,501	1,096
<i>Duygusal Denge</i>	,067	,074	,056	,902	,368	1,089
<i>Gelişime Açıklık</i>	,151	,097	,095	1,563	,119	1,045
Örgütsel Özdeşleşme	,740	,121	,367	6,097	<,00001*	1,026
Regresyon Modeli Özeti						
R= 0,406						
R ² = 0,165						
F= 7,786						
p= 0,000						
p<0,01						
Durbin Watson=1,880						
VIF: Variance Inflation Factor - Varyans Şişkinlik Faktörü						
Bağımlı Değişken: Örgütsel bağlılık						
*: Önemli belirleyici (p<0,05)						

Örgütsel özdeşleşme üzerinde kişilik özellikleri ve örgütsel bağlılığının etkisini test etmek için çok değişkenli regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon çözümlemesinde kişilik özellikleri (dışa dönüklük, uyumluluk, sorumluluk, duygusal denge, gelişime açıklık) ve örgütsel bağlılık bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Tablo 7 hemşirelerin örgütsel özdeşleşme üzerine kişilik özellikleri ve bağlılığın regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Kurulan çok değişkenli regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=7,385; p=0,000; p<0,01). Modelde kişilik özellikleri ve özdeşleşme örgütsel bağlılık skorlarındaki toplam varyansın (değişimin) % 16,5’ini açıklamaktadır. Ayrıca kurulan regresyon modelinin Durbin-Watson katsayısı 1,880 olması ve varyans şişkinlik değerlerinin 10’dan düşük değerler alması, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının (multicollinearity) ve otokorelasyonun olmadığını göstermiştir. Modele alınan kişilik özelliklerinden uyumluluk (t=2,048; p= 0,000; p<0,05) ve örgütsel bağlılık (t=6,097; p= 0,000; p<0,05) örgütsel özdeşleşme skorlarını anlamlı olarak etkilemektedir (Tablo 7).

Sonuç

Bu çalışmada, sağlık bakım örgütlerinde çalışan profesyonellerin (hemşire) kişilik özelliklerinin örgütsel bağlılık ve örgütsel özdeşleşme arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılarak bu ilişkide önemli rol oynayan boyutların neler olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır.

Elde edilen sonuçlar, örgütsel bağlılık arttıkça özdeşleşme düzeyinin de yükseldiğini, örgütsel bağlılık ve özdeşleşmenin eğitim durumu ve hizmet içi eğitime göre farklılık

taşıdığını bunun yanısıra kişilik özelliklerinden uyumluluk ile örgütsel özdeşleşmenin örgütsel bağlılığın önemli birer belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Söz konusu ilişkinin ülkemizdeki sağlık hizmeti sunan örgütlerde çok fazla araştırılmamış olması nedeniyle, bu çalışmanın sağlık kurumları yönetimi literatürüne katkı sağlaması beklenmektedir.

Kaynaklar

- 1.Ashforth, B. E., Harrison, S.H., Corley, K. G. (2008). “Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions”. *Journal of Management*, 34 (3), 325–374.
- 2.Ashforth, B.E., Mael F. (1989). “Social Identity Theory and the Organizations”, *Academy of Management Review*, 14, 20-39.
- 3.Barlı, Ö. (2008). *Davranış Bilimleri ve Örgütlerde Davranış*, Bakanlar Medya, İstanbul.
- 4.Dutton, J., Dukerich, J., Harquail C.V. (1994). “Organizational Images and Membership Commitment”, *Administrative Science Quarterly*,34, 239-263.
- 5.Fathi-Ashtiani, A., Salimi, S.H. (2004).”Relationship between Personality Traits and Organizational Commitment In Nurses”. *Program Abstracts of XXVIII International Congress of Psychology Beijing*.
- 6.Goldberg, L. R. (1990). “An Alternative Description of Personality: The Big Five Factor Structure”. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 59 (6), 1216-1229.
- 7.Guatom, T., Van Dick, R., Wagner, U. (2004).” Organizational Identification and Organizational Commitment: Distinct Aspects of two Related Concepts”, *Asian Journal of Social Psychology*, 7(3), 301-315.
- 8.Hart, J.W., Stasson, M.F., Mahoney, J.M., Story, P. (2007). “The Big Five and Achievement Motivation: Exploring The Relationship Between Personality and A Two-Factor Model Of Motivation”, *Individual Differences Research*, 5(4), 267-274.
- 9.John, O.P., Srivastava, S. (1999). “The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement and Theoretical Perspectives.” L.A. Pervin & O.P. Johns (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 102-138). New York: Guilford Press.
- 10.Kaplan, T. (2008).” İşgörenlerin Kişilik Tiplerinin Örgütsel Bağlılıkları Üzerindeki Etkisi: Bursa’da Mobilya Sektöründe Uygulama Örneği”. *Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya*.
- 11.Kreiner, G. E., Ashford, B. E. (2004). “Evidence Toward An Expanded Model Of Organizational Identification”. *Journal Of Organizational Behavior*, 25, 1-27.
- 12.Mael, F. A. (1988). “Organizational Identification: Construct Redefinition and A Field Application With Organizational Alumni”, *Unpublished Doctoral Dissertation, Detroit, Wayne State University*,
- 13.Mael, F. A., Ashforth, B. E. (1992). “Alumni and Their Alma Mater: A Partial Test Of The Reformulated Model Of Organizational Identification”, *Journal Of Organizational Behavior*, 13, 103-123.

- 14.Mamatoğlu, N. (2010). “Lider Davranışları Algıları ve Örgütsel Kimliklenme Boyutları Arasında Çalışanın Kişilik Özelliklerinin Düzenleyici Rolü”. *Türk Psikoloji Dergisi*, 25 (65), 82-97
- 15.McCrae, R.R., Costa, P. T., Jr. (1987). “Validation of The Five-Factor Model of Personality Across Instruments and Observers”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- 16.Meyer, J.P.; David, J., Stanley, L., Herscovitch – Laryssa, T. (2002).” Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-Analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences”. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20-52.
- 17.Moberg, P. J. (2001). “Linking Conflict Strategy to The Five factors Model: Theoretical and Empirical Foundations”. *International Journal Of Conflict Management*, 12 (1), 22- 47.
- 18.Mount, M. K., Barrick, M. R., Scullen, S. M., Rounds, J. (2005). “Higher-Order Dimensions Of The Big Five Personality Traits and The Big Six Vocational Interest Types”, *Personal Psychology*, 58, 447-478.
- 19.Mowday, T. R., Steers, R. M., Porter L.W. (1979). “The Measurement Of Organizational Commitment”, *Journal Of Vocational Behavior*, Vol. 14(2) 224-247.
- 20.Nartgün, S.,Ş., Kalay, M.(2014). “Öğretmenlerin Örgütsel Destek, Örgütsel Özdeşleşme İle Örgütsel Sinizm Düzeylerine İlişkin Görüşleri”, *Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature And History Of Turkish Or Turkic Volume 9/2 Winter 2014*, P. 1361-1376.
- 21.Rotondi, T. (1975). “Organizational Identification: Issues and Implications”, *Organizational Behavior and Human Performance*, 13, 95-109.
- 22.Saucier, G. (2008). “Measures Of The Personality Factors Found Recurrently in Human Lexicons” G.J. Boyle, G. Matthews, & D. Saklofske (Ed.), *The Sage Handbook Of Personality Theory And Assessment, Personality Measurement and Testing*, 2, 29-54. London: Sage.
- 23.Somer, O., Goldberg, L.R. (1999). “The Structure Of Turkish Trait Descriptive Adjective”. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 76(3), 421-450.
- 24.Tanrıverdi, H. (2012).” Kişilik Özelliklerinin İş Değerlerine Ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma”, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(2):189-210
- 25.Van Dick, R. (2004). “My Job İs My Castle: Identification in Organizational Contexts”., C. L. Cooper and I. T. Robertson, (Ed.), *International Review Of Industrial And Organizational Psychology* (19. Cilt) İçinde (171-203). Wiley, Chichester.
- 26.Van Dick, R., Wagner, U. (2002). “Social Identification Among School Teachers: Dimensions, Foci, and Correlates”, *European Journal Of Work And Organizational Psychology*, 11(2), 129-149.

ÖRGÜTSEL GÜVEN VE ÖRGÜTSEL ADALET ALGISI

*Birgül ARMUTCU**

ÖZET

Örgütsel düzenin ve başarının sağlanmasında son yıllarda yükselen değer olan güven ve adalet örgütsel başarının artırılması, etkinlik ve verimliliğin yaratılması, istikrarlılığın sağlanması, çalışanların refahının sağlanması, çalışanların örgüte bağlılıklarının artırılmasında, aidiyetin sağlanmasında ve karmaşıklığın azaltılmasında önemli bir faktör olarak benimsenmektedir. Çalışanların adalet ve güven algıları örgütler açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışanların örgüte ve çalıştıkları iş arkadaşlarına duydukları güven ve örgüte karşı duyulan adalet algılarına göre ciddi sonuçlar doğuran tepkiler gösterebilmektedirler. Örgütte adaletsizlik olduğunu veya kendisine adil davranılmadığını hissedin çalışanların örgüte olan güvenleri sarsılmakta, örgüte olan bağlılık ve aidiyet duygusu azalmakta ve işten ayrılabilirler. Böylece örgütler ellerindeki kalifiye çalışanından olmakta, bu durum örgüte büyük zararlar vermektedir. Bunları önlemek için örgüt yöneticilerinin nasıl davranması gerektiği ve nasıl bir tutum ve davranış içerisinde girmesi gerektiğini bu çalışmamızda inceleyeceğiz.

Anahtar Kelimeler: *Adalet, Güven, Örgüt, Örgütsel Güven.*

*Hemşire,GATF Eğt. Hast. Başhemşireliği, ANKARA, armutcubirgul@gmail.com

Giriş

20. Yüzyılın sonlarına doğru güven yapısının; kişilerin birbiri ile olan ilişkilerinde temel olduğu, örgütlerin rekabette, örgütsel başarıda bir adım öne geçmede etkin olduğu ileri sürülmektedir. Örgütsel başarının sağlanması, örgütün düzeninin sağlanması, örgütteki karmaşıklığın yok edilmesi veya azaltılması, verimliliğin ve etkinliğin en üst seviyeye çıkarılmasında çalışanların kendilerine, birbirlerine ve örgüte karşı olan güvenleri en büyük etkidir.

Örgütsel güven “işgörenlerin yönetime olan güvenleri ve yönetimin kendilerine söylediklerine olan inançlarının derecesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Örgütlerin uzun dönemli istikrar sağlamasında güven önemli bir olgudur. Bu bakımdan örgütsel güven düzeyi yüksek olan örgütler, güven düzeyi düşük olan örgütlere göre daha uyumlu ve yenilikçi bir özelliğe sahiptir. Örgütsel bütünleşmeyi sağlayacak insan unsurunu güdeleyen en önemli faktörlerden olan güven, kişilerarası ilişkilerin kurulması, yönetici ast ilişkilerinin geliştirilmesinin de temelidir.

Rekabet koşullarının sürekli ve hızla değiştiği günümüzde örgütlerin uzun dönemde varlıklarını sürdürebilmesi için bir takım konulara odaklanması gerekmektedir. Bilgi ve birikim sahibi çalışanlara sahip olan örgütler, rekabet ortamında önemli bir avantaj yakalamaktadır. Bu avantajı sürekli kılabilmek ise kalifiye (nitelikli) çalışanları örgütte tutabilmeye bağlıdır. Çalışanların örgüte bağlı kalması için çalışanların haklarının korunması, yöneticilerin çalışanlara adaletli davranılması ve aynı zamanda çalışanlarında adalet algılarının bu yönde olmasına dayanır. Çalışanların örgütten beklenti ve istekleri yerine geldiğinde, yöneticilerin çalışanlara adaletli davrandığına dair çalışanlarca bir inanç oluştuğunda; çalışanların isteklendirmeleri artmakta, örgüte olan güven ve bağlılıkları artmaktadır.

Örgütte çalışanların performanslarının değerlendirilmesinde adalet unsuru çok önemlidir. Çünkü çalışanların yapmış oldukları faaliyetleri doğru ve adaletli bir biçimde değerlendiren örgütler çalışanların örgüte bağlı kalmasını sağlamakta, kalifiye (nitelikli) eleman kaybına uğramamaktadır. Örgütsel adalet örgüt içinde çalışanlar tarafından önem verilen konulardan biri olmuştur. Bunun nedeni ise, çalışanların yöneticilerin örgütsel adaletle ilgili tutumlarını yakından takip etmesi ve bu doğrultuda bir algıya sahip olmalarıdır.

Örgütsel adalet, iş yerinde örgüt içinde çalışanların iş yerinde ne kadar adil davranıldığı konusundaki algılarını ve bu algının örgütler açısından diğer sonuçları nasıl etkilediğini içeren bir kavramdır. Örgütsel vatandaşlığı etkileyen en temel bilişsel faktörlerden biri adalet algılamalarıdır. Örgütte çalışanların adalet algılamaları pozitif yönde ise, örgüte bağlılıkları artmakta ve performansları yükselmektedir. Bu doğrultuda verimlilik de artmaktadır. Örgütsel adalet algılamaları negatif yönde olduğu zaman çalışanların örgütsel bağlılık ve performanslarının düşmesinin yanında adaletsizliği ortadan kaldırmak için, yöneticilerine, iş arkadaşlarına karşı olumsuz davranabilmektedir. Örgütsel adaletsizliği algılayan birey, biçimsel iş tanımında belirtilen görevleri tam olarak yerine getirmediği

takdirde biçimsel ödüllerden mahrum kalabileceğini bildiği için örgütsel vatandaşlık davranışlarından vazgeçmektedir.

1. Örgütsel Güven Algısı

1.1. Güven Kavramı

Örgüt; “Ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birlik, teşekkül, teşkilat” şeklinde tanımlanmaktadır. Örgütün içerisinde; Çalışanlar, yöneticiler ve hissedarlar vardır^[1]Örgütün dışarısında ise (paydaşları); Rakipler, devlet, müşteriler, tedarikçiler, hükümet, toplum, sivil toplum örgütleri vb. vardır.^[1]

Güven kelime anlamı olarak, Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğüne göre ; “korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu” şeklinde tanımlanmaktadır.

Örgütte kişi ve gruplar arasındaki güven, örgütün etkin işleyişi, uzun dönemdeki istikrarı ve örgüt üyelerinin refahı açısından yaşamsal bir unsur olarak nitelendirilmektedir.^[2]

Güven kavramı ile ilgili yapılan tanımlamalara bakıldığında, tanımların bir kısmının diğer taraftan beklentiye, bir kısmının da diğer tarafa karşı savunmasız kalma isteğine yoğunlaştığı görülmektedir.

Güven Tanımları

Yazar	Yıl	Tanım
Rotter	1967	Bir birey ya da grubun sözlerine, vaatlerine veya ifadelerine dair bir beklentidir.
Butle ve Cantrell	1984	Karşıdaki kişinin eylemlerinin değerlendirilmesine dayanarak, bu kişiye karşı savunmasız olma ve belirsizlikler konusunda risk alma isteğidir.
Gambetta	1988	Örgütün, iş görene fayda sağlayacak eylemlerde bulunacağı veya en azından zarar vermeyecek faaliyetler göstereceğine dair iş görenin emin olmasıdır, iş görenin örgütün güvenilirliğine dair algısıdır.
Bromiley ve Cummings	1992	Bir kişi veya grubun, karşıdaki kişi veya grubun Söz ve vaatlerini yerine getireceğine, Müzakerelerde dürüst davranacağına, Fırsat olsa dahi karşıdakini istismar etmeyeceğine dair inancıdır.
Mayer, Davis ve Schoorman	1995	Güvenen kişinin karşı tarafı gözlemleyemeyeceği veya denetleyemeyeceği durumlarda, kendisi için önem taşıyan davranışlar sergileyeceği beklentisine dayanarak, eylemlerine karşı savunmasız kalmaya gönüllü olmasıdır.
McAllister	1995	Bireyin, diğer tarafın sözlerine, eylemlerine ve kararlarının doğru olduğuna yönelik inancıdır.
Fukuyama	1995	Ortak paylaşılan değer ve normlara bağlı olarak dürüst ve işbirlikçi davranış beklentisi.
Hosmer	1995	Bir kişi, grup veya firmanın ortak bir çalışma veya ekonomik faaliyette, diğer kişi, grup veya firmanın etik davranışlar sergileyeceğine dair beklentisidir.
Lewicki ve Bunker	1996	Risk içeren durumlarda, karşı tarafın güdü ve niyetleri hakkında olumlu beklentiler içinde olma durumudur.

Rousseau, Sitkin, Burt ve Camerer	1998	Kişinin, karşı tarafın niyet veya davranışları konusunda olumlu beklentilerine bağlı olarak, savunmasızlığı kabul etmesinden oluşan psikolojik bir durumdur.
Bhattacharya, Deviney ve Pillutla	1998	Kişinin belirsizlik durumunda, karşı tarafın umulduğu şekilde davranışlar sergileyeceğine dayanarak olumlu (veya olumsuz olmayan) kazanımlar elde edebilme beklentisidir.
Jones ve George	1998	Değerler, tavırlar ve duyguların eşzamanlı işlemesiyle değişen ve gelişen bir deneyimdir.
Wehmeyer, Riemer ve Schneider	2001	Ortak inançlar, değerler ve belirli kurallara bağlılıkla ortaya çıkan soyut bir sistemdir. Örgütsel güven, örgütün faaliyetlerini nasıl yürüteceğine dair ortak inançları ve paylaşılan değerleri içeren kuramsal bir çerçeveden ortaya çıkmaktadır.

Güvenin tanımına dair ortak bir fikir birliğine varılmamış olmasına karşın, tanımlama yapılırken ortaya konmuş bazı ortak kavramlar vardır. Bunlar; risk, belirsizlik, savunmasızlık ve bağımlılıktır^[3]

1.1.1. Risk

Risk, kişinin algıladığı zarar görme olasılığıdır. Risk almak ve güven arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Risk, güven için fırsat oluştururken, güvenmek de risk almaya öncülük etmektedir. Ayrıca beklenen davranış gerçekleştiğinde, alınan risk güven duygusunu güçlendirmektedir^[4]

1.1.2. Belirsizlik

Beklentilerin karşılanıp karşılanmayacağı bilinemediğinden kişinin bir seçim yapması gerekmektedir. Bu seçimin sonucundan pişmanlık olasılığı da olabileceğinden bu durum risk üstlenmektir. Dolayısıyla riski güvenle ilişkilendiren olgu belirsizliktir. Eğer ilişkinin sonuçlarına yönelik belirsizlik yoksa risk de yoktur ve bu durumda güvenin de ilişkide bir rolü bulunmamaktadır.

1.1.3. Savunmasızlık, Zarar Görme İhtimali

Savunmasızlık, önemli bir zarara uğrama durumuyla karşı karşıya olma durumudur. Zarar görme ihtimaliyle karşı karşıya olma veya savunmasız kalmaya gönüllü olma durumu ortadan kalktığı noktada, güven kavramı gerekliliğini kaybetmektedir.

1.1.4. Bağımlılık

Kişinin menfaatinin sağlanmasının karşı tarafa bağlı olması durumudur. Bağımlılık, savunmasızlığı da beraberinde getirmektedir. Risk ve belirsizlik durumlarına benzer şekilde, bağımlılığın da olmadığı bir durumda güvene ihtiyaç duyulmamaktadır^[5]

1.2. Örgütsel Bağlılık

Bağlılık kelime anlamı olarak; “Birine karşı, sevgi, saygı ile yakınlık duyma ve gösterme, sadakat” olarak tanımlanmaktadır.

Örgütsel bağlılık kavramı ve boyutları ile ilgili akademisyenler arasında farklı görüş ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunun nedeni ise örgütsel bağlılık kavramının, örgütsel

davranış, sosyoloji, psikoloji, sosyal psikoloji, gibi farklı disiplinler temelinde farklı yönleriyle ele alınmış olmasıdır.

Duygusal Bağlılık; Temelinde arzu/istek olan duygusal bağlılık, çalışanların gönüllüğü esasına dayanır ve bireysel değerler ile örgütsel değerler arasındaki uyumdan ortaya çıkar. Çalışanın örgütle özdeşleşmesini, katılımını ve paylaşılan ortak değerler sonucu örgüte duygusal olarak bağlanmasını ifade eder^[6]

Devamlılık Bağlılığı; Bu bağlılık ise temel olarak çalışanın kişisel yatırımları nedeniyle organizasyonda kalma isteğini ifade eder. Organizasyonda çalışılan süre içerisinde elde edilen uzmanlık, çalışma arkadaşlarıyla geliştirilen sosyal ilişkiler, kıdem, kariyer, emeklilik hakları, bireyin kişisel yatırımları olarak değerlendirilebilir.

Normatif Bağlılık; Normatif bağlılık ise organizasyona sadık olma eğilimiyle ilişkilidir. Normatif bağlılığı, duygusal ve devamlılık bağlılığına ek olarak “ahlaki” boyutu da ekleyerek Weiner (1982) üçlü bir model geliştirmişlerdir. Organizasyonun amacı, geniş görüşlülüğü, hedef ve faaliyetleri ile uyumlu olan ve içselleştirilen inanç ve normları kapsar (Wiener, 1982: 421). Çalışanın örgütte kalma ile ilgili sorumluluk duygularını içerir. Normatif bağlılık zorunluluk unsuru içerir. Zorunluluk kişisel maliyet hesabından değil, ahlaki duygular çerçevesinde şekillenir.

Normatif bağlılık psikolojik bir sözleşme niteliği taşır.

1.3. Örgütsel Güven Algısı

Örgütsel güven kavramı, “belirli amaçların gerçekleşmesi için örgütsel yapı içerisinde örgüt üyelerinin birbirleri ile olan ilişkilerinde doğruluk, inanç, bağlılık, samimiyet gibi değerlerin oluşturulduğu ve oluşturulan bu değerlerin davranışlarla somutlaştığı bir süreç” şeklinde tanımlanabilir^[7]

Örgütsel güvenin olmadığı örgütlerde, örgüt üyelerinin birbirleri ile olan ilişkilerinde ve yöneticilerle çalışanlar arasında sağlıklı örgütsel iletişimden, bilgi paylaşımından, örgütsel performanstan, katılımdan, paylaşımdan ve örgütsel etkililikten söz etmek mümkün değildir.

Örgüte güven, çalışan tarafından algılanan örgütün güvenilirliğidir. Örgütün çalışanın yararında en azından zararına eylem göstermeyeceğine yönelik güvenidir.

Örgüt yaşamında güven iki çeşit olarak sınıflandırılabilir. Bunlar örgütler arasındaki güven ve örgütsel güven (örgüt içi güven). Örgütler arası güven, örgütün tedarikçilerine, ortaklarına, müşterilerine ve diğer paydaşlarına olan güveni incelerken, örgütsel güven konusundaki araştırmalar temel olarak üç alanda odaklanmıştır. Kişiler arası güven, çalışma arkadaşlarına güven, amire (yöneticiye) ve üst yönetime güven.

Örgüt içi güven, örgüt içinde oluşan güven iklimi olup, örgütsel rollere, ilişkililere deneyimlere, dayanarak örgüt üyelerinin, bireylerin niyetleri ve davranışları hakkındaki olumlu beklentileridir. Üst düzey örgütsel güven yaratan örgütlerin, örgüt yapılarının daha uyumlu, stratejik ittifakının daha güçlü, takımları oluşturmada daha etkin olduğu ve daha

etkin kriz yönetimi gerçekleştirdikleri görülmektedir. Örgütsel güven, örgütün tüm çalışanlarının iş memnuniyeti ve algılanan örgüt etkinliğine bağlı durumdadır.

Güvenin örgütlerde denetim mekanizmalarının ve örgüt yapılarının oluşturduğu işlem maliyetlerini azalttığı, bilgi paylaşımını artırdığı, faydacı davranışları en alt düzeye indirdiği, örgüt içindeki bölünmeleri engelleyerek, alınan kararlarla ilgili belirsizlikleri engelleyerek uyum sağladığı söylenebilir.

Örgüt yapısı içinde güven, bir sosyal sermaye biçimi, örgütün diğer örgütler tarafından taklit edilemez örtük bilgisidir .

Çalışan yöneticisine güvenirken örgüte güven duymayabilir. Çalışanların örgüte güveni ise adil ücretlendirme ve çalışanların katkılarını değerlendirmeye göre farklılaşabilir. Bir çalışanın hem amirine hem de örgüte güvenmesi elbette mümkündür. Çalışan amirini, örgütün bir temsilcisi olarak görebilir ve amirine olan güvenini örgüte yönelik genelleştirebilir. Bu bağlamda, örgüte güven ve amirine güven arasında doğrusal bir ilişki olduğu ifade edilebilir. Whitener, Brodt ve Korsgaard örgütsel bağlamda güvenin oluşumunun sağlanmasında yöneticilerin büyük bir etkisi olduğunu, aslında güven ilişkisinin oluşmasında ilk adımın atılmasının sorumluluğunun yöneticiye ait olduğunu belirtmişlerdir. Whitener vd. (1998) bu durumu “yönetsel güvenilirlik davranışı” olarak ifade etmişler ve yöneticilerin, çalışanların kendilerine olan güvenini tehlikeye atmayacak eylem ve etkileşimlerde bulunmaları olarak tanımlamışlardır.

Örgütte iletişimin açık olması, denetimin paylaşılması, ilginin gösterilmesi güven oluşumunu yönlendiren unsurlardır. Güven örgütlerde kendiliğinden ortaya çıkan bir kavram değildir, bu açıdan bakıldığında yöneticiler tüm yaptıkları ve uyguladıklarıyla, verdikleri sözlerle örgütte güveni oluşturabilir veya yok edebilirler. Örgüt çalışanları arasındaki güven eğilimini artırmak için, karar alma süreçlerinde kullanılan izleklerin, çalışanlara verilen ödüllerin adil olarak dağıtılması için gerçekleştirilen süreçlerin etkin olması gerekmektedir.

Örgüt içinde güven yaratmak için; sorumlulukları ve sözleri yerine getirme, dürüstlüğü paylaşarak açık iletişim, dinleme, güveni muhafaza etme, açık olma, doğru söyleme, saygı gösterme, adil ve tutarlı olma, işbirliği ve yardım için hevesli olma, mazeretlerden ve suçlamalardan kaçınma, yaptığı işten sorumlu olma gibi teknikler kullanılabilir. Güvensiz çalışan, yüksek güven ortamında çalışana göre, örgütsel hedef ve eylemlere daha az katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle güven ve güçlendirme arasında iş etkinliği ortamını oluşturma anlamında güçlü bir ilişki söz konusudur.

Örgütsel yaşamda, taraflar arasında güvenin oluşabilmesi için kişinin bazı özellikleri taşıması gerekmektedir. Bunlar; Yetkinlik, Dürüstlük, Tutarlılık, Sadakat, Açıklık olmak üzere, güvenin boyutları olarak ifade edilebilir.

Çalışanların yöneticiye olan güven algısını etkileyen yönetsel güvenilirlik davranışları; Tutarlılık, Dürüstlük, Kontrolün paylaşılması ve dağıtılması, iletişim ve ilginin gösterilmesi şeklinde ifade edilebilir.

1.3.1. Yetkinlik

Örgütte yapılması gereken işleri yerine getirebilmek için ihtiyaç duyulan teknik ve kişisel yetenekleri ifade eder.

1.3.2. Dürüstlük

Güvenilen tarafın dürüstlük ve doğruluk konusunda sahip olduğu itibarını ifade etmektedir.

1.3.3. Tutarlılık

Olaylar karşısında kişinin inanırlığı, yerinde karar verme yeteneği ve davranışlarının öngörülebilir olması, geçmişteki davranışlarına dayanarak kişinin inanırlığı ve kestirilebilirliğini yansıtır.

1.3.4. Sadakat

Kişinin, diğerlerini koruma, diğerlerine zarar vermeyeceğine dair algılandırma, destekleme, yardımseverlik ve teşvik etme isteğini ifade etmektedir.

1.3.5. Açıklık

Kişilerin, diğerleriyle bilgi ve düşüncelerini özgürce paylaşmasını ifade etmektedir.

1.3.6. İlgililik

Yardımseverlik, diğerlerinin huzuruna, mutluluğuna ilgi göstermek, güvenilir davranışın bir parçasıdır ve üç eylemden oluşmaktadır; 1- Çalışanların ihtiyaçlarına ilgi ve duyarlılık göstermek, 2- Çalışanların menfaatlerini koruyacak şekilde hareket etmek ve 3- Kişinin kendi menfaati için diğerlerini istismar etmesinden kaçınmasıdır.

1.4. Örgütsel Güven Türleri

Güven konusunda yapılan çalışmalar temel olarak davranışsal yaklaşım ve psikolojik yaklaşım olmak üzere iki şekilde ele alınmıştır.

Güvene davranışsal yaklaşım, gözlenebilir davranışlar ve beklentilere odaklanırken, psikolojik yaklaşım bilişsel ve duygusal süreçlerin üzerinde durmuştur. Davranışsal yaklaşım, akılcı düşüncenin eyleme sebep olduğunu göz önüne alıp, eyleme götüren sebepleri yani inançları, beklentileri ve duyguları dikkate almaktadır. Güvene psikolojik bakış açısı güvenle ilgili beklentileri, niyetleri, duyguları ve eğilimleri de içeren, karmaşık kişisel durumları anlamaya çalışmaktadır.

1.5. Örgütsel Güven ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi

Örgütsel bağlılık bir bireyin içinde bulunduğu organizasyonda kendini özdeşleştirmesinin ve örgüte dâhil olmasının derecesini göstermektedir. Dolayısıyla örgütsel bağlılık ne kadar yüksek olursa çalışanın o şirketten gönüllü olarak ayrılma şansı da o kadar düşüktür. Şirket çalışanları birbirlerine ne kadar güvenirse o kadar az kontrol etme ihtiyacı hissedilmektedir^[8]

Bazı araştırmacılar örgütsel güvenin örgütsel bağlılığın önemli bir göstergesi olduğunu bulmalarına karşılık diğerleri iş tatmininin bir bağlılık göstergesi olduğunu bulmuşlardır. Örgütsel güven, iş tatmini ve örgütsel bağlılığın hepsinin çalışan davranışlarının ve etkili örgütsel bağlılığın parçaları olduğu düşünülmektedir. Ancak iş tatminliği aynı örgüt içinde iş değişikliği ile arttırılabileceğinden ve şartlara özgü olmasından dolayı örgütsel bağlılık ve güven, sonradan meydana gelen şirketten ayrılma davranışının daha iyi göstergesi olabilir. Dahası, bazı araştırmacılar iş tatminkârlığının örgütsel bağlılığı oluşturan birçok parçadan birisi olduğuna inanmaktadır.

Örgüt tarafından uygulanan adil muamele ve desteğin algılanması yaratılan güven tarafından oluşturulan örgütsel bağlılığı da etkilemektedir.

2. Örgütsel Adalet Algısı

2.1. Adalet Kavramı

M.Ö. 18 yy.daki Hammurabi Kanunları toplumu düzenleme girişiminin temelini oluşturmuştur. İnsanlığın gelişmesinin dinamik gücü, toplumdaki çatışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkan yasal düzenlemelere bağlıdır. Bu bağlamda, gücü veya otoriteyi, sosyal, ahlaki kurallar çerçevesinde kullanarak, yapılacak düzenlemelerde adalete bağlı kalınması gerektiği vurgulanmıştır^[9]

Örgütsel adalet, çalışanın örgütteki uygulamalarla ilgili olarak adalet algılaması, kazanımların nasıl yönetildiğini, dağıtıldığını, bu dağıtım kararlarının nasıl alındığını gösteren işlemler ve kişilerarasındaki uygulamalardır. Bies ve Tripp örgütsel adaleti, (1) çıktıların (kazanımların) dağıtımını, (2) kararların alınmasındaki süreçler ve (3) insanlara nasıl davranılması gerektiğine dair kurallar ve sosyal normlar şeklinde tanımlamıştır.

Örgütsel adalet kavramı temelde, Adams'ın “Eşitlik Teorisi”ne (Equity Theory) dayanmaktadır. Adams'ın ortaya koyduğu eşitlik teorisi sonucu ortaya çıkan örgütsel adalet kavramında, kişinin çalıştığı ortamla ilgili olarak hissettiği eşitlik veya eşitsizlik algısı ile görevlerindeki başarıları ve tatmin olma derecesinin doğrudan ilgili olduğu vurgulanmaktadır.

Örgütsel adalete ilişkin yapılan ilk çalışmalar, örgütsel uygulamaların çalışanlar tarafından ne denli adil bir şekilde algılandığını incelerken, son zamanlarda ise örgüt içerisindeki bireylerarası ilişkilerde adalet algısı araştırılmaya başlanmıştır. Örgütsel adalet kavramı önceleri dağıtımsal adalet daha sonraları ise dağıtım adaleti ve süreç adaleti (İşlem adaleti), sonraki çalışmalarda ise etkileşim adaleti olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte Greenberg, örgütsel adalet yazınına ilişkin artan ilgiye rağmen, örgütsel adalet kavramını sağlıklı bir şekilde ölçen bir aracın eksikliğini dile getirmiştir. Bu amaçla Donovan, Drasgow ve Munson, çalışanların iş ortamlarındaki ilişkileri ne denli adil algıladıklarını değerlendiren bir ölçek geliştirmiştir. Donovan, Drasgow ve Munson, örgütsel adalet algısını örgüt içi ilişkiler bağlamında iki boyutta incelemektedir. Bunlardan birincisi olan “yöneticilerle ilişkiler” boyutu yöneticilerle ilişkilerde çalışanın örgütsel adalet algısını yansıtırken, ikinci

boyut olan “çalışanlar arası ilişkiler” ise çalışanın diğer örgüt çalışanları ile olan ilişkilerindeki örgütsel adalet algısını yansıtmaktadır.

2.1.1. Dağıtım Adaleti

Dağıtım adaleti, edinimlerin, sonuçların adaletine dair algılar olarak nitelendirilmekte olup, dağıtım kararlarının sonuçlarıyla ilgilidir. Dağıtım adaleti kavramının kökeni, İkinci Dünya Savaşı’nda Amerikalı subayların ordu yaşamına uyumlarını çeşitli yönlerden inceleyen çalışmalarda, Stouffer, Suchman, DeVinney, Star ve Williams tarafından ortaya konulan Görelî Yoksunluk Teorisine (Relative Deprivation Theory) kadar uzanmaktadır^[10]

Görelî yoksunluk, adaletsizlik ile karşı karşıya kalmış olan bireyin durumunu ifade etmektedir. Görelî yoksunluğun ortaya çıkabilmesi için Crosby beş şartın sağlanması gerektiğini belirtmektedir:

- (1) Bireyin bir nesneyi istemesi,
- (2) Başkalarının bu nesneye sahip olduğunu görmesi,
- (3) Nesneye sahip olmayı hak ettiğini hissetmesi,
- (4) Nesneyi edinmesinin mümkün olduğunu düşünmesi,
- (5) Nesneye sahip olma gücünün yokluğunu hissetmesi.

Adaletin dağıtım yönünü açıklayan bir diğer teori Adams tarafından ortaya konulmuş olan Eşitlik Teorisidir. Eşitlik teorisi, alışveriş ilişkisini var olduğu taraflar arasındaki kazanımların dağıtımını, bölüşümü ile ilgilendirir .

$$\frac{\text{Katkı}_{\text{Birey}}}{\text{Kazanım}_{\text{Birey}}} > \frac{\text{Katkı}_{\text{Diğer}}}{\text{Kazanım}_{\text{Diğer}}}$$

Adams (1965) kişinin bu orandaki katkılarını; eğitim, zekâ, deneyim, yetiştirilme, beceri, kıdem, yaş, etnik artalan, sosyal statü ve işte harcanan çaba ve kazanımları ise ücret, ödüller, kıdemlilik yararları, yan yararlar, iş statüsü ve statü simgeleri ile ek gelirler olarak nitelendirmiştir. İş görenler kazanımlarının hak ettiklerini düşündüklerinden daha az olduğuna kanaat getirdikleri ve adaletsizlik algıladıkları takdirde bu adaletsizliğin üstesinden gelmek, adaletin yerine getirilmesini sağlamak amacıyla dört yola başvurabileceklerdir:

- (1) Adaletsizliği kanıksamak,
- (2) Karşılaştırma yapılan kişi veya grubu değiştirmek,
- (3) Adaletsizlik durumunu ortadan kaldırmak amacıyla, durumu bilişsel olarak değiştirerek rasyonalize etmek,
- (4) Adaletsiz ortamdan ayrılmak.

Homans , görelî yoksunluk yaklaşımına dayanarak Dağıtım Adaleti Teorisini (Theory of Distributive Justice) ileri sürmüştür. Adams ve Homans’ın dağıtım adaleti araştırmalarına

dayanarak, Leventhal Adalet Yargısı Modelini geliştirmiştir. Bu model, bireylerin hangi şartlar altında çeşitli adalet normlarını benimsediklerine odaklanmaktadır.

Adalet yargısı modeline göre kazanımların adil olup olmadığı dört aşamada değerlendirilmektedir:

- (1) Dağıtımçı tarafından hangi adalet kuralının uygulanabilir olduğuna karar verilir,
- (2) Her bir kurala göre kazanımların miktarı ve türünüm kestirimi yapılır,
- (3) Her bir kural temel alınarak hak edilmiş olan kazanımlar bir araya getirilerek nihai bir tahmin yapılır ve
- (4) Nihai kazanım ile hak edildiği düşünülen kazanım karşılaştırılarak değerlendirme yapılır.

Adaletin dağıtım boyutunu açıklayan başka bir yaklaşım ise Deutsch'un Dağıtım Adaleti Teorisidir. Deutsch dağıtım adaletinin psikolojik, fizyolojik, ekonomik ve sosyal yönlerden olmak üzere bireyin refahını etkileyen fayda ve kazançların dağıtımı ile ilgili olduğunu belirtmekte ve bu kazanç ile zararların bölüşümü nün ise yedi unsura bağlı olduğunu ifade etmektedir:

Lerner, dağıtım uygulamalarının genellikle orantılı eşitliğin ötesine geçtiğini görmüş ve çoğunlukla izlenen dört ilke belirlemiştir:

- Rekabet ilkesi (Kişilerin performans sonucuna göre dağıtım).
- Denklik ilkesi (Her durumda eşit dağıtım).
- Eşitlik ilkesi (Kişilerin yaptığı katkıya göre dağıtım).
- Marksçı Adalet ilkesi (Kişilerin ihtiyaçlarına göre dağıtım).

Dağıtım adaletine matematiksel formülasyon ile yaklaşan Jasso, adalet ile ilgili bir çalışmanın şu sorulara odaklanması gerektiğini belirtmektedir:

- (1) Bireyler ve toplumlar neyin adil olduğunu düşünür?
- (2) Adaletin sağlandığı durumdan sapmalarla ilişkilendirilen adaletsizliğin önemi nedir?
- (3) Algılanan adaletsizliğin davranışsal ve sosyal sonuçları nelerdir?

Dağıtım adaletine ilişkin bu teoriler, çalışanların edinimlerinin adil olup olmadığına önem verdiklerini göstermekte, sonuçların adil olduğunu düşündükleri durumda adil davranıldıklarını algıladıklarını ifade etmektedir

2.1.2. İşlem (Prosedürel) Adaleti

İşlem adaleti, kararları almakta kullanılan süreçlere kazanımların dağıtımını arkasındaki kararların adil olup olmadığına odaklanmaktadır. Kazanımların bölüşümü bir sonuç olarak değerlendirildiğinde, süreçler de bu sonucun elde edilmesini sağlayan bir örüntü olarak nitelendirilebilmektedir.^[11] Greenberg işlem adaletinin üç bileşeni olduğunu belirtmektedir:

- (1) Süreçlerin biçimsel özellikleri,
- (2) Karar alımlarının ve süreçlerin açıklanması,
- (3) Kişiler arası davranışlar.

İşlem adaletini ele alan modellerden ilki, Thibaut ve Walker tarafından yasal süreçlere dair ortaya konulmuş olan teoriye dayanarak, Lind ve Tyler 'ın geliştirmiş olduğu Kişisel Çıkar Modelidir (The Self-Interest Model). Bu model, insanların kendi faydalarını, çıkarlarını düşündüklerinden dolayı, kararlar üzerinde hâkimiyet kurma istekleri olduğunu ifade sunulmasını etmektedir.

İşlem adaletine ilişkin bir diğer yaklaşım ise, Adalet Yargısı Modelinin geliştirilmiş şeklidir. Bu modelde Leventhal ve Leventhal, Karuza ve Fry işlemlerin adil olarak algılanması için altı kural belirlemiştir:

- (1) Tutarlılık kuralı (Adaleti sağlamak için işlemler birbiriyle tutarlı olmalı),
- (2) Önyargıları önleme kuralı (İşlemler, işlemleri hazırlayanların kişisel çıkarlarını düşünmeksizin hazırlanıp uygulanmalı),
- (3) Doğruluk kuralı (İşlemler doğru bilgilere dayalı olmalı),
- (4) Düzeltilebilirlik kuralı (işlemler düzeltmeye imkân sağlamalı),
- (5) Temsil kuralı (İşlemler tüm tarafların çıkarlarını bütünleştirmeli),
- (6) Etik kuralı (İşlemler etik standartlara göre olmalı).

Bu kuralların uygulanması, çalışanların algılamış olduğu adalet düzeyini artırmakta olup, kurallar net bir şekilde belirlendiğinde ve çalışanlara karar süreçlerinde söz hakkı verildiğinde çalışanların süreci ve sürecin sonunda ortaya çıkan kararları kabul etmeleri mümkün olmaktadır.

2.1.3. Etkileşim Adaleti

Etkileşim adaleti, kaynakların dağıtım sürecinde bireylerin gördüğü muamelenin kalitesini ifade etmektedir.

İşlem adaleti ve etkileşim adaleti ayrı örgütsel adalet boyutlarını temsil ediyor olsalar da, bunlar birbirleriyle ilişki içindedir. Greenberg işlem adaletinin sosyal yönüne dikkat çekmiş, karar alıcının ilgili kişiye kararın nasıl verildiği konusunda bilgilendirme yapmasının adalet algısına olan etkisini vurgulamıştır. İşlem adaletinin bu sosyal yönü, Bies ve Moag tarafından tanımlanmış olan etkileşimsel adalettir.

Etkileşim adaletinin sağlanması için dört şartın sağlanması gerekmektedir :

- (1) Doğruluk: Otoriteler karar verme işlemleri sırasında iletişimlerinde açık, dürüst ve içten davranmalı ve karşıdaki kişiyi kandırmaktan kaçınmalıdır.
- (2) Saygı: Otoriteler bireylere nazik ve insan hassasiyetine saygı gösterecek şekilde davranmalıdır.

(3) Uygunluk: Otoriteler önyargılı ifadeler kullanmaktan ve cinsiyet, ırk, yaş veya dinle ilgili uygun olmayan nitelikte sorular sormaktan kaçınmalıdır.

(4) Gerekçelendirme: Otoriteler, karar verme sürecinin sonuçları hakkında yeterli ve doyurucu düzeyde açıklamalar yapmalıdır.

Bies, nedensel, ideolojik, düşünsel ve pişmanlık olmak üzere dört sosyal tutum tanımlamıştır:

(1) Nedensel Turum: Karar alıcı, olumsuz sonucun sorumluluğunu azaltmaya çalışmaktadır.

(2) İdeolojik Tutum: Sonuçlar, alıcının amaç ve değerleriyle uyuşacak biçimde yeniden şekillendirilir.

(3) Düşünsel Tutum: Bu tutumda olumsuz duruma neden olan kişi, sonucu haklı göstermek amacıyla çeşitli karşılaştırmalar yaparak, gelecekte durumun daha iyi olacağını belirtmekte veya zarar gören kişiyi beklentilerinin gerçekçi olmadığına ikna etmeye çalışmaktadır..

(4) Pişmanlık Tutumu: Pişmanlık tutumu ise, bireylerin doğrudan veya dolaylı olarak zarar görmesine sebebiyet vermiş bir kişinin özür dilemesi veya pişmanlık duyduğunu belirtmesidir.

2.2. Örgütsel Bağlılık

Bağlılık kelime anlamı olarak; “Birine karşı, sevgi, saygı ile yakınlık duyma ve gösterme, sadakat” olarak tanımlanmaktadır^[12].

Duygusal Bağlılık; Temelinde arzu/istek olan duygusal bağlılık, çalışanların gönüllüğü esasına dayanır ve bireysel değerler ile örgütsel değerler arasındaki uyumdan ortaya çıkar.

Devamlılık Bağlılığı; Bu bağlılık ise temel olarak çalışanın kişisel yatırımları nedeniyle organizasyonda kalma isteğini ifade eder.

Normatif Bağlılık; Normatif bağlılık ise organizasyona sadık olma eğilimiyle ilişkilidir. Çalışanın örgütte kalma ile ilgili sorumluluk duygularını içerir. Normatif bağlılık psikolojik bir sözleşme niteliği taşır.

3. Sonuç

Örgütler insan duygu ve düşüncelerinden önemli ölçüde etkilenen sosyal varlıklardır. Sosyal ortamlarda sağlıklı ve sürekli ilişkilerin oluşturulmasının temelinde güven ve adalet duygusu yatmaktadır. Rekabet şartlarının ağırlaştığı günümüzde örgüt yönetimlerinin çalışanların verimliliğini arttırmak amacıyla örgütsel güveni ve örgütsel adaleti oluşturmaya yönelik tedbirleri almaları gerekliliği zaruridir.

Örgütlerde yönetici ve çalışanlar arasındaki ilişkilerin tutarlı, devamlı, kalıcı ve karlı olması örgütsel adaletin ve örgütsel güvenin sağlanması ile mümkündür.

Çalışma ortamında insan kaynağından en iyi derecede yararlanılması hiç kuşkusuz çalışanların örgüte olan bağlılıklarıyla mümkün olacaktır. Yaşanan değişimler karşısında organizasyonlar, çalışanlarının örgüte karşı güven oluşturmalarının yollarını aramakta; bu sayede onların örgüte olan bağlılıklarını arttırmaya çalışmaktadır.

Güven unsuru hem örgüt dışındaki etkileşilen gruplar hem de çalışanlar için önem taşımaktadır. Güven, hem kişiler arası ilişkilerin bir sonucu hem de kültürel ve ahlaki değerlerle, günlük yaşam ve iş deneyimine göre değişen dinamik bir olgu olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışma örgütsel güven kavramına dikkat çekmiştir. Günümüzde sürdürülebilir başarıyı amaçlayan ve değişime açık olan organizasyonlar için insan kaynaklarının önemi giderek artmaktadır. Çalışma ortamında insan kaynağından en iyi derecede yararlanılması ise hiç kuşkusuz çalışanların örgüte olan bağlılıklarıyla mümkün olacaktır. Çalışanların örgüte veya yöneticiye güvenmemeleri; Çalışanların örgüte karşı bakış açılarını etkileyecek, örgütten, çalışma ortamından, işten soğumaya, örgüt içerisindeki huzurun bozulmasına, çalışanların refah ve huzurlarının bozulmasına, örgüte olan bağlılığın azalmasına veya yok olmasına neden olacaktır. Bu durumun sonunda çalışan örgütten ayrılmaya karar verebilecektir.

Örgütsel adalet, çalışanların hem başkalarıyla olan ilişkilerini hem de kendilerinin psikolojik ve sosyal refahını etkileyen sonuçları kapsamaktadır. Örgütsel adalet, yöneticilerin herhangi ayırım yapmadan örgüt içi ilişkilerin geliştirilmesinde, çalışanların kişiliğine, kültürel değerlerine, onuruna, hak ve sorumluluklarına saygılı davranmayı temel almaktadır. Günümüz rekabet ortamında kurumların varlıklarını uzun dönemde sürdürebilmeleri için çalışanlarına değer vermesi gerekmektedir. Çünkü insan kaynağı, örgütler için en önemli kaynaklardan birisidir. Örgütler, bu önemli kaynağı elinde bulundurarak rakiplerine karşı rekabet avantajı kazanabilmektedirler.

Örgütlerde yönetici ve çalışan ilişkilerinin geliştirilmesinde örgütsel adaletin hayati önem taşıdığı bilinmektedir. “Örgütsel adalet, örgütün maddi ve ekonomik değerlerinin örgüt içi paylaşımında adil olmanın yanı sıra yönetim strateji ve politikalarının da adil olmasıdır. Örgütsel adalet, çalışan ve yöneticiler arasında herhangi bir ayırım gözetmeden örgüt içi ilişkilerin geliştirilmesine, çalışanların kişiliğine, onuruna, hak ve sorumluluklarına, kültürel değerlerine saygılı davranmaktır” Görüldüğü üzere örgütsel adalet yönetici-çalışan ilişkilerinde belirleyici rol oynamaktadır. İlişkilerden başarılı sonuçlar elde etmek için tarafların ilişkinin bütün süreçlerinde karşılıklı dayanışma içinde olmaları ve birbirlerine adil davranmaları ile ilgilidir. Örgütsel adalet, kısa süreli ilişkileri değil, uzun dönemli ilişkileri amaç edinmektedir. İlişkilerin geçici olması örgütsel adaletin zayıflığına işaret etmektedir. Özetle örgütsel adaletin sağlanması, yönetici ve çalışanlar arasında, sosyal bağların güçlenmesine, iletişimin yaygınlaşmasına, kaynakların etkin paylaşımına, görev ve sorumlulukların yerine getirilmesine, karşılıklı güven duygularının oluşmasına, çalışan ve yöneticilerin bağlılık duygularının gelişmesine, stratejik karar verme sürecinin gelişmesine ve en önemlisi de çalışılabilir uygun bir iş ortamının oluşturulmasına büyük katkı sağlamaktadır.



Öte yandan çalışanlar yöneticiler tarafından kendilerine adil davranılmadığını veya örgüt içerisinde adaletsizlik olduğunu hissettiklerinde ciddi sonuçlar doğuran tepkiler gösterebilmektedir. Örgütte adaletsizlik olduğunu veya kendisine adil davranılmadığını hisseden çalışanların örgüte olan güvenleri sarsılmakta, örgüt içi huzursuzluklar baş göstermekte ve örgüte olan bağlılık azalarak işten ayrılmaya varan sonuçlar doğurabilmektedir. Bunun sonucu olarak örgüt elindeki yetişmiş olan kalifiye çalışanlarını kaybedebilmekte, bu durum diğer çalışanlara yansıyor ve daha büyük sıkıntılara neden olabilmektedir. Bu durumdan örgüt zarar görmektedir.

Örgütsel güvenin ve örgütsel adaletin sağlandığı örgütler rakipleri ile rekabette ve başarıda bir adım öndedirler. Örgütsel güvenin ve örgütsel adaletin sağlanmadığı yerde örgüt başarısı olmayacaktır, başarılı olmayan ve değişime ayak uyduramayan her örgüt yok olmaya mahkûmdur.

Kaynakça

- 1- Abdurrahman EKİNCİ, Eğitim Müfettiş Yardımcılarının Örgütsel Adalet Algılarının Mesleki Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, yıl: 2012, cilt: 45, sayı: 1, s:327-345
- 2- Canan ÇETİN, Performans Değerlendirme Sistemine İlişkin Örgütsel Adalet Algısının Sistemden Duyulan Memnuniyet Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Öneri.C.9.S.35. Ocak 2011 , s:1-13.
- 3- Cihan ŞENTÜRK, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2011, Cilt 17, Sayı 1, s: 29-62.
- 4- Ercan YAVUZ, Kamu Ve Özel Sektör Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılamaları Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, Doğu Üniversitesi Dergisi, 2010 , s: 302-312.
- 5- Gökhan BAŞ, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2011, Cilt 17, Sayı 1, s: 35.
- 6- Mehmet KIZILOĞLU., Örgütlerde Mentörlüğün Örgütsel Güven Algısına Etkisine İlişkin Bir Araştırma, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 20, Sayı 3, 2011, s:297-318.
- 7- M. Cevat YILDIRIM, Eğitim Müfettiş Yardımcılarının Örgütsel Adalet Algılarının Mesleki Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, yıl: 2012, cilt: 45, sayı: 1, s: 327-345.
- 8- Nurettin İBRAHİMOĞLU, Örgütlerde Mentörlüğün Örgütsel Güven Algısına Etkisine İlişkin Bir Araştırma, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 20, Sayı 3, 2011, s: 297-318.
- 9- Ömer Çokluk BÖKEOĞLU, Ö. Ç., İlköğretim Okullarında Örgütsel Güven Hakkında Öğretmen Görüşleri, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Bahar 2008, Sayı 54, s: 211-233.
- 10- Ömer Faruk İŞCAN., Örgütsel Adalet, İş Tatmini Ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 24, Sayı: 4, 2010, s:105
- 11- Özge TAN., Performans Değerlendirme Sistemine İlişkin Örgütsel Adalet Algısının Sistemden Duyulan Memnuniyet Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Öneri.C.9.S.35. Ocak 2011, s:1-13.
- 12- Serhat SEMERCİOĞLU, Özel ve Kamu Hastanelerinde Çalışan Tıbbi Sekreterlerin İş Doyumu ve Örgütsel Güven Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Alan Çalışması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, s:45

112 ACİL SAĞLIK İSTASYON VE HASTANE AMBULANSLARI KULLANIM DURUMLARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ

Yunus Emre ÖZTÜRK*

Kürşad TAPLAKTEPE**

ÖZET

Önem: Hasta veya yaralıların hastaneye ulaştırılincaya kadar geçen sürede yapılan acil bakım hizmetlerini kapsayan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; artan nüfus ve çarpık kentleşme dolayısıyla her geçen gün koordinasyona bağlı bir takım sorunlarla karşılaşmaktadır. Özellikle 112 acil servis istasyonlarına ait ambulansların; hastane nakil ambulansları mevcut durumda iken; nakiller için kullanılması vakaya ulaşım süresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle; ambulansların yerinde ve etkin kullanımı açısından çalışmanın konusu önem arz etmektedir.

Amaç: Bu çalışma; 2013 yılına ait, Konya İlinde bulunan 112 acil servis istasyonları ve hastanelerde kullanılan ambulansların nakil türüne göre kullanım durumlarının karşılaştırmalı analizinin yapılmasını amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada retrospektif yöntem kullanılarak veriler elde edilmiştir. Çalışmanın değişkenleri ambulans sayısı, ambulans türleri, acil çağrının nedeni, nakil türü, vaka sayısı, ambulans ekibinin ön tanuları ve ekip müdahalesinin sonuçlanması durumudur.

Bulgular: Analizler sonucunda; 112 acil servis istasyon ambulansları ile hastaneler bünyesinde kullanılan ambulansların gerçekleştirdiği tıbbi amaçlı nakiller, trafik kazaları, hastaneler arası nakiller, hastaneden eve nakiller, evden eve nakiller, diğer nakiller, bulgularına ulaşılmıştır.

Sonuç: Hastaneler bünyesinde kullanılan ambulansların, hastaneden eve nakillerde, hastaneler arası hasta nakillerinde ve ex olanların ilgili yerlere nakillerinde yeterince kullanılmadığı görülmüştür. Bu nedenle 112 acil servis istasyon ambulanslarının söz konusu nakillerde kullanılarak, esas işlemleri olan medikal vakalara, trafik kazalarına ve iş kazalarına müdahalede verimlilik düzeylerinin düşmesine yol açtığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Ambulans, acil tıp, servis

*Yrd.Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yunuseozturk@gmail.com

** Gümüşhane Üniversitesi, Afet Yönetimi, Yüksek Lisans Öğrencisi, taplaktepe24@hotmail.com

1. Giriş

İnsan hayatının kurtarılması, insanlık tarihi içerisinde çeşitli destanlara, masallara ve yazıtlara konu olmuştur. Genelde insanların hayatlarını kurtaranlar "kahraman" olarak nitelendirilmiş ve çeşitli edebi ifadeler ile övülmüş yaptıkları bir sonraki nesillere anlatılmıştır. Günümüzde ise yüzbinlerce insanın hayatını kurtarmaya yönelik formal olarak organize edilmiş, araç ve donanımı bu yönde düzenlenmiş dolayısıyla lojistik yapısı, insan kaynakları yapısı bakımından diğer sağlık hizmetlerinden farklılık arz eden özel bir organizasyon bulunmaktadır. Bu organizasyonu; belirlenen bir bölgede, etkili bir şekilde acil sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirebilmek için gerekli personel, altyapı ve ekipmanları bir araya getiren özelleşmiş sistemler, acil sağlık hizmetleri sistemi olarak tanımlayabiliriz.

Acil veya yaşamı tehdit eden durumlarda sağlık hizmetlerine erişim birçok toplumda önemli bir beklentidir. Kaza ve yaralanmalarda meydana gelen ölümlerin % 10,0'unun ilk 3-5 dakikada, % 54,0-60,0'ünün ilk 30 dakikada meydana geldiği tespit edilmiştir. Olay yerindeki ilk müdahalenin yetkili kişilerce yapılması, uygun ve hızlı taşıma yöntemleriyle ölüm ve sakatlık oranının büyük ölçüde azalacağı anlaşılmıştır. Bu durum pek çok ülkede sistemli bir ilk ve acil yardım organizasyonunun kurulmasına zemin hazırlamıştır. Zamanla ilk yardım ve temel yaşam desteği veren ve hastayı kısa sürede ileri yaşamsal destek sağlayan tedavi merkezlerine nakleden ilk ve acil yardım hizmetleri, acil sağlık hizmetleri zincirinin en önemli bileşenlerden birisi olmuştur. Hızlı haber alma, hızlı ulaşım, sunulan etkin bir acil yardım hizmeti yaşam şansını arttırmakta, hastanede geçirilecek tıbbi tedavi süresini ve sağlığın kalıcı olarak bozulma olasılığını da azaltmaktadır (Demirhan, 2003).

Son yıllarda sağlık alanında meydana gelen gelişmeler, acil sağlık hizmetlerinin de gelişmesinde etkili olmuştur. Özellikle iletişim sektöründe meydana gelen değişimler, teknolojinin ilerlemesi sağlık alanına da yansımış, sağlık hizmetinin sunumuna önemli katkılar sağlamıştır. Bununla birlikte günümüzde anlayışın değişmesi ile acil sağlık hizmetinin sunumunu da değiştirmiş, hasta memnuniyeti açısından önemli bir noktaya getirmiştir.

Acil sağlık hizmetlerinin geçmişi incelendiğinde, sağlık hizmetlerinde son yıllarda meydana gelen değişimler, sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen hizmet anlayışı ve sağlık hizmetine gereksinim duyan bireylerin geçmişe göre daha bilinçli bir yaklaşım sergilemesi, hizmet sunumu anlamında memnuniyet düzeyini daha yüksek hale gelmiştir.

Sağlık sisteminde meydana gelen değişimler, toplumda meydana gelen bilinçlenme ile gündeme gelen nitelikli sağlık hizmeti için bazı temel unsurları da yerine getirmek gerekmektedir. Bu bağlamda alınan sağlık hizmetinin, güvenli ve kanıta dayalı olmasının yanında, verimli, zamanında ulaşılır, hasta odaklı ve sağlık tedarikçileri arasında eşit dağıtılmış olması gerekmektedir (Hayran ve Sur, 1997).

Bireylerin ani gelişen rahatsızlıklarda tıbbi bakıma ihtiyaç duymakta, tıbbi müdahaleye anlamında gereksinimleri meydana gelmektedir. Acil tıp öncelikle kesintisiz tıbbi

sağlık hizmeti olarak görülmekle birlikte, aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri ile afet öncesi planlama işleri ile de ilgilenmektedir. Bu anlamda acil tıbbın amacı, tanımlamadan da anlaşılacağı üzere, ölü, sakatlıkların önlenmesi ve toplum sağlığının korunması olarak düşünülebilir.

Acil Yardım, acil sağlık hizmetleri konusunda özel eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbî araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin bütünüdür (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği,2000). Bu anlamda değerlendirildiğinde acil yardım, özel eğitim görmüş ekipler tarafından, özel donanımlarla, hastaneye nakil yapılanaya kadar olan süreci kapsamaktadır. Söz konusu süreçte görev alacak personeller yürürlükte bulunan mevzuata göre görevini yerine getirir.

Acil ambulans hizmetleri, kişilerin hayatını durumlarını olumsuz yönde etkileyen acil yardım yapılması gereken kişilerde, hastaneye ulaşıncaya kadar olan zaman diliminde yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olarak, çevresel ve lojistik olanakların el verdiği ölçüde hızlı bir şekilde acil servislere ulaştırılmasını sağlayan önemli hizmetlerdir (Eagle ve ark, 1993; Clark ve ark, 1999).

Türkiye de acil sağlık hizmetlerinin mevzuat bakımından yakın tarihe kadar çok yetersiz olduğu görülmektedir. Acil sağlık hizmetlerinin ilk adımı olarak görebileceğimiz mevzuat değişikliği, o günkü şartlarda sosyal devlet anlayışının gereği olarak 1961 yılında çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” hakkındaki kanundur. Çıkarılan bu kanunla, bugün uygulamada olan aile hekimliğine yakın bir çerçevede toplum hekimliği adı altında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin vatandaşın ayağına götürülmesi amaçlanmıştır. Sağlık alanında hizmete giren bu mevzuatın arkasından, 1982 Anayasa’sında, sağlıklı bir birey olmanın tanımı yapılmış, sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından eşitlik sağlanarak, bu eşitlik Anayasal hak olarak gündeme gelmiştir (TC Anayasası, 1982).

Bu günkü acil servis hizmetlerinin alt yapısı olarak görebileceğimiz ilk yapılanmanın temelleri, yine 1980’li yıllarda atılmış, yine o günkü şartlar gereği, araç ve tıbbi teçhizat belediyeler tarafından karşılanmış olup, Sağlık Bakanlığı tarafından ise, doktor ve malzeme desteğinde bulunmuştur. Bu uygulama İstanbul İzmir ve Ankara’da 077 Hızır Acil Servis olarak hizmete girmiştir. Bunu izleyen dönemlerde, acil tıbbın bir uzmanlık dalı olarak çalışması 1990’lı yılların başına denk gelmektedir. 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi’nde acil tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak hizmet vermeye başlamıştır. Acil tıbbın uzmanlık alanı olarak kabul edilmesi, Amerikalı acil tıp uzmanı Dr. John Fowler’in yoğun çabası sonucu oluşmuştur. Bu gelişmenin sonucunda ise, acil yardım konularında eğitim verilmeye başlanmıştır (MEB, 2011).

Acil tıbbın hizmet vermeye başlaması ile sağlık hizmetlerinin tüm yurttaki eşit ve verimli çalışabilmesi amacıyla, acil sağlık hizmetleri açısından önemli bir adım olan, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği yasal bir mevzuat olarak çıkarılmıştır. Bunu izleyen dönemde ise, 2009 yılında yine yasal bir mevzuat olarak, acil tıp teknisyenleri ve acil bakım teknikerlerinin görev ve yetkilerini belirlemek amacıyla, acil tıp teknisyenleri ve acil bakım teknikerleri Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ hazırlanmıştır.

Bugünkü 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmetlerine geçilmesi ise 1994 yılında, 077 Hızır Acil Servis hizmetlerinin dönüşümü sonrasında meydana gelmiştir. O günkü dönemlerde, 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmetlerinde, ebe, sağlık memuru ve doktor görev yapmakta iken, okullarda açılan ilk yardım ve acil yardım teknisyenliği bölümünün açılması ile acil yardım teknisyenleri yetiştirilmeye başlanmıştır. Daha sonrasında, 2004 yılında ise 112 acil servis ve kurtarma istasyonlarında ile hastane acil servislerine acil bakım teknikeri ve acil tıp teknisyeni ataması yapılmıştır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmeti veren sağlık personeli sayısı, niteliği ve lojistik imkanları son zamanlarda üst seviyelere çıkmış olup, personel sayısı sistematik olarak arttırılmıştır. Acil yardım ambulanslarının sayısı da bu duruma paralel olarak artırılarak donanım ve kalite seviyeleri yapılan kalite yönetmenlik ve yönergeleri ile standardizasyonu sağlanmaya çalışılmıştır.

112 Acil sağlık hizmetleri yönetimi süreç içerisinde Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı şeklinde örgütlenmiştir. İllerde ise yönetim hizmetlerine bağlı olarak Acil Afet Şube Müdürlüğü bünyesinde, 112 acil sağlık hizmetleri başhekimliğine bağlı komuta kontrol merkezi ve istasyonlar şeklinde düzenlenmiştir. Bununla birlikte, her istasyonun konumu nüfus yoğunluğu ve oluşan acil vaka sayısına göre konumlandırılmaya çalışılmıştır. Türkiye şartlarında ekonomik gücün artması ve teknolojik gelişmelerle birlikte Acil yardım ambulansı sayısı ve niteliği de hızla artmasına bağlı olarak 2004 yılında 26369 sayılı Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği çıkarılmıştır (UMKE, 2014)

İlgili yönetmeliğin 5. Maddesinin 1. Fırcasında ambulansların sınıflandırma şekilleri yer almış olup, ilgili yönetmelik maddesinde, “Ambulanslar ulaşım şekline göre kara, hava ve deniz ambulansları olarak; kara ambulansları da kullanım amacına göre acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı ve özel donanımlı ambulanslar olarak sınıflandırılır” denilmiştir.

Bu sınıflandırma çerçevesinde kara ambulansları içerisinde yer alan “Acil Yardım Ambulansı” ve “Hasta Nakil Ambulanslarının” yapacağı görevler ile ilgili tanımlamalara da yer verilmiştir. İlgili mevzuat hükümlerine göre Acil Yardım Ambulansları, her türlü acil durumda, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ve yaralılara gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek, sağlık ekibi ile teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracı şeklinde ifade edilmiştir.

Acil Yardım ambulanslarının yanı sıra Hasta Nakil Ambulanslarının da görev ve tanımına yer verilmiş olup, bu tanımlaya göre Hasta Nakil Ambulansları acil tıbbi müdahale gerektirmeyen, hasta veya yaralıların nakli amacıyla kullanılmakla birlikte, teknik ve tıbbi donanıma sahip araçlar olarak ifade edilmiştir.

Mevzuat hükümleri gereğince yapılan tanımlamalardan anlaşılacağı üzere, Acil Yardım Ambulansları ve Hasta Nakil Ambulanslarının ne şekilde kullanılacağı mevzuatlarda açıkça belirtilmiştir.

Bunun yanı sıra, öncelikli hedefin insan hayatı ve insanın en doğal hakkı olan yaşama hakkı olduğu düşünüldüğünde, Acil Müdahale Araçlarının da bu çerçevede dahilinde dizayn edildiği görülmektedir. Acil yardım ambulansları aniden ortaya çıkabilen ve acil tıbbi gereksinimi olan kişilere olduğu gibi kitle sağlığı tehlikeye düştüğünde topluluğa müdahale edecek şekilde dizayn edilmiştir. Acil müdahale ambulansları kişisel yaralanmaların yanında, büyük yangınlarda meydana gelen yanık ve yaralanmalara, kimyasal kaza ve yaralanmalar gibi toplu kazalarda müdahale edecek malzeme araç gerece sahiptir. Bunun yanı sıra, Acil Yardım Ambulanslarının personel eğitimi de bu tip acil yardım durumlara müdahale edebilecek şekilde verilmektedir.

Acil yardım ambulanslarında Defibrilatör, Aspirasyon pompaları, ventilatör, infüzyon pompası gibi acil müdahale için makineler ve travma yeleği, çeşitli ateller ve ilgili mevzuata göre belirlenmiş yeterli sayıda ve nitelikte acil yardım ilaçları bulunmaktadır.

112 Başhekimliğine bağlı Acil yardım Ambulanslarına 2011 yılında GPS takip cihazları takılarak ambulansların vakaya çıkış zamanı, vakaya ulaşım zamanı, vakaya uzaklığı, vakaya konumu gibi birçok veri, kayıt altına alınmaktadır. Acil yardım ambulanslarına telsiz sistem mevcut olup, her ambulanda bir adet araç telsizi, 1 adet el telsizi ve her istasyona bir adet sabit telsiz bulunmaktadır. Telsizle haberleşmeler de aynı şekilde kayıt altına almaktadır. Personelin vakaya çıkışından vakayı hastaneye ulaştırıncaya kadar geçen zaman aralığındaki olay ve içerikleri telsizle komuta kontrol merkezine bildirmekte komuta kontrol merkezi kayıt altına almaktadır.

Acil yardım ambulansları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de acil tıbbi müdahale gereken durum olarak tanımlanan hastalara öncelikli olarak müdahale etmesi beklenir. Bu amaçla tıp literatürüne giren triaj kavramı ile kime nerde nasıl öncelik vereceği bilimsel olarak tanımlanmış ve algoritmalar hazırlanmıştır. Ancak ülkemizde mevcut olan yasal boşluklar, Acil durum ambulanslarının hastaneler ve halkımızın bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde, 112 komuta merkezi aramak suretiyle kullanılması sonucu 112 komuta merkezinin Koordinasyon yapmasını bozmaktadır.

Acil yardım ambulansları ve nakil ambulanslarının hangi nakilde kullanılacağı ilgili mevzuat hükümlerine göre belirlenmiştir. Buna rağmen söz konusu ambulanslar eve nakil, hastaneler arası nakil, evden eve nakil gibi acil yardım gerektirmeyen işlerde kullanılmaktadır. Gerek teknik anlamda gerekse bu ambulanslarda görev yapan ve bilgi ve eğitim anlamında farklı donanıma sahip olan sağlık personellerinin, acil sağlık bakımından hiçbir önceliği olmayan işlerde kullanılması acil sağlık vakalarında organizasyonun zayıflamasına, personelin motivasyonunun bozulmasına neden olmakta, böylece acil tıbbi müdahalelerde yıpranmış ve yorulmuş olan personeller ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, hastaneden eve nakil, evden eve nakil gibi durumlarda acil müdahale ambulanslarının kullanılması, çok önemli bir riski meydana getirmektedir. Zira acil müdahale ambulanslarının bu tür nakiller için kullanılması ve bu esnada ortaya çıkabilecek ciddi vakalara diğer ambulansların yönlendirilmesi vakaya ulaşım süresini uzatmaktadır. Bu durum hastaların yaşamını ciddi oranda riske atmaktadır.

Ayrıca, diğer bölgelerden gelen ambulansların bölgeye tanınmaması da büyük risk oluşturmaktadır. Sürekli gelişen ve değişen kent yapısı nedeni ile navigasyon cihazlarının yetersiz kalması vakaya ulaşımı ve müdahaleyi geciktirmektedir. Kentlerde nüfusun kontrolsüz bir şekilde artması, kişilerin iş yoğunluğu ve bilgisizliği sebebi ile acil yardım ambulanslarını nakil taşımalarında kullanmak istemesi ve yasal boşluklar nedeni ile komuta

kontrol merkezinin bu tip taleplere acil yardım ambulansı görevlendirmek zorunda kalması, nüfus yoğunluğu açısından sıkıntıları da birlikte getirmektedir.

Acil yardım ambulansları bölge nüfusu ve vaka yoğunluğuna göre belirlenip konumlandırıldığından, 112 komuta merkezi bünyesinde nakil ambulanslarının yapması gereken nakilleri acil yardım ambulanslarının nakletmesi sebebi ile sayılı olan acil yardım ambulanslarının öncelikli görevlerini engellemekte, koordinasyonu bozmaktadır. Bu anlamda değerlendirildiğinde ise, zaten kısıtlı olan acil yardım ambulanslarının optimum kullanımı da engellenmektedir. Ayrıca, bu soruna neden olan bir diğer etken ise, sağlık personellerinin bilinçsiz davranışlarıdır. Zira, sağlık kuruluşlarında görevli olan personeller, gerek hastaneden hastaneye gerekse hastaneden eve olan nakillerde işlerin bir an önce görülmesi için duyarlı davranmayarak, kurumun hasta nakil araçları yerine acil yardım ambulanslarını tercih etmektedirler.

Bu çalışmada, hastane öncesinde acil yardım hizmetlerinin geldiği nokta ile acil yardım ambulans hizmetlerinde nakillerde yaşanan problemler irdelenmiştir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda acil yardım ambulanslarının nakil türlerine göre durumları da ele alınmıştır. Böylece hastane acil servislerinde gerçekleştirilecek re-organizasyon çalışmalarında, hasta nakil esnasında gerçekleşebilecek bulaş riskinin önlenmesinde, acil yardım ambulanslarının vakaya ulaşım sürelerinin kısaltılmasında, acil sağlık hizmet kalitesinin ve bu hizmeti doğuran kaynakların yerinde kullanılmasında bu çalışmanın yardımcı olacağı umulmaktadır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; 2013 yılına ait, Konya İlinde bulunan 112 acil servis istasyonları ve hastanelerde kullanılan ambulansların nakil türüne göre kullanım durumlarının karşılaştırmalı analizinin yapılmasını amaçlamaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Konya geneli olup, acil yardım ambulansı hareketlerinde yaşanan yoğun trafik ve vaka sayılarının üst düzeyde olması nedeniyle, araştırma bölgesi olarak Selçuklu Merkez ilçesi İstanbul Çevre Yolu bölgesi seçilmiştir.

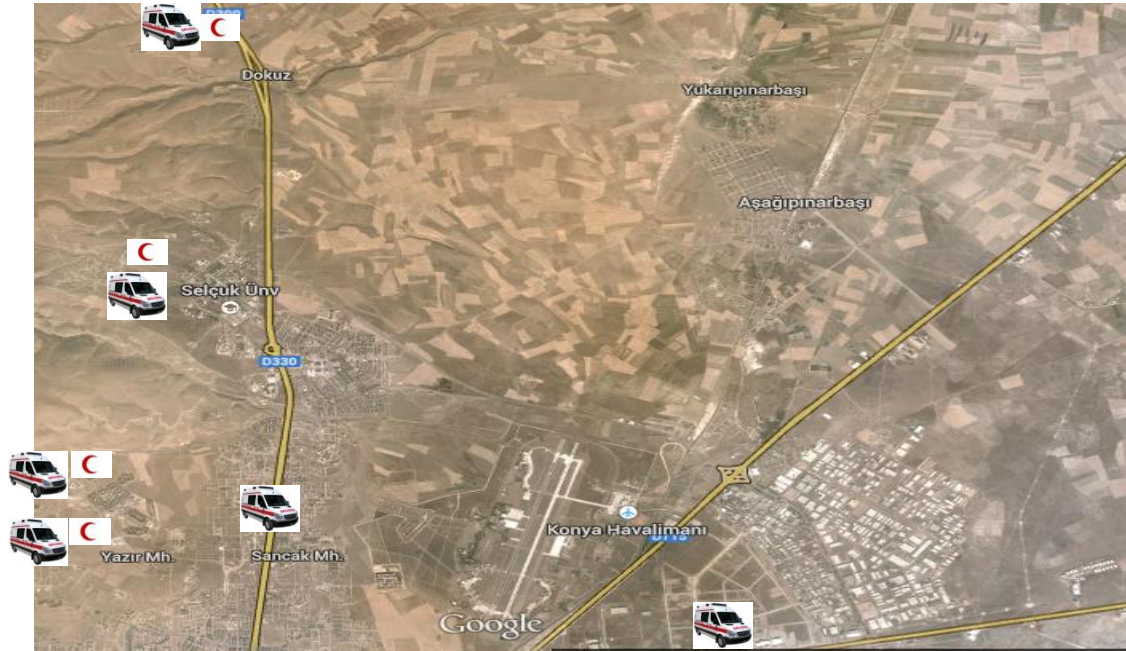
2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada retrospektif yöntem kullanılarak örneklem bölgedeki istasyon ve hastanelerin Mayıs, Haziran, Temmuz, Ağustos 2013 tarihindeki verilerden yararlanılmıştır. Çalışmanın değişkenleri ambulans sayısı, ambulans türleri, acil çağrının nedeni, nakil türü, vaka sayısı, ambulans ekibinin ön tanıları ve ekip müdahalesinin sonuçlanması durumudur.

3. Bulgular

Araştırma bölgesinde toplam altı adet 112 Acil Servis İstasyonu olup, bu istasyonlar bölgedeki nüfus yoğunluğu göz önüne alınarak, bu istasyonlarda nöbet sistemi uygulaması bulunmakta olup, 24 saat kesintisiz olarak hastane öncesi acil servis hizmeti verilmektedir. Bölgenin genel yapısı incelendiğinde, üniversite kampüs yerleşke alanının bu bölgede bulunması nedeniyle özellikle son yıllarda hızlı nüfus artışı gözlenmekle birlikte, Konya Bölgesinin kuzeyinde bulunan şehirlerin geçiş güzergahlarının bu bölgede bulunması açısından bakıldığında acil çağrı yoğunluklarının yaşandığı vakaların başında trafik kazaları öncelikli olarak yer almaktadır.

Şekil 1. Ambulans ve Hastane Konumları



Bununla birlikte bölgede biri üniversite araştırma hastanesi olmak üzere bir adet numune hastanesi, bir adet devlet hastanesi ve bir adet özel hastane bulunmaktadır. Yatak sayıları açısından değerlendirildiğinde, bu bölgede bulunan sağlık kuruluşları, bölge ihtiyacını karşılayacak düzeydedir. Bölgede bulunan Acil Servis İstasyonları ile Sağlık Kuruluşlarının dağılımı, Şekil: 1’de yer almaktadır.

Tablo: 1 Nakil Türlerine Göre Nakil Sayıları

Görevin Tanımı	İstasyon 1	İstasyon 2	İstasyon 3	İstasyon 4	İstasyon 5	İstasyon 6	Toplam
Asılsız İhbar	0	3	2	0	0	0	5
Başka Araçla Nakil	2	24	18	20	22	7	93
Diğer	1	31	28	49	19	23	151
Eve Nakil	15	55	29	10	15	1	125
Yerinde Bırakıldı (Ex)	0	4	6	10	7	8	35
Ex Morga Nakil	0	0	0	0	0	1	1
Görev İptal	0	0	24	21	22	11	78
Hastaneler Arası Nakil Toplamı	107	88	35	20	133	66	449
Hastaneye Nakil	11	632	489	891	634	249	2906
Nakil Reddi	0	207	94	347	60	31	739
Olay Yerinde Bekleme	0	0	9	5	7	2	23
Yerinde Müdahale	0	1	5	0	0	3	9
Tıbbi Tetkik İçin Nakil	300	0	0	1	4	0	305
Toplam Vaka Sayısı	436	1045	739	1374	923	402	4919

Bölgede bulunan toplam altı adet çağrı istasyonuna gelen çağrılar çağrı merkezi tarafından değerlendirilip, Acil Servis İstasyonlarına iletilmekte, Acil Servis İstasyonları, Çağrı Merkezinden gelen talimatlar doğrultusunda hareket etmektedir. Acil Servis İstasyonlarına gelen çağrılar incelendiğinde, 01.05.2013-30.08.2013 tarihleri arasındaki dört aylık dönemde Çağrı Merkezi tarafından araştırma örneklemini içerisinde bulunan istasyonlara gelen yönlendirmeler ve 112 Acil Servis personelinin karşılaştığı vakaların çeşit ve miktarları tablo: 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Örneklemde Yer Alan İstasyonların Nakil Türlerine Göre Harcadıkları Zaman

Görevin Tanımı	Genel Toplam (6 Araç)					
	Mayıs	Haziran	Temmuz	Agustos	Toplam (saat)	
	Süre	Süre	Süre	Süre	Süre	Oran
Asılsız İhbar	0:27:54	0:16:41	0:48:14	0:17:01	1:49:50	0,04
Başka Araçla Nakil	4:58:01	4:30:05	231:44:32	7:29:23	248:42:01	5,84
Diğer	32:33:12	11:54:58	12:22:42	19:48:37	76:39:29	1,80
Eve Nakil	65:50:16	45:31:36	25:01:05	133:30:45	269:53:42	6,33
Yerinde Bırakıldı (Ex)	12:43:14	7:08:16	8:30:48	6:27:38	34:49:56	0,82
Görev İptal	4:52:12	6:40:59	7:16:53	4:59:36	23:49:40	0,56
Hastaneler Arası Nakil Toplamı	118:20:00	172:13:52	117:04:10	161:56:36	569:34:38	13,37
Hastaneye Nakil	613:20:16	571:46:42	494:52:10	538:45:31	2218:44:39	52,06
Nakil Reddi	101:25:53	113:58:01	59:30:47	75:38:59	350:33:40	8,23
Olay Yerinde Bekleme	15:32:31	3:12:24	0:00:00	74:47:24	93:32:19	2,19
Yerinde Müdahale	0:37:36	4:39:08	0:00:00	7:51:16	13:08:00	0,31
Tıbbi Tetkik İçin Nakil	109:27:07	95:28:16	88:07:35	67:11:31	360:14:29	8,45
TOPLAM GÖREV SÜRESİ	1080:08:12	1037:20:58	1045:18:56	1098:44:17	4261:32:23	100,00

Araştırma kapsamında ilgili tablo incelendiğinde, asılsız ihbar sayısı 5, başka araçla nakil sayısı 93, diğer 151, eve nakil sayısı 125, yerinde bırakılma (Ex) sayısı 35, görev iptal sayısı 78, hastaneler arasında nakil sayısı 449, hastaneye nakil sayısı 2.906, nakil reddi sayısı 739, olay yerinde bekleme sayısı 23, yerinde müdahale sayısı 9 ve son olarak tıbbi tetkik için nakil sayısı 305 adet olarak görülmektedir. Tablodaki veriler incelendiğinde, acil servis personellerinin karşılaştığı görev çeşidi olarak en fazla hastaneye nakil, nakil reddi, Hastaneler arası nakil ve tıbbi tetkik için nakillerin ön planda olduğu görülmektedir.

Örneklem grubu içerisinde yer alan istasyonlarının yönlendirilmiş olduğu görevler zaman açısından incelendiğinde ve çağrının alındığı andan başlayarak, istasyona dönüş anına kadar geçen süreler değerlendirildiğinde, bölgesel anlamda vakaların veya kazanın bulunduğu bölge uzaklığına göre değişmekle birlikte, asılsız ihbar için harcanılan toplam süre, 1 saat 50

dakika, Başka araçla nakil durumlarında 248 saat 42 dakika, Diğer durumunda 76 saat 39 dakika, Eve nakillerde 269 saa 53 dakika, Yerinde bırakılma (Ex) durumlarında 34 saat 49 dakika, Görev iptallerinde 23 saat 49 dakika, Hastaneler arası nakillerde 569 saat 34 dakika, Hastaneye nakillerde 2218 saat 44 dakika, nakilin reddedilmesinde 350 saat 33 dakika, Olay yerinde bekleme görevlerinde 93 saat 32 dakika, yerinde müdahale vakalarında 13 saat 08 dakika, Tıbbi tetkik için görevlendirmelerde ise 360 saat 14 dakika olmak üzere toplam 4.261 saat 32 dakika fiilen ambulans hizmetinin yürütüldüğü görülmektedir. Görev esnasında geçen sürelerin dağılımı ve toplam süreler tablo: 2’de yer almaktadır.

İlgili tablo incelendiğinde, zaman açısından ambulans hizmetlerinin asli görevi olan hastaneye nakillerin ilk sırada olduğu görülmekle birlikte, nakil reddi, hastaneler arası nakil, başka araçla nakil, tıbbi tetkik için nakil ve eve nakillerin önemli yer tuttuğu görülmektedir.

Tablo 3. Nakil Türlerine Göre Katedilen Mesafe

Görevin Tanımı	Genel Toplam (6 Araç)						
	Mayıs	Haziran	Temmuz	Agustos	Toplam (km)		
	Km	Km	Km	Km	Km	Oran	
Asılsız İhbar	4,00	7,00	85,00	6,00	102,00	0,07	
Başka Araçla Nakil	267,00	188,00	9.236,00	477,00	10.168,00	6,75	
Diğer	1.152,00	465,00	348,00	859,00	2.824,00	1,88	
Eve Nakil	3.142,00	1.782,00	968,00	3.981,00	9.873,00	6,56	
Yerinde Bırakıldı (Ex)	346,00	206,00	272,00	161,00	985,00	0,65	
Görev İptal	250,00	256,00	214,00	296,00	1.016,00	0,67	
Hastaneler Arası Nakil Toplamı	4.974,00	6.800,00	7.272,00	6.267,00	25.313,00	16,82	
Hastaneye Nakil	21.905,00	18.719,00	18.840,00	19.388,00	78.852,00	52,38	
Nakil Reddi	2.948,00	2.666,00	1.759,00	1.600,00	8.973,00	5,96	
Olay Yerinde Bekleme	187,00	37,00	0,00	1.393,00	1.617,00	1,07	
Yerinde Müdahale	50,00	75,00	0,00	7,00	132,00	0,09	
Tıbbi Tetkik İçin Nakil	3.159,00	3.074,00	2.408,00	2.031,00	10.672,00	7,09	
Toplam Görev Süresi	38.384,00	34.275,00	41.402,00	36.466,00	150.527,00	100,00	

Örnekleme gurubunda yer alan toplam altı istasyonda bulunan ambulansların acil çağrı anından başlayarak, istasyona dönüş zamanına kadar geçen süre içerisinde kat etmiş oldukları mesafeler değerlendirildiğinde, karşılaşılan görev tanımına göre mesafeleri tablo: 3’de yer almaktadır.

İlgili tabloya göre asılsız ihbarlar için ambulansların kilometre cinsinde almış olduğu mesafe asılsız ihbarlarda toplam 102 km, başka araçla nakillerde 10.168 km, diğer

seçeneğinde 2.824 km, eve nakillerde 9.873 km, yerinde bırakma (Ex) vakalarında 985 km, görev iptallerinde 1.016 km, Hastaneler arası nakilde 25.313 km, hastaneye nakillerde 78.852 km, naklin reddedilmesinde 8.973 km, olay yerinde beklemelerde 1617 km, yerinde müdahale vakalarında 132 km, tıbbi tetkik için nakillerde ise 10.672 km mesafe alındığı görülmektedir.

Ambulansların aldığı mesafe açısından yapılan görevler göz önüne alındığında yoğun olarak hastaneye nakil, hastaneler arası nakil, tıbbi tetkik için nakil, başka araçla nakil görevlerinin ilk sıraları aldığı görülmektedir.

Örnekleme içerisinde yer alan istasyonlarda bulunan ambulansların ve sağlık ekibinin asli görevleri ile 2013 yılı Mayıs-Ağustos döneminde fiilen aldığı görevler incelendiğinde, acil servis ambulansları ile hasta nakil ambulanslarının yapması gereken görevler tablo: 4’de yer almaktadır. Acil Servis Ambulanslarının asli görevi, acil vakaların hastane öncesinde yaşamsal fonksiyonlarının stabil kalmasını sağlamakla birlikte, en yakın sağlık kuruluşuna gerekli müdahalenin yapılması amacıyla, en kısa sürede naklini gerçekleştirmek olup, görevin ifa edilmesi anlamında asılsız ihbar, başka araçla nakil, yerinde bırakılma (Ex), görevin iptal edilmesi, nakil reddi, olay yerinde bekleme ve yerinde müdahale durumlarıyla da karşılaşıldığı görülmektedir.

Tablo 4. Triaaja Göre 112 Ambulanslarının Yapması Gereken Nakiller ile Hastane Nakil Ambulanslarının Yapması Gereken Nakillerin Karşılaştırılması

112 Acil Servis Hizmetleri	Görev Tanımı	Km	Süre	Görev Sayısı
	Asılsız İhbar	102,00	1:49:50	5,00
Başka Araçla Nakil	10.168,00	248:42:01	93,00	
Diğer	2.824,00	76:39:29	151,00	
Yerinde Bırakıldı (Ex)	985,00	34:49:56	36,00	
Görev İptal	1.016,00	23:49:40	78,00	
Hastaneye Nakil	78.852,00	2218:44:39	2.906,00	
Nakil Reddi	8.973,00	350:33:40	739,00	
Olay Yerinde Bekleme	1.617,00	93:32:19	23,00	
Yerinde Müdahale	132,00	13:08:00	9,00	
Toplam Hizmet	104.669,00	3061:49:34	4.040,00	
Nakil Araçları	Eve Nakil	9.873,00	269:53:42	125,00
	Hastaneler Arası Nakil Toplamı	25.313,00	569:34:38	449,00
	Tıbbi Tetkik İçin Nakil	10.672,00	360:14:29	305,00
Toplam Hizmet	240.101,00	6937:31:01	879,00	

Örnekleme grubuna dahil edilen ve Konya ili Selçuklu merkez ilçesi İstanbul çevre bölgesinde bulunan 112 Acil Servis İstasyonları ile yine aynı bölgede bulunan hastanelerin ve bu hastanelerde bulunan araç sayıları, acil servis istasyonlarındaki acil müdahale ambulanslarının sayıları tablo: 5’de yer almaktadır.

Tablo 5. Örnekleme Yer Alan Ambulans Sayıları

Bölgedeki Sağlık Kuruluşları	Araç Sayısı
S.Ü. Tıp Fakültesi Hast.	2
Beyhekim Devlet Hastanesi	1
Konya Numune Hastanesi	1
Sarayönü Devlet Hastanesi	1
Toplam	4
Bölgedeki 112 İstasyonları	
İstasyon-1	1
İstasyon-2	1
İstasyon-3	1
İstasyon-4	1
İstasyon-5	1
İstasyon-6	1
Toplam	6

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmanın evrenini Konya ili Selçuklu ilçesi yürütülmüş olup, yapılan araştırmaya Selçuklu merkez ilçesinde bulunan altı adet 112 acil servis istasyonu dahil edilmiştir. Çalışma kullanım türlerine göre 112 acil servis istasyonlarında kullanılan acil müdahale ambulansları ile hastanelerde kullanılan hasta nakil ambulanslarının ve kullanım durumlarının karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi niteliği taşımaktadır. Araştırmada, retrospektif yöntem kullanılmış olup, araştırmanın örnekleminde yer alan acil servis istasyonlarının seçilmesinde, yaşanan yoğun trafik akışı göz önüne alınarak Konya ili İstanbul çevre yolu seçilmiştir.

Yapılan araştırma neticesinde 01.05.2013-30.08.2013 tarihleri arasında 6 adet acil servis istasyonunun yönlendirilmiş olduğu görevler, görev tanımlarına göre sayısal olarak incelenmiş, tüm görevler göz önüne alındığında, toplam 4.919 görev alındığı tespit edilmiştir. Alınan görevlerin sayısal büyüklüğü göz önüne alındığında, bu görevlerin başında hastaneye nakillerin öncelikli olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, hasta nakil ambulansları eliyle yürütülmesi gereken ve acil servis ambulansları ile yürütüldüğü görülen hastaneler arası nakil, eve nakil, tıbbi tetkik için nakil gibi hizmetlerin acil servis ambulansları aracılığıyla yoğun bir şekilde yerine getirildiği görülmektedir. Bu tür görevlerin sayısal değerine bakıldığında, hastaneler arası nakil sayısı 449, eve nakil sayısı 125, tıbbi tetkik için nakil sayısının ise 305 adet olduğu görülmektedir. Oransal olarak bakıldığında, hasta nakil ambulansları aracılığıyla görülmesi gerektiği halde, acil servis ambulanslarına yaptırılan görev sayısının %17,86 olduğu görülmektedir.

Kıdak ve ark. (2009), İzmir İlinde 2004-2005 yıllarını kapsayan ve 112 Acil Servis Ambulanslarının kullanımları ile ilgili olarak yürüttüğü çalışmada, görev dağılımları ile ilgili tespitlerde bulunmuş, elde edilen sonuçlara göre toplam 102.905 ambulans kullanımından,

hastaneden hastaneye nakil sayısını 15.000, eve nakil sayısını 75, tıbbi tetkik için nakil sayısını ise 52 adet olduğunu bildirmişlerdir. Kıdak ve ark. (2009)'nın elde ettiği bulgulara göre, hasta nakil ambulansları eliyle görülmesi gereken hizmetlerin oransal değeri %14,69'dur.

Bunun yanı sıra Zenginol ve ark. (2011), 2006-2008 yılları arasında Gaziantep ilinde 112 Acir Servis Ambulanslarının üç yıllık çalışma sonuçlarını incelemiş, elde edilen bulgulara göre toplam 2.283 ambulans çıkışının 7.661 tanesinin hastaneler arası nakil, 857 tanesinin eve nakil olduğunu bildirmiş, tıbbi tetkik için nakil vakalarını diğer seçeneğinin içinde değerlendirmişlerdir.

Ortaya çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde, çalışmamız örneklemini içerisinde bulunan acil servis ambulanslarının hasta nakillerinde daha yoğun kullanıldığı görülmektedir.

Çalışmamızda, acil servis ambulanslarının yapmış olduğu görevler, çağrı anından başlayıp görevin sonlanmasına kadar geçen süre açısından da değerlendirme yapılmış, örneklem grubunda yer alan toplam altı adet ambulansın, fiili görev süresi 4.361 saat 32 dakika olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre hasta nakil ambulansları aracılığıyla görülmesi gereken hastaneden hastaneye nakil 569 saat 34 dakika(%13,37), eve nakil 269 saat 53 dakika (%6,33), tıbbi tetkik için nakil 360 saat 14 dakika (%8,45) olarak bulunmuştur. Hasta nakil ambulansları aracılığı ile yürütülmesi gereken görevlerin toplamı 1199 saat 42 dakika olup, elde edilen sonucun oransal değerine bakıldığında %27,49 olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda ayrıca acil servis ambulanslarının yapmış olduğu görevlendirmeler esnasında kat etmiş oldukları mesafeler kilometre cinsinden bulunmuş olup, elde edilen bulgulara göre, toplam 4.919 görev için ambulansların aldığı toplam mesafe 150.527 (%16,82) km'dir. Gidilen yol mesafesi içerisinde hastaneler arası nakil için alınan mesafe 25.313 km, eve nakiller için alınan mesafe 9.873 (%6,56) km, tıbbi tetkik için nakillerde alınan mesafe ise 10.672 (%7,09) km'dir. Hasta nakil ambulansları aracılığı ile görülmesi gereken hizmetlerin toplam mesafesi incelendiğinde, bu mesafenin %30,46 olduğu görülmektedir.

Örneklem gurubundan yola çıkarak elde ettiğimiz bulgular değerlendirildiğinde acil servis ambulanslarının yoğun bir şekilde hasta nakil ambulansı şeklinde kullanıldığı görülmektedir. Elde edilen sonuçların ortaya çıkmasındaki en büyük etken ise, toplumumuzda acil sağlık hizmetleri kültürünün oluşmaması ve sağlık kurumlarında görev yapan personellerin acil servis hizmeti konusunda bilinçsiz davranışları olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. In: Hizmetleri AS, editor. Ankara: T.C.Milli Eğitim Bakanlığı; 2011.p.3-8.
2. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, Giguere C. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med.
3. Clark MJ, Purdie J, FitzGerald GJ, Bischoff NG, O'Rourke PK. Predictors of demand for emergency prehospital care: An Australian study. Prehospital Disaster Med 1999;14;167-73.
4. Demirhan N., 2003, Acil Tıp Hizmetleri Sisteminde İlk Ve Acil Yardım Hizmetleri, In: Türkiye'de 112 ilk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü, Acar matbaacılık, İstanbul.
5. Eagle J, Rideout E, Price M, McMann C, Wonnacot E. Misuse of emergency department by elderly population: Myth or reality. J Emerg Nurs 1993;19:212-8.
6. Hayran O, Sur H. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp kitapçevleri Ltd, s. 61-87.
7. Kıdak L, Keskinoglu P, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z; İzmir İlinde 112 Acil Servis Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi, Genel Tıp Dergisi, 2009; 19(3).
8. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, Chow S. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. Soc Sci Med. 2000;51:1075–1085.2004;11:1302–1310.
9. Resmi Gazete, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, RG Tarihi: 11.05.2000, RG Sayısı: 24046.
10. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE), <http://www.umke.org/> Erişim Tarihi: Ağustos 2014
11. Zenginol M, Al B, Genç S, Deveci İ, Yarbil P, Yılmaz DA, Sarcan E, Yıldırım C; Gaziantep İli 112 Acil Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları, Akademik Acil Tıp Dergisi, 2011.

TEDAVİYİ REDDEDEN HASTALARIN ACİL SERVİS KULLANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

GÖZÜBÜYÜK*

Yasemin AKBULUT**

ÖZET

Acil servislerin, hastalığı acil olmayan hastalar tarafından sıklıkla kullanıldığı ve bu durumun birçok sorunu beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bu araştırmanın amacı acil serviste muayene olduktan sonra tedaviyi reddeden hastaların acil servisi kullanma nedenlerini belirlemek, hastalar ve hekimlerin aciliyet düzeyleri ile ilgili görüşlerini karşılaştırmaktır. Araştırma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi'nde 1 Mart 2014 – 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kesitsel türde, tanımlayıcı nitelikte olan araştırmanın evrenini bu tarihler arasında, acil servise başvurduktan sonra tedaviyi reddeden hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 135 hasta kapsama alınmış, evrenin % 66,8'ine ulaşılmıştır. Araştırmada tedaviyi reddeden hastaların % 46,7'sinin erkek; % 46,7'sinin 19 – 64 yaş aralığında; % 73,3'ünün yetişkin acil servisinde tedavi olduğu saptanmıştır. Hastalar en çok % 14,2 ile karın ağrısı ve % 11,2 ile nefes darlığı şikâyetleri ile acil servise başvurmuştur. Hastaların % 24,4'ü sadece acil olduğu düşüncesiyle, % 14,7'si yakın olduğu, % 14,1'i öneri üzerine ve % 10,9'u güven ve daha iyi hizmet verileceği düşüncesiyle acil servisi tercih etmiştir. Hastaların % 33'ü kendilerini çok acil olarak görürken, hekimler sadece % 4,4'üne kırmızı triaj kodu vermiştir. Tedaviyi reddeden hastaların % 69,6'sı sunulan hizmetten memnun kalmıştır. Araştırma sonucunda acil servise başvurup, tedaviyi reddeden hastalara yönelik aciliyet durumu ve acil servis kullanımı ile ilgili eğitimler verilmesi; medya, sivil toplum kuruluşları aracılığıyla daha geniş kitlelerin bilinçlendirilmesi, konu ile ilgili yapılan çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları, Hastane Yönetimi, Tedavi Ret

* Uzm.Kocaeli Üniversitesi, Nöbetçi Müdürü, onurgzbyk@gmail.com

**Doç.Dr.Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Yasemin.Akbulut@health.ankara.edu.tr

ABSTRACT

It is known that emergency departments are generally used by the patients whose illnesses are really urgent and also this matter causes some problems. The aim of this survey is to determine the causes why the patients refused treatments after using of the emergency departments and the other aim is to compare the opinions of patients and physicians about the level of urgency. Survey was carried out in Kocaeli University Research and Application Hospital in Emergency Department, on May 1 2014 –May 15,2014. This survey was in type of cross-sectional and descriptive and it was formed generally by the patients who applied emergency department between these dates but then refused the treatment. In the survey sample wasn't chosen and selected 135 patients who agreed to participate in the survey were covered, reached 66.8 % of universe. In this survey, 46.7 % of patients who refused treatment are male; 46.7 % of the 19-64 age range; 7.3 % of adults were found to be treated in the emergency department. Patients chiefly; with 14.2 % stomach ache and with 11,2 % breath shortness were admitted to the emergency departments. 24.4 % of patients thinking only emergency, 14,7 % thinking close to themselves, 14.1 % with proposal, 10.9 % thinking of confidence and giving better service preferred emergency departments. While 33 % of patients saw themselves as very urgent, physicians gave only the red triage code to 4,4 % of patients 69.6 % of patients who refused the treatment were satisfied with the services provided. As a result of this survey, It is recommended that giving training about how to use emergency departments to the patients who applied emergency departments but refused treatments, raising awareness of a wider audience through media, non-governmental organizations and increasing the number of relevant studies.

Key Words: Hospital Management, Patient Rights, Refusing of treatment.

1. Giriş

Acil servisler kendilerine has özellikleri bulunan ve kesintisiz hizmet verilen birimlerdir. Çalışma koşullarının farklı olmasının yanında hastaların başvuru nedenlerinin çeşitliliği de diğer servis ve poliklinik hastalarına oranla farklılık göstermektedir (Kılıçaslan ve Ark., 2005:6).

Sağlık sisteminde meydana gelen yapısal değişimlerin etkisiyle acil servislerde yaşanan sorunlar her geçen gün yeni bir boyut kazanmaktadır. Karşılaşılan sorunların medyaya yansması da gün geçtikçe artmaktadır (Serinken ve Ark., 2013:126). Bu durum acil servislerde yaşanan sorunların ve var olan aksaklıkların tespit edilerek, gerekli düzenlenmelerin yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Acil servislerdeki; hasta sayısındaki artış, hastalık yapısındaki değişimler, sevk zincirinin düzgün işlememesi gibi nedenler sıklıkla karşılaşılan sorunlar haline gelmiştir. Bu durum acil servislerin iş yükünün artmasına neden olmakta, hem çalışanlar hem de hastalar olumsuz etkilenmektedir.

Hastalar, kendilerine uygulanan tedavi ile kendilerine uygulanmasını düşündüğü tedavinin çatışması durumunda bir takım tepkiler göstermektedir. Bu tepki tedavinin reddedilmesi şeklinde olabileceği gibi sözlü sataşma ya da daha ileri boyutlarda da olabilmektedir. Tedavinin reddedilmesi hastanın olmasını düşündüğü tedavi sürecindeki bir aksama olarak değerlendirmek ve bu aksaklıkları gidermek için tedaviyi reddeden hastaların özelliklerini incelemek gerekmektedir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada; acil servise başvuran ve çeşitli nedenlerle tedaviyi reddeden hastaların, acil servisi kullanma nedenlerini belirlemek, hastalar ve hekimlerin aciliyet düzeyleri ile ilgili görüşlerini karşılaştırmaktır. Bu kapsamda; hastalara kaliteli hizmet verilmesi veya sistemin getirdiği aksaklıkların giderilmesinin yanı sıra verimliliğin artırılması, maddi kazancın artırılması, çalışanın moral artışının sağlanması, verimli bir çalışma ortamının oluşturulması, personel devrinin azaltılması yoluyla mesleki anlamda kişilerin iş doyumunun artırılacağı kanaatine varılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 1 Mart 2014 – 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında acil servise başvurduktan sonra tedavi ret formu imzalayarak tedaviyi sonlandıran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, bu süre zarfında tedaviyi reddeden 202 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden 135 hastaya anket uygulanmıştır. Bu sayı aynı tarih aralığındaki toplam ret sayısının % 66,8'dir. Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi'ne kesi, yanık ve travma sonucu getirilen 18 yaşın altındaki çocuklar yetişkin acil servisinde değerlendirilmektedir. Tedavisi reddedilen 18 yaş altı 40 çocuğun verileri ailelerinden elde edilmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veriler anket ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket, konu ile ilgili literatürden (Erbay, 2012; Akpınar, 2008; Sarıtemur, 2008; Keser ve Arguz, 2010; Güneysel ve ark., 2008; Serinken ve ark., 2013) elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anket, hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 6 soru ve tedaviyi reddetme nedenlerini belirlemeye yönelik 13 soru olmak üzere toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Hastaların yaş, cinsiyet ve triaj kodu hastanenin bilgi yönetim sisteminden elde edilmiştir.

3. Bulgular

Tedaviyi reddeden hastaların reddedilen servise, ret saatine, triaj koduna ve sosyal güvencelerine göre dağılımları Çizelge 4.1.’de gösterilmiştir. Çizelge 3.1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların 72’sinin (% 53,3) kadın, 63’ünün (% 46,7) erkek olduğu; yaş dağılımı incelendiğinde ise 0-18 yaş ve altında 43 hasta (% 31,9), 19-64 yaş arasında 64 hasta (% 46,7), 65 yaş ve üzeri 29 hasta (% 21,5) olduğu görülmektedir. Hastaların 36’sının (% 26,7) çocuk acil servisinden, 99’nun ise (% 73,3) yetişkin acil servisinden olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde araştırma grubunun % 96,3’ünü sosyal güvenlik kurumu (SGK) hastası, % 3,7’sini ise özel sağlık sigortası, öğrenci ve sosyal güvencesi olmayan hastalardan oluştuğu görülmektedir. Triaj koduna göre araştırma grubunun dağılımı incelenecek olursa; 118 (% 87,4) hastaya sarı, 11 (% 8,1) hastaya yeşil, 6 (% 4,4) hastaya ise kırmızı triaj kodu verildiği gözlenmektedir.

Çizelge 3.1. Tedaviyi Reddeden Hastaların Reddedilen Servis, Ret Saati, Triaj Kodu ve Sosyal Güvenceye Göre Dağılımları

		Sayı=135	Yüzde (%100)
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	72	53,3
	Erkek	63	46,7
Hastaların Yaş Dağılımı	0-18	43	31,9
	19-64	64	46,7
	64 - +	29	21,5
Tedavi Reddedilen Servis	Yetişkin Acil	99	73,3
	Çocuk Acil	36	26,7
Hastanın Triaj Kodu	Kırmızı	6	4,4
	Sarı	118	87,4
	Yeşil	11	8,1
Sosyal Güvence	SGK	130	96,3
	Özel Sağlık Sigortası	1	0,7
	Öğrenci (Mediko-Sosyal)	2	1,5
	Sosyal Güvence Yok	2	1,5

Çizelge 3.2.'de tedaviyi reddeden hastaların aldığı sağlık hizmetinden memnun olma durumu incelenmiştir. Tedaviyi reddeden hastaların büyük bir çoğunluğu oluşturan 94 kişi (% 69,6) acil servisten memnun olarak ayrılmış, 14 kişi (% 10,4) kısmen memnun olmuş, 27 kişi (% 20,0) ise sunulan hizmetten memnun kalmamıştır.

Çizelge 3.2. Tedaviyi Reddetme Kararına İlişkin Bulgular

	Evet		Kısmen		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sunulan hizmetten memnun olma durumu	94	69,6	14	10,4	27	20,0	135	100

Bir hasta için birden fazla şikâyetle acil servise başvurabilmektedir. Bu nedenle araştırma grubunu 135 hasta oluştururken, 155 başvuru şikâyeti işaretlenmiştir. Hastaların başvuru şikâyetlerinin gösterildiği Çizelge 3.3. incelendiğinde; en çok başvuru şikâyetinin 22 hasta (% 14,2) ile karın ağrısı olduğu gözlenmektedir. Karın ağrısını 18 hasta (% 11,6) ile nefes darlığı ve 18 hasta (% 11,6) ile bulantı-kusma şikâyetleri takip etmektedir. Hastaların en az başvurduğu şikâyet türü ise 7 hasta (% 4,5) ile baş ağrısı-baş dönmesi şikâyetidir.

Çizelge 3.3. Acil Servise Başvuru Şikâyetlerine İlişkin Bulgular

Başvuru Şikâyetleri	Sayı	%
Karın Ağrısı	22	14,2
Nefes Darlığı	18	11,6
Bulantı-Kusma	18	11,6
Yumuşak Doku Bozuklukları	14	9,0
Göğüs Ağrısı-Çarpıntı	12	7,7
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (Ateş, Öksürük, Boğaz Ağrısı)	11	7,1
Psikiyatrik Semptomlar	10	6,5
Tansiyon	10	6,5
Yaralanma	8	5,2
Baş Ağrısı-Baş Dönmesi	7	4,5
Diğer (Epilepsi, Yanık, Şeker Hastalığı, Felç, Bilinç Kaybı, Zehirlenme, İştahsızlık, Uyuşma, İdrar Yapamama, İdrarda Kanama, Gözde Yabancı Cisim, Solunum Yolunda Yabancı Cisim, Bilmiyorum)	25	16,1
Toplam	155	100

Hastaya göre şikâyetin aciliyet düzeyinin incelendiği Çizelge 3.4.’te 45 hasta (% 33,3) çok acil olduğunu, 71 hasta (% 52,6) acil olduğunu, 19 hasta ise (% 14,1) acil olmadığını belirtmiştir.

Çizelge 3.4. Aciliyet Düzeyine İlişkin Bulgular

Şikâyetin Aciliyet Düzeyi	Çok Acil		Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastaya göre şikâyetin aciliyet düzeyi	45	33,3	71	52,6	19	14,1	135	100

Acil servisi tercih etmenin bir hasta için birden fazla nedeni olabilmektedir. Bu nedenle araştırma grubunu 135 hasta oluştururken, 156 neden işaretlenmiştir. Çizelge 3.5.’te görüleceği gibi acil servisin en çok tercih edilme nedenleri; 38 hasta (% 24,4) ile normal şartlarda muayeneyi bekleyemeyecek derecede endişe duymak, 23 hasta (% 14,7) yakınlık ve 22 hasta (% 14,1) ile öneri üzerine gelmek seçeneklerini belirtmiştir. En az tercih nedenleri ise 11 hasta (% 7,1) muayene olmak için kısa bekleme süresi-hastaneye yatışın hızlı ve kolay olması, yine 11 hasta (% 7,1) başka bir sağlık kuruluşundan sevk edilmesidir.

Çizelge 3.5. Araştırma Grubunun Acil Servisi Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Acil Servisi Tercih Etme Nedenleri	Sayı	%
Normal şartlarda muayeneyi beklemeyecek derecede endişe duymak	38	24,4
Yakınlık	23	14,7
Öneri üzerine gelmek	22	14,1
Güven ve Daha iyi hizmet verileceği düşüncesi	17	10,9
Hastanenin takipli hastası olduğu için	15	9,6
Ambulans getirdi	15	9,6
Başka bir sağlık kurumundan sevk edilme	11	7,1
Muayene olmak için kısa bekleme süresi-Hastaneye yatışın hızlı ve kolay olması	11	7,1
Diğer	4	2,6
Toplam	156	100

Çizelge 3.6.’da hastanın algıladığı aciliyet düzeyi ile hastaya verilen triaj kodu arasında dağılım incelenmiştir. Çizelgeye göre kendini çok acil olarak değerlendiren 1 hastaya (% 2,2) kırmızı, 39 hastaya (% 86,7) sarı, 5 hastaya ise (% 11,1) yeşil triaj kodu verilmiştir. Kendini acil olarak değerlendiren 3 hastaya (% 4,2) kırmızı, 64 hastaya (% 90,1) sarı, 4 hastaya ise (% 5,6) yeşil triaj kodu verilmiştir. Kendisini Acil olarak görmeyen 2 hastaya (% 10,5) kırmızı, 15 hastaya (% 78,9) sarı, 2 hastaya ise (% 10,5) yeşil triaj kodu verilmiştir.

Hastanın algıladığı aciliyet düzeyi ile hastanın triaj kodu arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6. Hastanın Aciliyeti Hakkındaki Görüşü ile Doktorun Triaj Kodunun Karşılaştırılması

Hastanın Algıladığı Aciliyet Düzeyi	Hastanın Triaj Kodu						Toplam (n=135)	p
	Kırmızı		Sarı		Yeşil			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çok Acil	1	2,2	39	86,7	5	11,1	45	0,495
Acil	3	4,2	64	90,1	4	5,6	71	
Acil Değil	2	10,5	15	78,9	2	10,5	19	

Çizelge 3.7.'de başvuru şikâyetine göre hastanın algıladığı aciliyet düzeyinin dağılımı verilmiştir. Çizelge incelendiğinde; durumunu çok acil gören hastaların oranının en yüksek olduğu başvuru şikâyeti karın ağrısı ve bulantı kusmadır. Karın ağrısı şikâyeti ile başvuran 4 hasta (% 50,0) durumunu çok acil olduğunu, 3 hasta (% 37,5) durumunun acil olduğunu, 1 hasta ise (% 12,5) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Bulantı kusma şikâyetleriyle başvuran 9 hasta (% 50,0) durumunu çok acil olduğunu, 6 hasta (% 33,3) durumunun acil olduğunu, 3 hasta ise (% 16,7) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Durumunu acil gören hastaların oranının en yüksek olduğu başvuru şikâyeti yumuşak doku bozukluklarıdır. Yumuşak doku bozuklukları nedeniyle başvuran 3 hasta (% 16,7) durumunu çok acil olduğunu, 14 hasta (% 77,8) durumunun acil olduğunu, 1 hasta ise (% 5,6) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Durumunu acil olarak görmeyen hastaların oranının en yüksek olduğu başvuru şikâyeti üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (Ateş, Öksürük, Boğaz Ağrısı). Üst solunum yolu enfeksiyonu şikâyetiyle başvuran 3 hasta (% 30,0) durumunu çok acil olduğunu, 4 hasta (% 40,0) durumunun acil olduğunu, 3 hasta ise (% 30,0) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Başvuru şikâyetleri ile hastanın algıladığı aciliyet düzeyi arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.7. Başvuru Şikâyetine Göre Hastanın Algıladığı Aciliyet Düzeyi

Başvuru Şikâyetleri	Hastanın Algıladığı Aciliyet Düzeyi						Toplam (n=156)	P
	Çok Acil		Acil		Acil değil			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Karın Ağrısı	4	50,0	3	37,5	1	12,5	8	0,701
Nefes Darlığı	2	20,0	6	60,0	2	20,0	10	0,665
Bulantı-Kusma	9	50,0	6	33,3	3	16,7	18	0,219
Yumuşak Doku Bozuklukları	3	16,7	14	77,8	1	5,6	18	0,070
Göğüs Ağrısı-Çarpıntı	10	38,5	14	53,8	2	7,7	26	0,550
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (Ateş, Öksürük, Boğaz Ağrısı)	3	30,0	4	40,0	3	30,0	10	0,347
Psikiyatrik Semptomlar	2	18,2	6	54,5	3	24,3	11	0,315
Tansiyon	2	28,6	5	71,4	-	-	7	0,504
Yaralanma	3	21,4	8	57,1	3	21,4	14	0,481
Baş Ağrısı-Baş Dönmesi	8	34,8	14	60,9	1	4,3	23	0,326
Diğer (Epilepsi, Yanık, Şeker Hastalığı, Felç, Bilinç Kaybı, Zehirlenme, İştahsızlık, Uyuşma, İdrar Yapamama, İdrarda Kanama, Gözde Yabancı Cisim, Solunum Yolunda Yabancı Cisim, Bilmiyorum)	4	36,4	6	54,5	1	9,1	11	1,000

4. Sonuç ve Öneriler

Araştırmada yer alan hastaların % 87'si “sarı” triaj kodu almıştır, bu durum acil olmayan hastaların çoğunlukla tedaviyi reddettiğini göstermektedir. Bu kapsamda olan hastalara acil servis hizmetleri, içeriği ve bekleme sürelerine yönelik eğitim verilmesi, kapalı devre televizyon yayını ile bilgilendirilmeleri önerilebilir.

Araştırma sonucunda, tedaviyi reddeden acil servis hastalarının çoğunlukla klinik olarak acil olmadığı saptanmıştır. Bu durum hasta yoğunluğu ve uzun bekleme sürelerini de beraberinde getirmektedir. Buna göre; aile hekimliği ve acil servis kullanımı konusunda eğitimler verilmesi, sosyal medya aracılığıyla daha geniş kitlelerin bilinçlendirilmesi, vardiyalı poliklinik sisteminin uygulanması önerilebilir. Sağlık kurumlarının tedavi ret sonrası hasta takip sistemini oluşturması, acil serviste değerlendirilen hastanın aciliyet düzeyini belirlemedeki yeterliliği tespit edilebilir ve gerekli düzenlemeler yapılabilir.

Kaynaklar

- 1.AKPINAR, K. (2008). ‘Acil Servislerde Hasta Hakları (Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)’. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- 2.ERBAY, H. (2012). ‘Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması’, Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- 3.GÜNEYSEL, Ö., ONUR, O.E., SARITEMUR, M., AKOĞLU, H., DENİZBAŞI, A. (2008). ‘Muayene Edildikten Sonra Tıbbi Uyarılara Rağmen Acil servisi Terk Eden Hastaların Değerlendirilmesi’. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 8(2), ss.79-83.
- 4.KESER, N., ARGUZ, P. (2010). ‘ Ebeveynlerin Çocukların Tedavisini Reddetme Nedenleri’, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(1), ss. 05-11.
- 5.KILIÇASLAN, İ., BOZAN, H., OKTAY, C., GÖKSU, E. (2005). ‘ Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri’. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(1), ss. 5-13.
- 6.SARITEMUR, M. (2008). ‘Medikal Uyarılara Rağmen, Muayeneden Sonra Acil Servisi Terk Eden Hastaların Özellikleri’. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı, İstanbul.
- 7.SERİNKEN, M., TÜRKÇÜER, İ., ÖZEN, M., UYANIK, E., ELİÇABUK, H., KARSLI, E. (2013). ‘Bir Üniversite Acil Servisinden Kendi İsteğiyle Ayrılan Hastaların Geriye Dönük Analizi’. *The Journal Of Academic Emergency Medicine*, 12:126.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FATURALANMASI İÇİN YÖNETİM SÜREÇLERİ VE UYGULAMADA YAŞANAN SORUNLAR-KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

Ferhat SAYIM*

Yıldırım TEMİR**

ÖZET

Bu çalışmada, sağlık harcamaları için kayıt altyapısını oluşturan hastane faturalama süreçleri, organizasyon yapısı açısından ele alınmıştır. Faturalandırma işlemleri gelir ve harcama denetimlerine de esas teşkil etmektedir. Hastanelerin ve döner sermaye paylarının yönetilmesinde en büyük kaynak, faturalama süreçleri sonunda elde edilen gelirden sağlanmaktadır. Faturalama süreçlerinin düzgün işleyişi onaylanan meblağ ve gelirin elde edilme süresi bakımından önem arz etmektedir. Ayrıca yöneticilerin muhasebe ile ilgili konulara bazı durumlarda uzak kalmak istemeleri söz konusu olabilmektedir. Bu durum süreçlere yeterince dikkat ve özenin gösterildiği noktada şüphe doğurabilmektedir.

Çalışmada kamu hastaneleri için faturalama süreçlerinde rol alan birimler SGK'ya hizmet verme usulleri, görevleri tabi oldukları mevzuat çerçevesinde incelenmektedir. Gelir Tahakkuk Birimi, Vezneler, Sağlık Kurumlarında Döner Sermaye Saymanlığı, Kamu Hastanelerinin Sınıflandırılmasına ilişkin bazı ayrıntılar eklerde verilmektedir. Kamu hastanelerinin sunduğu hizmetlerin gelire dönüşmesinde son derece önemli bir yere sahip olan faturalama süreçlerinin sorunlarının olduğu görülmüş ve sayma usulü ile bu tespitler sıralanmıştır. Örnek hastane olarak seçilen kamu hastanesinde bu birimlerde yaşanan uygulama sorunları saha çalışması ile tespit edilerek çözüm önerileri getirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Hastaneleri, Faturalama, Saymanlık Birimleri, Hastane Yönetimi

* Yrd.Doç.Dr., Yalova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, f_sayim@hotmail.com

** Dr.Bşhkm Yrd., Yalova Devlet Hastanesi, yildirimtemir@gmail.com

MANAGEMENT PROCESSES FOR THE MEDICAL BILLING SERVICES AND EXPERIENCED PROBLEMS IN IMPLEMENTATION- EXAMPLE OF PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT

In this study, the hospital billing processes that make up the infrastructure of record for the health expenditures, are discussed in terms of organizational structure. Billing transactions are also based on poses to income and expenditure controls. The largest source is provided from the revenue at the end of their billing process for managing of hospitals and its special budget. functioning properly of billing processes are important for the approved amount and the time taken to income. In addition, the administrator may want to stay away from accounting-related issues, in some cases. This situation may shown in doubt for enough attention and care to the process.

In the study, public hospitals for billing role in the processes of the units, service to Ssi-making procedures, tasks, they are subject to the legislative framework, are examined. Some details are given in the annexes for Income Accruals Office, Cashiers, Office of Medical Institution's Special Budget, The Classification Issues of Public Hospitals. Found that the problems of the billing process and the counting procedure and these observations are in order. These processes of the services offered by public hospitals to turn into income, which has an extremely important place. Example hospitals in selected public hospitals implementation problems experienced in these units was determined by field studies have tried to give solutions.

Key Words: *Public Hospitals, Billing Services, Accounting Department, Hospital Management*

Giriş

Hastaneler işletme maliyetleri yüksek olan organizasyonlardır. Eğer yeterli işletme sermayesi bulundurulmazsa ve devamlılığı sağlanmaz ise, hastane bir süre sonra hizmet üretemez duruma düşer. Kamu hastanelerinde işletme sermayeleri değişik yöntemlerle karşılanır. Kimi maliyetleri devlet doğrudan üstlenir. Önemli bir kısmının ise oluşturulan gelir sağlama politikası hastane yönetimi tarafından çevrilmesi sağlanır. Üretilen hizmet bedeli en önemli kaynak olup bu bedel çoğunlukla hastanın sigorta kurumu ya da bizzat kendisi tarafından karşılanır. Her iki durumda da ödenecek bedelin tespitinde ispat edici mahiyette mali belgelerin üretimi sağlanır. Bu belgeler diğer ticari faaliyetlerde de kullanılan faturalar ve ekleridir.

Fatura İle İlgili Tanımlar

Proforma Fatura (Proforma Invoice): Mali ve hukuki bir yükümlülük taşımayan, belirli bir formatı olmayan, ticari faturaya yazılabileceği gibi boş bir kağıda da yazılabilecek, üzerinde ‘Proforma Fatura’ ibaresinin tek şart olduğu ve satıcı tarafından alıcıya verilen bir teklif mektubudur (Yarbaşı & Gürtan, 2012, s. 67).

Ticari Fatura (Commercial Invoice): Vergi Usul Kanunu Md. 229’da faturanın tanımı yapılmaktadır, bu tanımına göre fatura “ Satılan emtia veya yapılan iş karşılığında müşterinin borçlandığı meblağı göstermek üzere emtiayı satan veya işi yapan tarafından müşteriye verilen ticari vesika” olarak tanımlanmıştır. Yine aynı kanunun ilerleyen maddelerinde faturaların taşınması gereken şartlar belirtilmektedir.

Elektronik Fatura:E-fatura ile ilgili Vergi Usul Kanunu 397.Genel Tebliği yayınlanmıştır. Elektronik faturalama elektronik yoldan kağıtsız faturalama yapılmasıdır. Elektronik fatura; şirketler arasındaki ve şirketle müşterileri arasındaki fatura bilgisi akışının tamamen otomasyonunu hedefleyen ve kâğıt fatura gönderilmesi ve alınmasını elimine eden bir kilometre taşıdır. Elektronik arşivleme olanağı sayesinde faturaların saklanması için kullanılan depo ve arşivler ortadan kalkmakta ve faturalar kolayca bulunabilmektedir. Elektronik fatura, faturaların internet üzerinden gönderilmesini mümkün kılmaktadır. Bilgilerin elektronik formda saklanması, kâğıt şeklindeki fiziksel transferin yerine geçmekte ve daha efektif olmaktadır. Elektronik saklama ise, fatura nerede olursa olsun izlenebilme olanağını sağlamaktadır (www.isis-efatura.com). Elektronik fatura kullanımı;

Ödeme sürecini ve kayıtların saklanması kolaylaştırmakta

Zaman kontrolünü ve ödeme oranını geliştirmekte

Ödeme etkinliğini ve çevrimiçi saklamayı geliştirmekte

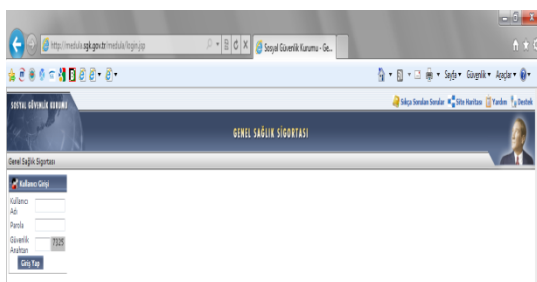
Fatura kontrolü ve istenilen her zaman bedelin ödenmesi olanağı ve çevrimiçi yönetimi kolaylaştırmakta

Fatura giderlerini azaltmakta

Çıktı alma ve posta giderlerini neredeyse ortadan kaldırmakta

Hızlı uyumsuzluk çözümü sunmakta ve bazı durumlarda nakit akışını hızlandırmaktadır.

Kamu hastanelerinde de elektronik fatura uygulaması yapılmaktadır. Bu uygulama sağlık hizmet bedeli SGK tarafından ödenen hastalar için kullanılmaktadır. SGK tüm hastanelerde işlemlerin elektronik ortamda yapılabilmesi için sistemler oluşturmaktadır. Bunların son örneği ise e-hastane uygulamasıdır.



Şekil 1: Kamu hastanelerinde gelir web tabanlı e hastane örnek arayüz (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/EHastane>)

SGK sağlık kurumları için şifreyle girilebilen faturalama işlemlerinin elektronik ortamda yapılabilmesini sağlayacak alt yapıyı (medula) faaliyete geçirmiştir. (<http://medula.sgk.gov.tr/medula/login.jsp>) Şekil 3: SGK Medula Sistemi

Ulusal Sağlık Hesaplamaları Ve Veri Madenciliği Açısından Faturalandırma

Sağlık piyasalarının tamamına yakını, ne tamamen rekabetçi ne de tamamen tekelcidir (Jacobs & Rapoport, 2002, s. 217). Özellikle son yıllara kadar Türk Sağlık Sigorta Sistemi, ulusal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortasının bir bileşimi olarak görülmekteydi. Sosyal güvenlik kurumları tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortasının kapsamı geniştir. Özel sektör küçük ama hızla büyüyen ve devlet sistemi ile rekabet yerine daha tamamlayıcı bir rol üstlenen yapıdadır. (Kısa & Younis, 2006, s. 765) Sağlık piyasalarında özel sektör bulunmakla birlikte geniş bir devlet kesimi ve devlet sağlık harcamaları söz konusudur.

Bu sistem içerisinde faturalamanın önemi sadece hak edişlerin belirlenmesi ile sınırlı değildir. Bu faturalama işlemleri ve sonrasında yaşanan süreçler cari yıl bütçe gerçekleştirmelerine ve ertesi yıl bütçelerinin oluşturulmasına da dayanak teşkil etmektedir. Biraz düşünüldüğünde sağlık alanında tutulan ulusal ve uluslar arası istatistiklerde de temel alınan muhasebe kayıtlarının ve toplamlarının da bu faturalama süreçleri ile olan yakın ilgisi tespit edilebilecektir.

Sağlık finansman politikası şu konularda karar vermeyi gerektirir. Tahsisat nasıl yükseltilecektir? Tahsis edilen fonlar nasıl bir araya getirilecektir? Adil ve verimli bir şekilde nasıl kullanılacaktır? Bilgilendirilmiş şekilde karar süreçleri için, kullanılan mali kaynakların miktarı, bunların geldiği yerler ve nasıl kullanıldığı konularında güvenilir bilgi gerekmektedir. Ulusal Sağlık Hesapları bir ülkedeki farklı sağlık bakım faaliyetleri, sağlayıcıları, hastalıklar, nüfus grupları ve bölgeler için kamu ve özel tüm sektörlerdeki sağlık harcamaları eğilimlerini izlemek amaçlı kanıtlar sağlar. Etkili sağlık finansmanı için ulusal stratejiler geliştirilmesi ve sağlıkta ek fonların arttırılmasına yardımcı olur. Bu bilgiler bir ülkenin sağlık sisteminin gereksinimlerine ilişkin finansal projeksiyonlar ve kendi geçmiş deneyimleri ya da diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapmak için kullanılabilir. Ulusal Sağlık Hesapları başlığı “Dünya Sağlık Örgütü”nün küresel çapta sağlık birliktelikleri kurması için bir araç örneğidir. Bu alanda normların belirlenmesi, sağlık sistemlerinin performansında eğilimleri izlemek, farklı ülkeler için politika seçenekleri göstermek ülkelerin bilgilendirilmiş karar kapasitelerini arttırmak için faydalı olabilecektir (World Health Organization, WHO, 2010). Bu hesaplamaların sağlıklı yapılabilmesi için bir takım standartların oturtulmuş olması gerekmektedir.

Standardizasyon hastane içindeki ölçümler için gereklidir ve hastaneler arası karşılaştırmalar için önemlidir. İstatistiksel göstergeler performans ölçümünün erişilebilir, oldukça ekonomik ve potansiyel olarak standart yollarını gösterir. Ancak kullanımlarıyla ilgili birçok uyarı vardır. Hastane performansı üzerine ham verinin yorumlanması hastanenin kontrolünün dışında birçok sosyal ve ekonomik değişkene dayanır. Üstelik hastaneler harici hedefleri gerçekleştirmek için dahili veri toplama işlemini değiştirebilir ve çıktıları

iyileştirmek için yüksek riskli bireylere müdahaleyi reddedebilirler. Birbirinden farklı faaliyetlerin bileşik ölçümleri, özelliği olan öğelerin katkılarının anlaşılmasını güç hale getirir. (Tengilimoğlu, 2013, s. 60)

Veri Madenciliği genel anlamda, büyük miktarda veri içerisinde, gizli kalmış, değerli, kullanılabilir bilgilerin açığa çıkarılması biçiminde ifade edilmektedir. Bu ifade irdelendiğinde yakın zamana kadar pek duyulmamış bir terim olan Veri Madenciliği'nin, aslında uzun zamandır gerçekleştirilmesine karşın evrim geçirerek 1990'lardan itibaren isimlendirildiği belirlenmektedir. Öyle ki, bu konu en iyi biçimde 'İstatistikçiler, Veri Madenciliğini elle yaparlar.' ifadesiyle özetlenebilir. Bu ifade her ne kadar Veri Madenciliği'nin temel mantığının Klasik İstatistik Teknikler olduğunun altını çizse de, herhangi bir istatistik yazılımı veya yöntemini Veri Madenciliği olarak ifade etmek doğru olmamaktadır. Bununla beraber Veri Madenciliği'ni, İstatistiksel Tekniklerin evrim geçirmiş hali olarak düşünmek te mümkündür. (Koyuncu & Özgülbaş, 2008, s. 4)

Fatura Bedelleri ve Denetimi:

Faturadaki bedel, her hastanın tükettiği hizmet miktarı ve kalitelerinden hesaplanır. Hastaneler de sundukları hizmet karşılığı olan faturalarını düzenlerken mevzuata uygun hareket etmek zorundadır.

Kamu hastanelerinde, hizmet bedellerinin belirlenmesinde çoğunlukla Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu etkileşimi ortaya çıkabilmektedir.

Hastane içinde hastanın tüketebileceği hizmetlerin tamamının, önceden belirlenmiş bir fiyatı olduğu durumda, hastanın tükettiği her hizmetin fiyatı faturasına eklenmelidir. Hasta hekimle görüştüğünde, hekimin muayene defterine kaydedilmesiyle birlikte, hastanın faturası açılır. Hasta hekime muayene olduğunda, hasta için bir ödeme tahakkuk eder. Ancak bu ödeme hastadan hemen talep edilmez. Hekim hastayı tetkik için laboratuvara gönderdiğinde, yapılan tetkiklerin her biri için belirli fiyatlardan hasta borçlanmayı sürdürür. Eğer hasta hastanede yatacaksa, yatak ücreti de hastanın hesabına eklenir. Hastanede yemek ücreti, genellikle yatak ücretine dâhildir. Ancak ilaç ya da tıbbi malzemelerin ücretleri ayrı ayrı hesaba eklenir. Hastanede en önemli ödemeler, ameliyat ve yoğun bakım ücretleridir. Faturadaki bedel, hastanın hastaneden aldığı hizmetlerin bir karşılığıdır. Hastanede oluşan maliyetler ışığında, hastalara sunulan hizmetlerin her biri ücretlendirilir (Kurt, 2008, s. 17)

Süreçler

Hastaneler sundukları hizmet karşılığı olan faturalarını düzenlerken mevzuata uygun hareket etmek zorundadır.

Kamu hastanelerinde faturalama işlemleri son zamanlarda önem kazanmaya başlamıştır, önceleri Döner Sermaye Kanunu (209 Sayılı Kanun) olmasına rağmen hastane giderlerinin karşılanmasında merkezi yönetim (Sağlık Bakanlığı) kamu hastanelerini finanse ediyordu ayrıca ödemeci kurumlarının çok fazla olması ve fatura bedellerinin ödenmesindeki sorunlar nedeniyle fatura miktarları ve içerikleri konusunda yeterli özen gösterilmiyordu.

Kamuya ait sağlık hizmet sunucularının (5283 Sayılı Kanun) ve ödemeci kurumlarının (5502 Sayılı Kanun), (5510 Sayılı Kanun) birleştirilmesi sonucu kamu sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri değişmeye başladı. Her ne kadar kamu hastanelerinde gelir tahakkuk birimleri hakkında yasal düzenlemeler (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1983/449 Sayılı Yönetmelik), (SAĞLIK BAKANLIĞI, 2003/69 Sayılı Genelge) olmasına rağmen özellikle 2005 yılından sonra kamu hastanelerinde faturalama hizmetleri ve birimleri önem kazanmaya başladı. Hastaya sunulan hizmetlerin faturalanması işleminin bir süreç olduğu kabul edilirse, bu sürecin kesintiye uğramadan tam ve zamanında uygulanması gerekir. Sürecin tam ve zamanında uygulanması hastane açısından gelir kaybının engellenmesi ve ileriye yönelik planlamasının gerçekçi olmasını sağladığı gibi hasta veya ödemeci birimler açısından aldığı hizmetin bedelinde zarara uğraması engellenmiş olur. Kamu hastanelerinde faturalama süreçlerini inceleme konusunda birçok bakış açısı kullanılabilir.

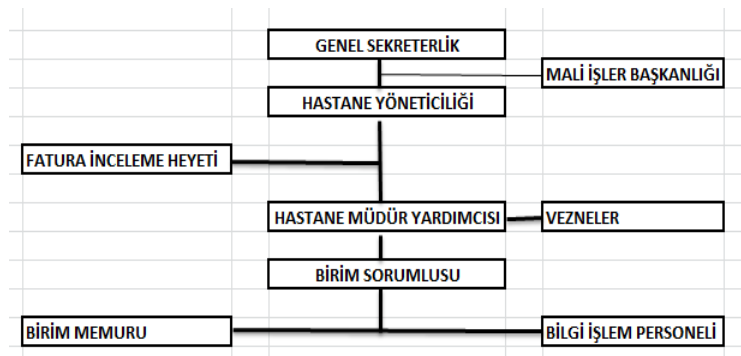
Bir bakış açısına göre faturalama süreci: SGK Sözleşmeleri ve Faturalandırması/Medula ve fonksiyonları/Sağlık-NET/UBB (Ulusal Bilgi Bankası - HUAP) /Fatura Süreç Yönetimi/Mevcut Durum Analizi/Hastane Yönetimine Raporlama/Durum Değerlendirmesi/Eğitim Süreci/İyileştirme Süreci vb. konuları kapsamaktadır. (Töz, 2008)

Yönetim Süreçleri

Kamu hastanelerinde faturalama (gelir tahakkuk) süreçleri; **(Kayıtlama Süreçleri >Yönetim süreçleri > Denetim S. > Mevzuat > Eğitim > Ödemeci Birimler>Donanım)** şeklindeki bölümlenmede kabul edilebilir. Bu çalışmada ikinci sıradaki yönetim süreçleri incelenmiştir. İncelemede yönetim faaliyetinin yürütüldüğü birimler esas alınarak görev, sorumluluklar, aksaklıklar ve çözüm önerileri sistematikinde sıralama yapılmıştır.

Faturalama (Gelir Tahakkuk) Birimi

Hastanelerde gelir tahakkuk birimi sürekli mevcut olup yapılanması ile ilgili olarak yasal düzenleme ilk olarak 2003 yılında yapılmıştır (SAĞLIK BAKANLIĞI, 2003/69 Sayılı Genelge). Daha sonra ek ödeme yönetmeliğinde Fatura İnceleme Komisyonu kurulması (RESMÎ GAZETE, 2006/26166 Sayılı Yönetmelik) ve görev tanımlarının yapılmasıyla hiyerarşik yapılanması bugünkü halini almıştır. Kamu hastanelerinde gelir tahakkuk birimi yapılması genellikle şekilde gösterildiği gibidir.



Şekil 2: Kamu hastanelerinde gelir tahakkuk birimi yapılanmasına ilişkin olarak hazırlanan şema

Kamu hastanelerinde gelir tahakkuk biriminin çalışma usulleri ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- Hastanede yapılan hizmetlere ait kâğıt ve dijital faturaları basmak
- Faturalar ile ilgili gerekli yazışmaları düzenlemek, faturaları gönderime hazır hale getirmek ve doğru olarak sonlandırıldığına takibini yapmak. SUT’la alakalı değişiklikleri takip etmek ve bu değişiklikleri hastanede görevli personele aktarmak ve bilgilendirmek
- Faturaların son kontrol işlemlerinin ve mevzuata uygunluğunun kontrolü ve fatura teslimini yapmak
- Faturalarla ilgili kurumlar arası problemlerin çözülmesi ve mevzuatla ilgili yeniliklerin takibini yapmak
- Hastane personelini veya hastaneye gelen hastaları faturalama açısından bilgilendirerek hem personelin mevzuatla ilgili sıkıntılarını gidermek hem de hastaların prosedürden kaynaklanan sıkıntılarını en aza indirmek
- Hastane gelirleriyle ilgili veya birimi ilgilendiren diğer yazışmalarla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki rutin ve anlık istenen yazışmaların takibini yapmak ve ayrıca istatistiki ve mali bilgileri yasal süreleri içerisinde tamamlayarak ilgili birimlere teslimini yapmak
- Hastaneye gelen hastalarla bilgi işlem personeli arasında yaşanan sıkıntılarda mevzuatla ilgili hastaları aydınlatmak ve hasta memnuniyetini ayrıca hastaların hastane prosedürü ile ilgili bilgi sahibi olmasını sağlamak
- Hastanenin diğer birimlerine gerekli olduğu dönemlerde hastanenin mali hesaplarıyla ilgili istatistiki verileri sunmak
- Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü ve SGK’nın resmi internet sayfalarında bulunan istatistiki bilgileri gerekli yasal süreleri içerisinde tamamlamak
- Her ay SGK medula sisteminde fatura dönem sonlandırma işlemini yapmak
- Her ay fatura işlemi tamamlandıktan sonra hazırlanan 600’ lü hesapları Sağlık Kurumları Döner Sermaye İşletmeleri Saymanlığı’na yazı ile bildirmek ve Saymanlıkta verileri kayda alır aynı zamanda Sağlık Bakanlığı Tek Düzen Muhasebe sistemine elektronik ortamda kaydeder.
- Her ay fatura işlemi tamamlandıktan sonra hazırlanan 600’ lü hesapları Hastane Döner Sermaye Komisyonu’na yazı ile bildirmek.
- Gelir Tahakkuk Birimi’ne gelen rutin yazışmaları gecikmeksizin cevaplamak
- Başhekimlikçe ve diğer birim amirleri tarafından istenen bilgileri düzenlemek, istatistiki verileri sunmak ve düzenli olarak brifing vermek
- Hastane birimleri için gerekli olan ve resmi olarak istenen mali tabloları, isteyen birimlere doğru ve eksiksiz olarak teslim etmek
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri arasında uygulanan mal ve hizmet alımı protokolleri sonucu alınan veya gönderilen mal veya hizmetlerin faturalarını düzenlemek ve yazışmalarını takip etmek
- Sosyal güvencesiz olarak hastaneye başvuran hastalara yapılan taahhütname işlemlerinin takibi, hastalara düzenlenen “Hasta Bilgilendirme Formu” (SUT Ek-8A) evraklarının aylık takiplerini yapmak ve Hasta kabul veznelerimizde düzenlenen formları SGK’ya göndermek

- Hastanede ücretli olarak yatan hastaların taburcu esnasında ödemeleriyle ilgili olarak Hasta Kabul Birimi ve Vezne ile birlikte koordineli olarak çalışarak hastanede oluşacak hem maddi hem de resmi evrak eksikliklerini gidermek
- Hastanenin tahakkuka bağladığı fatura bedellerinin, geri ödenip ödenmediğinin rutin takibini yapmak, ödeme yapmayan kurumlarla konunun analizlerini yapmak
- Hastanede provizyonsuz, kurumu yanlış girilen, evrakları eksik olarak tedavi hizmeti alan hastaların işlemlerini takip ederek maddi kayıpları engellemek, bu konuda ilgilileri bilgilendirmek ve eğitmek
- Her ay fatura dönemi kapatıldıktan sonra, Adli Vaka-Tutuklu Hükümlü, Yeşilkart, SGK Yurtdışı ve protokol yapılan diğer kurumların faturalarını teslim ederek tahsilat durumunu takip etmek
- Geri iade edilen faturaları düzelterek ilgili kurumlara göndermek
- Açık olan hasta dosyalarının takibini yapmak ve kapatılmasını sağlamak
- Hastanenin hizmet kalite standartlarına uygun hizmet vermek
- Taburcu olan hastaları günlük olarak Teşhisle İlişkili Gruplar programına kodlamak, ayaktan hastaları BBaG ve gününbirlik yatan hastaları da İBaG programına giriş yapmak.

Vezneler

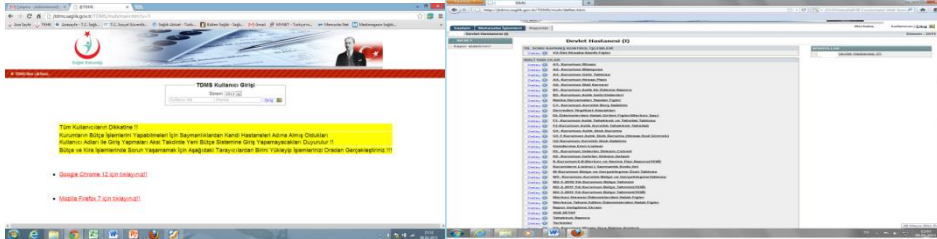
Hastanelerde sosyal güvencesi olmayan veya ücretli sağlık hizmetleri alan hastaların işlemlerini takip etmek üzere sayıları hastanelere göre değişen gelir tahakkuk birimleridir. 24 saat esasına göre çalışırlar. Hastaların ücretli işlemlerinde hizmet bedelinin tahsil edildiği bu birim her gün tahsilatları hastanenin anlaşmalı banka hesabına yatırır ve ilgili dokümanı Döner Sermaye Saymanlığına kayıtlara geçmesi için ulaştırır.

Sağlık Kurumları Döner Sermaye Saymanlığı

Kamu hastanelerinde gelir tahakkuk birimi tarafından üretilen faturaları ve bu faturalar karşılığı elde edilen gelirlerin kayıt altına alınması, değerlendirilmesi ve ilgili prosedürlerin takip edilmesini sağlayan Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığının ortak birimidir. Bu birim aynı zamanda hastanenin gider işlemlerinin takibi işlemini de yürütmektedir (BAŞBAKANLIK,181 Sayılı KHK) Saymanlık hastane gelir tahakkuk biriminden gelen ve faturaların hizmet kodlarını içeren 600'lü hesapları Sağlık Bakanlığı Tek Düzen Muhasebe Sistemine girer. (<http://www.tdms.saglik.gov.tr>) Sayman Hastane Döner Sermaye Komisyonu üyesi olarak ta görev yapar. Saymanlık aynı zamanda muhasebe birimi gibi görev yapmaktadır. O halde saymanlık muhasebeden yararlanarak hastanenin kaynaklarındaki ve varlıklarındaki mali değişim kayda geçirir, işler ve yorumlar.

Muhasebe hastanenin içinde ve dışında hastanenin faaliyetleriyle ilgilenilen her karar verici için gerekli olan bilgilerin üretildiği en önemli fonksiyonlardır (Kurt, 2008, s. 17) Muhasebe fonksiyonu değişikliklerin kaydedilmesi ile başlar. Dolayısıyla hastaneler muhasebeleştirilecek verileri kaydetmek zorundadır. Hastanelerde muhasebe işlemlerini saymanlıklar yürüttüğünden bu işlemler kısaca şöyle sayılabilir. Genel muhasebe kayıtlarının tutulması, alacak ve borçlu hesaplarının takibi, aylık mizanların çıkarılması, yıllık hesap özetlerinin düzenlenmesi, envanter kontrolü ve sabit kıymetlerin takibi, bütçe düzenleme ve bütçe denetimi, Resmi/Özel kurum ve kuruluşlara sunulacak mali raporların hazırlanmasıdır.

TDMS (Tek Düzen Muhasebe Sistemi) (<http://www.tdms.saglik.gov.tr>) Saymanlığın hastanelerin gelir-gider verilerini düzenli olarak girdiği Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığına ait web uygulamasıdır. Bu uygulamada sadece veriler girilmiyor daha sonra ilgili hastaneye ait çeşitli mali istatistik ve raporlar da görülebiliyor bu yönüyle hastane idarecilerine çok faydalı bir uygulamadır.



Şekil 3: TDMS web uygulaması giriş sayfası Şekil 4: TDMS web uygulaması raporlama ekranı

Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerin SGK Hastalarına Hizmet Verme Usulleri

Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler SGK kapsamında olan hastalara Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında imzalanan Protokoller çerçevesinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Hizmet sunumunun usul ve esaslarını belirleyen bu protokol dışında hizmet bedellerinin usul ve esaslarını belirleyen götürü bedel sözleşmeleri de yapılmıştır. SGK lı hastalara Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sunulacak tüm hizmetler karşılığı SGK götürü bir bedel ödeyecektir. Sağlık Bakanlığı ile SGK arasında 2007 yılından itibaren hizmet protokolleri imzalanmıştır. İmzalanan protokollere göre götürü bedellerin ödeme usullerini belirleyen düzenlemeler de yapılmaktadır. Bu protokoller ile aynı zamanda Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli işletmelerin aylık gayrisafi hasılatlarından tahsil edilecek hazine payına ilişkin düzenlemeden de bahsedilmektedir. Protokoller SUT ile birlikte kamu hastanelerindeki faturalama süreçlerinin en önemli kriterlerini oluşturmaktadır.

Kamu Hastanesi Örneği

Kamu hastaneleri yatak kapasitelerine, eğitim vermelerine göre sınıflandırılırlar. Kamu hastaneleri öncelikle eğitim araştırma-üniversite hastaneleri ile genel hastaneler olarak iki sınıfa ayrılırlar.

Kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenmiş rollerine göre sınıflandırılmıştır (SAĞLIK BAKANLIĞI, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2009/46143 Sayılı Onay) Bakanlık onayında esas alınan kriterler ve sebepleri belirtilmiştir.

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı hastane rollerine göre B grubu, SGK sınıflamasına göre ise H4 grubu kamu hastanelerindeki faturalama süreçleri incelenmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma kamu hastanelerinde faturalama süreçlerinin yönetiminde yaşanan sorunları ve çözüm yollarını incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmanın şu açılardan hastane işletmeciliği ve literatüre katkı sunması amaçlanmıştır: Yaşanan sorunların çözümüne yönelik

olarak, öncelikle sorunların daha bütüncül olarak ortaya konabilmesi ve koordinasyon çalışmalarına katkı sunulması, Hastanelerin yaşamasını sağlayacak geliri elde edebilmeleri noktasında organizasyon açısından daha kolay yönetilebilir hale getirilmeleri, hastanelerin mali açıdan rutin giderlerini karşılarken kaliteli hizmet verebilir ve yatırım yapabilir hale gelmelerini sağlayabilecek türde planlamaların önünün açılması, bütçelerin daha az sorunlu birimlerden gelen verilerle daha gerçekçi hazırlanabilmesi.

Evren ve Örneklem

Bu çalışmada hastane rollerine göre B grubu, SGK sınıflamasına göre ise H4 grubu kamu hastanelerindeki faturalama süreçleri incelenecektir.

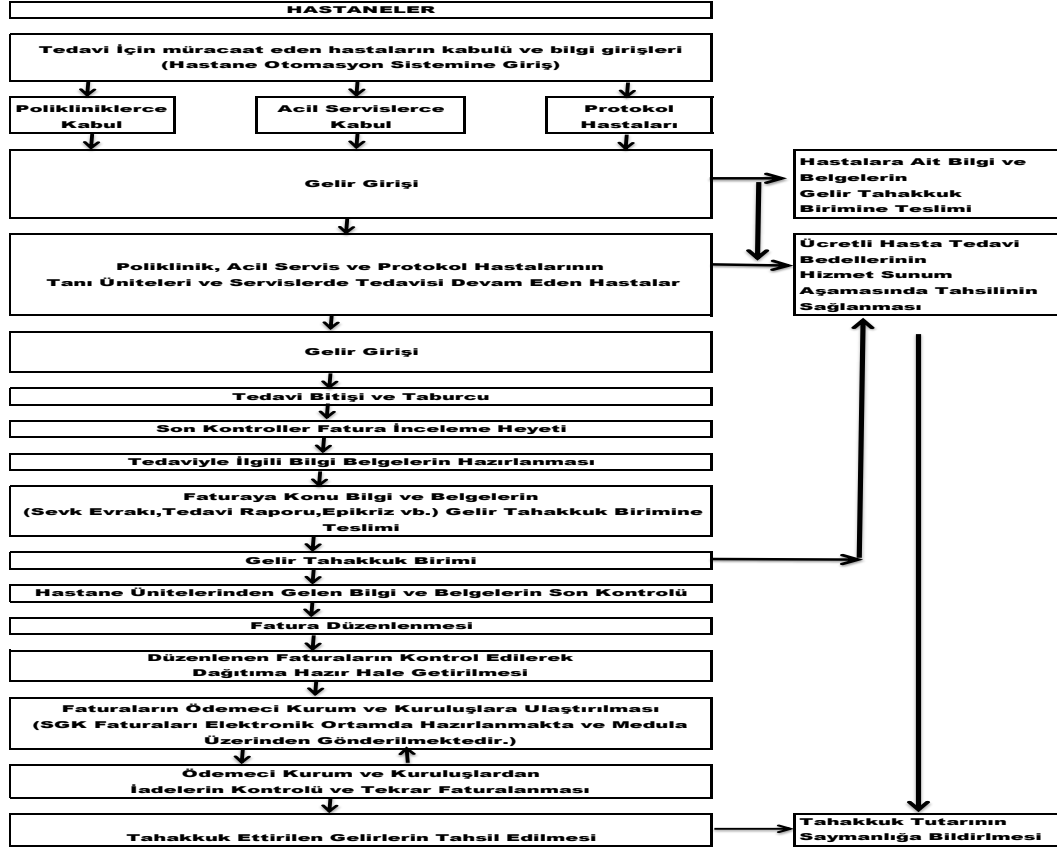
Araştırmanın çalışma evrenini Yalova Devlet Hastanesi ve ilişkide olduğu diğer 3 hastane oluşturmuştur.

Çalışmanın Yöntemi

Çalışmada genel literatür taramasının yanı sıra, kamu hastaneleri için faturalama süreçlerinde rol alan birimler -Gelir Tahakkuk Birimi, Vezneler, Sağlık Kurumlarında Döner Sermaye Saymanlığı, Kamu Hastanelerinin Sınıflandırılması ve Hastanelerin SGK'ya hizmet verme usulleri , görevleri tabi oldukları mevzuat çerçevesinde incelenmiştir. Ayrıca örnek hastane olarak seçilen kamu hastanesinde bu birimlerde yaşanan uygulama sorunları saha çalışanları ve yöneticileri ile yüzyüze görüşmeler ile tespit edilerek çözüm önerileri getirilmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede faturalama süreçlerinin yöneticisi ve sorumlusu konumundaki Başhekim Yardımcısı ve üstte sayılan birimlerde çalışan toplam 20 kişi ile görüşülmüştür.

Bulgular

Yapılan inceleme neticesinde kamu hastanelerinde faturalama süreçlerinin şematik olarak şu şekilde ifade edilmesi mümkün görülmüştür.



Not: Tüm bilgi girişleri Otomasyon Sistemi Üzerinden Yapılmaktadır.

Şekil 5: Faturalama Süreçleri (Kaynak: (Gümüş, 2006)’den Alınan Tablo Güncellenmiştir.)

Yönetimle İlgili Sorunlar

Hastanelerde sağlık hizmeti sunumu, kayıtlanması, denetimi, faturalanması ve tahsilâtı gibi süreçler ile hizmetin personel ve donanım olarak planlanması, yatırıma yönelik tedbirlerin alınması hastane idarecilerinin asli görevleri arasındadır. Bu görevin planlama, uygulama ve denetleme aşamalarında yaşanacak herhangi bir kesinti faturalama süreçlerinde de sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunların bir kısmı kayıtlama sistemleri ve teknik altyapısı ile ilgili olarak “**Kayıtlama Sorunları**” olarak ele alınmaktadır. Bir kısmı alınan politika kararların yerinde olmayışı, bekleneni vermemesi, amaca hizmet edememesi, uygulanabilir olmayışı ya da hedeflenen fayda dışında başka bir takım olumsuzluklara sebep olmaları sebebiyle “**Yönetim Sorunları**” olarak ele alınmaktadır. Bir kısmı ise özellikle aksaklıkların tespiti ve geri bildirimlerin iletilmesi süreçlerinin sağlayacak denetim sistemi eksikliklerinden kaynaklanmakta olup “**Denetim Sorunları**” olarak ele alınmaktadır.

Yapılan görüşme ve incelenen örnekler çerçevesinde tespit edilen sorunlardan aşağıda sıralananların bu çalışmanın odağı olan “Yönetimle İlgili Sorunlar” çerçevesinde ele alınabileceğine dair hastane yöneticileri tarafında görüş beyan edilmiştir.

1. Hasta bilgilerinin kaydını yapacak yeterli sayı ve bilgi birikimine sahip personel olmaması,
2. Hastane otomasyon sistemlerinin yeterli standartta olmaması,
3. Hastane otomasyon sistemlerinden kaynaklanan kayıp ve kaçakların tespit edilememesi,
4. Sağlık Bakanlığına ait hastane otomasyon sisteminin olmaması,
5. Hastane otomasyon sistemi ile Muhasebe (Döner Sermaye Sistemi) entegrasyonunun olmaması,
6. İşlemlerin hızlı yapılmasını sağlayacak tedbirleri önceden organize edememe,
7. Fazla ve eksik faturalamanın sebeplerini analiz edip gerekli tedbirlerin alınmasında yaşanan sorunlar,
8. Hastanede sunulan hizmetlerin tahakkuk ettirilmesinde yaşanan sorunlar,
9. Ücretli hastalara sunulan sağlık hizmetleri karşılığı olan bedellerin tahsil edilememesi,
10. Veznelerle diğer birimler arasında koordinasyon ve işbirliğinin olmaması,
11. Döner Sermaye Saymanlığının faturalanmış hizmetlerin tahsilatları hakkında gerekli işlemleri yapmaması,
12. Ücretli hastaların tedavi ve faturalandırılmasında yaşanan sorunlar
13. Devlet hastanelerinin ileri düzeyde ve kaliteli tedavi hizmeti veriyor olması, ülkemiz insanının devlet hastanelerine olan ilgisini artırmıştır. Bu ilgi bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir. Hastaneye müracaatlarında tedavi bedelini sonra ödeyeceğine dair taahhütte bulunan çoğu ücretli hasta, taburcu aşamasında bu tedavi bedelini ödemeye yanaşmamaktadır Bunda toplumun sosyal kalkınmışlık ve gelir seviyesi önemli etkenidir. Bu taahhütlere sonradan icra takibi yapılırsa bile, çoğunlukla bir netice alınmamaktadır. Devlet hastaneleri gerek kamuoyu baskısı ve gerekse döner sermaye gelirlerini artırma gayretinde olmaları nedeniyle hasta kabulünde seçici olamaması,
14. Kurumlu Hastaların Tahakkukunda mevzuatlara uygun faturalama yapılmaması,
15. Protokol Hastalarının faturalanmasında bilgi ve belge eksiklikleri nedeniyle yaşanan sorunlar,
16. SGK faturalarında medula ve mevzuata uygun işlem yapılmaması,
17. Faturaların düzenlenirken ilgili bilgi ve belgelerin eklenmemesi,
18. Son fatura kontrollerinin yapılmaması,
19. Faturaların posta adreslerinin yanlış olması, postaya vermede gecikmeler,
20. Faturaların ödemeci kurum ve kuruluşlara ulaşması ve tahsilatın yapılması sürecinin takip edilmemesi,
21. Ödemeci kurumlarda yapılan incelemelerden sonra yapılan ödeme, iade ve kesinti nedenlerinin araştırılmaması,
22. Kesinti veya iadeye sebep olan konularda gerekli iyileştirmelerin yapılmaması,
23. Sunulmasına rağmen fatura edilemeyen hizmetlerle ilgili inceleme yapılmaması ve gerekli iyileştirmelerin yapılmaması,
24. Ödeme gücü olmayan hastalara düzenlenen belgelerin 15 gün içerisinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlığına gönderilmemesi,
25. Her aşamada görev yapan personelin sayı ve nitelik bakımından yetersiz olması
26. Yönetim de profesyonelleşme eksiklikleri
27. Organizasyon yapısındaki yetersizlikler,
28. Planlamadaki yetersizlikler,
29. Üst denetim görevini yapmadaki yetersizlikler,

30. Aksaklıklara yerinde ve zamanında müdahale edilememesi,
31. Faturalama birimi organizasyonunda yaşanan sorunlar,
32. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler SGK kapsamında olan hastalara Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında imzalanan protokoller çerçevesinde sağlık hizmeti sunmaktadır. Hizmet sunumunun usul ve esaslarını belirleyen bu protokol dışında hizmet bedellerinin usul ve esaslarını belirleyen götürü bedel sözleşmeleri de yapılmıştır. SGK lı hastalara Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sunulacak tüm hizmetler karşılığı SGK götürü bir bedel ödeyecektir. Bu durum hastanelerin iyi-kötü, kaliteli-kalitesiz, eksik fazla hangi hizmeti verirse versin yıllık götürü bedelin değişmemesi sonucuna yol açmaktadır. Bu noktada fazla hizmet yapmak değil pastadan ne kadar pay alırım anlayışından dolayı, faturalama sürecini rahatlatırsa dahi gerçek faturalamanın yapılması açısından sorunlara sebep olmaktadır.

Tartışma ve Sonuç

Çalışmada hastanelerde faturalama süreçlerinde yaşandığı tespit edilen sorunlara ne tür çözüm önerileri de ifade edildiği araştırılmıştır. Bu çözüm önerilerinden “Yönetimle İlgili Sorunlar” la ilgili kurulan öneriler şu şekilde sıralanabilecektir. Görüşülen sağlık kurumu yöneticileri aşağıdaki hususlara dikkat edilmesinin faydalı olacağı yönünde görüş beyan etmiştir.

1. Sağlık Bakanlığı ile SGK arasında imzalanan hizmet alım protokollerinin incelenerek gerçek faturalamayı sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
2. Hastanenin organizasyon yapısının kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunması üzerine kurgulanması sağlanmalıdır.
3. Bürokraside artışa sebep olan uygulamalar araştırılmalı ve kaldırılmalıdır.
4. Sunulacak hizmet, donanım ve personel planlaması gerçekçi olarak yapılmalıdır.
5. Çalışanların iş tanımları ve takip süreçleri yazılı hale getirilmelidir,
6. Personel görevlendirmelerinde iş tanımına uygun personel seçilmelidir.
7. Genellikle hastanelerin yöneticileri görevli oldukları alanlarda yeterli eğitime ve tecrübeye sahip bulunmadığı ifade edilebilir. Hastaneler profesyonel yöneticiler tarafından idare edilmelidir.
8. Yönetimde profesyonelleşme sağlanmalı bu konuda ilk adım olarak yöneticilerin yöneticilik konusunda en azından sertifikasyon programından başlayarak eğitime alınmaları sağlanmalıdır.
9. Hastane de sağlık alanında çalışan hekim, ebe, hemşire, sağlık teknisyeni gibi personel, mali ve idari konularda eğitime tabi tutulmalıdır.
10. Özellikle hekimler için tıp fakültelerine, sağlık ve sosyal güvenlik sistemimizi, devletin yapısını ve hastanelerin mali finansman kaynaklarını öğretici dersler konulmalıdır. Tıp eğitiminde yönetim, ekonomi, işletme ve hukuk gibi konular yer almadığından hekimlerin yönettiği hastanelerimizde yönetim sorunları yaşanmakta, verilen hizmetlerin denetim ve değerlendirmesi tam olarak yapılamamaktadır.
11. Üst yönetim denetim görevlerini zamanında ve eksiksiz yapmalıdır.
12. Yönetim süreçte yaşanan aksaklıklara yerinde ve zamanında müdahale etmelidir.
13. Faturalama biriminin organizasyon ve personel durumu iade ve kesintileri en aza indirecek şekilde dizayn edilmeli ve denetlenmelidir.
14. Faturalama biriminde çalışanlar mevzuat ve gelişmeler konusunda eğitilmeli ve bilgilendirilmelidir.

15. İade ve kesinti yapılan faturaları hazırlayan personele geri dönüşler hızlı olmalı ve değişimler hızla takip edilmelidir.
16. Faturalama süreçlerinde yaşanan sorunlar diğer kamu hastaneleri ile karşılaştırılmalı ve süreçte düzeltmeler yapılmalıdır.
17. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri tek program haline getirilmelidir.
18. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri ile Muhasebe birimleri entegre çalışmalıdır.
19. Takvime bağlı işlemlerde uyarı ve yönlendirme için otomasyon sisteminden faydalanılmalıdır.
20. Sunulmasına rağmen fatura edilmeyen ve hastane için önemli bir gelir kaybı olan işlemlerin nedenleri araştırılmalı ve gerekli tedbirler alınarak faturalanamayan işlem kalmaması sağlanmalıdır.
21. Önlisans veya lisans seviyesinde medikal muhasebe eğitimi yaygınlaştırılmalı ve faturalandırma birimlerinde buradan mezun olanlar görevlendirilmelidir.
22. Sağlık Bakanlığı performans uygulamasında çalışanların gereksiz veya fazla işlem yapmasına veya girmesine sebep olan düzenlemelerden vazgeçmelidir.
23. Hastane personeline yapılan ek ödemenin tahakkuk değil tahsilat üzerinden yapılmalıdır. Böylece kesintiler ve iadeler daha kolay önlenebilir.
24. Personelin moral ve motivasyonu artırılmalıdır.

Kaynaklar

- 1.GÜMÜŞ, Mustafa. (2006). Üniversite Hastaneleri ve Döner Sermaye Sistemlerinin İşleyişi: Sorunlar ve Çözüm Önerileri . *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi* . Süleyman Demirel Üniversitesi, Maliye Bölümü.
- 2.<http://medula.sgk.gov.tr/medula/login.jsp>. (tarih yok). <http://medula.sgk.gov.tr/medula/login.jsp> adresinden alınmıştır
- 3.<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/EHastane>. (tarih yok). Haziran 2011 tarihinde <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/EHastane> adresinden alındı
- 4.<http://www.tdms.saglik.gov.tr>. (tarih yok). Haziran 2011 tarihinde <http://www.tdms.saglik.gov.tr> adresinden alındı
- 5.KISA, Adnan., & Younis, M. Z. (2006). Financing Health Care For The Poor In Turkey: Is A Temporary Solution Becoming A Permanent Scheme. *Public Health Report* , 764-768.
- 6.KOYUNCUGİL, Ali Serhan., & Özgülbaş, N. (2008). İMKB'DE İŞLEM GÖREN KOBİ'LERİN GÜÇLÜ VE ZAYIF YÖNLERİ:CHAID KARAR AĞACI UYGULAMASI. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 23 (1), 1-21.
- 7.KURT, Malik Ejder. (2008, Ocak). Hastanelerde Kullanılan Otomasyon Sistemlerinin Çalışan Memnuniyetine Etkileri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Projesi* . http://kutuphane.ksu.edu.tr/tez/sbe/T00830/m.ejder_kurt_tez.pdf.
- 8.TENGİLİMOĞLU, Dilaver. (2013). Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi* , 3 (1), 50-78.
- 9.TÖZ, İrfan. (2008). Faturalama Süreci. <http://kisi.deu.edu.tr/irfan.toz/index-4.html> .
- 10.www.isis-efatura.com. (tarih yok). Haziran 2011 tarihinde www.isis-efatura.com: <http://www.isis-efatura.com/webinterface/fatura.html> adresinden alındı
- 11.YARBAŞI, Engin., & Gürtan, İ. N. (2012). *Dış Ticaret İşlemleri ve Muhasebesi* . İstanbul : Literatür Yayınları.

YÖNETİCİLERİN BAKIŞ AÇISI İLE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLERİNİN SAHİP OLMASI GEREKEN YÖNETSEL YETKİNLİKLER

Gülsün ERİĞÜÇ*

Rukiye NUMANOĞLU TEKİN**

Belgin Tuğçe KURUL***

ÖZET

Sağlık sektöründe yaşanan yoğun rekabet, hastaların beklentilerinde meydana gelen değişimler ve teknolojik gelişmelerin çok hızlı yaşanması, sağlık kuruluşlarının verimliliklerini ve performanslarını yükseltmelerinde etkinlik sağlayan yetkinlik temelli uygulamalara yönelmelerine sebep olmakta ve sağlık kuruluşları için yöneticilerin sahip oldukları yetkinlikler her geçen gün daha önemli bir hale gelmektedir. Sağlık kurumları yöneticileri üstlendikleri sorumlulukları yerine getirirken birçok rol üstlenmektedirler ve bu rollerini etkili bir şekilde yapabilmeleri için, belirli yetkinliklere sahip olmaları gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, sektörde çalışan yöneticilerin bakış açısı ile sağlık kurumları yöneticilerinin sahip olması gereken yetkinliklerin belirlenmesidir. Çalışmada, The American College of Healthcare Executives (ACHE) tarafından yöneticilerin kendi kendilerini değerlendirmeleri amacıyla geliştirilen Healthcare Executive Competencies Assessment Tool'dan yararlanılarak bir anket hazırlanmış ve bu anket Ankara'da faaliyet gösteren 5 özel hastanede hastane yöneticisi, birim yöneticisi ve birim sorumlusu olarak görev yapan toplam 46 kişiye uygulanmıştır. Araştırmaya katılan yöneticilerin %58,7'sinin 10 yıldan fazla sağlık sektörü içinde yer aldığı ve bu yöneticiler için işbirliğine dayalı kişiler arası ilişkiler kurma, arabuluculuk ve uyuşmazlıkların çözüm tekniklerine hakim olma, zamanı yönetme ve stresle başa çıkabilme, hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilgi sahibi olma, hastaların beklentilerini anlama ve yasal konulara hakim olma, değişimi destekleme ve yönetme, kanıta dayalı yönetim ilkelerine uyum gösterme yetkinliklerinin yüksek derecede önemli olduğu belirlenmiştir.

*Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, geriguc@hacettepe.edu.tr

** Öğr.Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, rukiyenumanoglu@hotmail.com

*** Başkent Üniversitesi, belgintugcekurul@hotmail.com

MANAGERIAL COMPETENCIES OF HEALTH EXECUTIVES WITH EXECUTIVES' PERSPECTIVE

ABSTRACT

The intensive competition, change in the expectations of patients and in the technology in the health sector causes to shift to competency-based application in health care organizations that provide efficiency for raise their productivity and performance and healthcare executives' competencies are becoming more important for healthcare organizations day by day. Healthcare managers performs a wide variety of roles. To perform the roles effectively, they must possess specific competencies to produce the desired outputs. The aim of this study is to determine the managerial competencies of health executives with executives' perspective. In this study, a questionnaire prepared by using Healthcare Executives Competencies Assessment Tool which was developed by The American College of Healthcare Executives (ACHE) for the purpose of using self-assessment tool for healthcare executives. The questionnaire have been applied a total of 46 healthcare executives, department managers and department head who are working in the 5 different private hospital in Ankara. It was determined that 58,7% of surveyed executives have been working in the health sector more than 10 years and these following competencies have a high degree importance for the executives: build collaboration relationships, mediation, negotiation and dispute resolution techniques, time and stress management, have information about patient rights and responsibilities, understanding the patients' expectations, possession the legal procedure, promote and manage change and evidence-based management practice.

1.Giriş

Bireylerin ve toplumların yaşam kalitesine doğrudan etki eden sağlık kurumları dinamik ve değişken bir çevre içinde faaliyet göstermektedirler ve bu dinamik çevre içerisinde sağlık kurumlarının arzu edilen amaçlarını başarmalarının temel koşullarından birincisi, bilimsel esaslara göre yönetilmesidir. Sağlık kurumları yönetiminin temel misyonu da, sağlık kurumunun amaçlarına en verimli biçimde ulaşmasını sağlamaktır. Bu misyon doğrultusunda, sağlık kurumları da diğer işletmeler gibi toplumun kıt kaynaklarını kullanarak, bu kaynakların akılcı biçimde üretime dönüştürülmesini ve üretilen hizmetlerin topluma en ekonomik biçimde sunulmasını sağlamakla yükümlüdürler ve bu yükümlülükte asıl sorumluluk sağlık kurumları yöneticilerine aittir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yaşanan yoğun rekabet, toplumdaki bireylerin beklentilerinde meydana gelen değişimler ve teknolojik gelişmelerin çok hızlı yaşanması sağlık kurumlarının verimliliklerini ve performanslarını yükseltmelerinde etkinlik sağlayan yetkinlik temelli uygulamalara yönelmelerine sebep olmakta ve sağlık kurumları için yöneticilerin sahip oldukları yetkinlikler her geçen gün daha önemli bir hale gelmektedir (Çetinkaya, 2009; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Yetkinlik kavramı “*mükemmel performansın elde edilmesinde ayırt edici olan bilgi, beceri ve tutumları kapsayan gözlemlenebilir davranışlar*” olarak tanımlanmaktadır ve istenilen çıktılar elde etmek için gerekli olan bilgi, beceri ve yetenekler yetkinlikler olarak ifade edilmektedir (Wallick, 2002; Çetinkaya, 2009). Bir başka tanımda ise “*yüksek performansı ortalama performanstan ayıran bilgi, beceri ve davranışlardır*” (Shippmann, 2000) şeklinde ifade edilen yetkinlik kavramı Boyatzis tarafından 1982 yılında “*bir işte etkin ve/veya üstün performans sonuçları veren kişiye ait temel özelliklerdir*” şeklinde tanımlanmıştır.

Bir organizasyonda çalışan kişilerin temel yetkinlikleri “*kişisel yetkinlikler*” olarak kabul edilmektedir. Bu kişisel yetkinliklere başarılı yöneticiler tarafından sahip olduğunda ise çoğunlukla “*kişisel yetkinlikler*” kavramı yerini “*yönetimsel yetkinlikler*” kavramına bırakmaktadır. Her yöneticide bulunması gereken özellikler olarak kabul edilen ve yöneticilerin “*mikro becerileri*” olarak ifade edilen yönetimsel yetkinlikler, “*işletme performansı üzerinde doğrudan etki sahibi olan yöneticilerin yerine getirdikleri yönetimsel işlerde üstün performans göstermelerini sağlayan bilgi, beceri ve yetenekleri*”dir (Çetinkaya, 2009).

Sağlık kurumları yöneticileri üstlendikleri sorumlulukları yerine getirirken birçok rol üstlenmektedirler ve bu rollerini etkili bir şekilde yapabilmeleri için, belirli yetkinliklere sahip olmaları gerekmektedir (Wallick, 2002). Literatüre bakıldığı zaman, sağlık yöneticilerinin sahip olmaları gereken yönetimsel yetkinliklerin belirlendiği çeşitli çalışmaların varlığından söz etmek mümkündür. Bu çalışmaların en önemlilerinden bir tanesi The National Center for Healthcare Leadership tarafından yapılan ve 21. yüzyılda sağlık kurumları yöneticilerinin sahip olmaları gereken temel yetkinliklerin belirlendiği çalışmadır (Calhoun ve diğerleri, 2008). Bir diğeri çalışma ise The Healthcare Leadership Alliance tarafından geliştirilen ve tüm sağlık yöneticileri için geçerli olan yetkinlikler modelidir (Stefl, 2008).

2.Yöntem

Sağlık sektöründe yaşanan yoğun rekabet, sağlık hizmeti sunulan bireylerin beklentilerinde meydana gelen değişimler ve teknolojik gelişmelerin çok hızlı yaşanması, sağlık kurumlarının verimliliklerini ve performanslarını yükseltmelerinde etkinlik sağlayan yetkinlik temelli uygulamalara yönelmelerine sebep olmakta ve sağlık kurumları için yöneticilerin sahip oldukları yetkinlikler her geçen gün daha önemli bir hale gelmektedir. Bu çalışmanın amacı, sektörde çalışan yöneticilerin bakış açısı ile sağlık kurumları yöneticilerinin sahip olması gereken yetkinliklerin belirlenmesidir.

Çalışmanın amacı doğrultusunda The American College of Healthcare Executives (ACHE) tarafından geliştirilen Healthcare Executive Competencies Assessment Tool'dan yararlanılarak bir anket hazırlanmıştır. Healthcare Executive Competencies Assessment Tool yöneticilerin kendi kendilerini ve astların yöneticilerini sahip olunması gereken yetkinlikler doğrultusunda değerlendirebilecekleri bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu modelde 5 temel

yetkinlik alanı ve toplamda 232 yönetsel yetkinlik belirlenmiştir. Modeldeki temel yetkinlik alanları şunlardır:

1. **İletişim ve Kişilerarası İlişki Yönetimi:** Dış ve iç müşterilerle açık bir şekilde iletişim kurma, kişilerarası ilişkiler kurarak, bu ilişkileri geliştirme ve kişiler ve gruplar ile karşılıklı olumlu ilişkileri kolaylaştırma yetkinliklerini ifade etmektedir ve toplam 22 yetkinlik içermektedir.
2. **Liderlik:** Bireysel ve örgütsel mükemmellik için ilham verme, ortak bir vizyon yaratma ve ulaşma, örgütün stratejik amaçları ve başarılı performansı için çevreden gelen değişimi başarıyla yönetme yetkinliklerini ifade etmektedir ve toplam 23 yetkinlik içermektedir.
3. **Profesyonelleşme:** Hastalara ve topluma karşı olan sorumlulukları içeren etik ve profesyonel standartlar doğrultusunda kişisel ve örgütsel yönelimi bütünleştirme, yaşam boyu öğrenme ve gelişmeyi sağlama yetkinliklerini ifade etmektedir ve toplam 23 yetkinlik içermektedir.
4. **Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi:** Sağlık sistemini ve sağlık kurumunun içinde bulunduğu çevreyi anlama yetkinliğini ifade etmektedir ve toplam 20 yetkinlik içermektedir.
5. **Yönetim Becerileri ve Bilgi Düzeyi:** Sistem düşüncesi çerçevesinde temel iş prensiplerini sağlık sektörüne uygulama yetkinliğini ifade etmektedir ve toplam 144 yetkinlik içermektedir.

Araştırmada Healthcare Executive Competencies Assessment Tool'dan yararlanılarak hazırlanan anket 2 bölümden oluşmuştur. İlk bölümde yöneticilerin demografik bilgileri ve yöneticilik kariyerleri ile ilgili 14 soru yer almıştır. Anketin ikinci bölümünde ise yöneticilerin bakış açısı ile sağlık yöneticilerinin sahip olması gereken yetkinliklerin belirlenmesi amacıyla iletişim ve kişilerarası ilişki yönetimi ile ilişkili 13 yetkinlik, liderlik ile ilişkili 11 yetkinlik, profesyonelleşme ile ilişkili 12 yetkinlik, sağlık sektörü bilgi düzeyi ile ilişkili 13 yetkinlik ve yönetim becerileri ve bilgi düzeyi ile ilişkili 16 yetkinlik olmak üzere toplam 65 yetkinlik yer almıştır. Anket hazırlama sürecinde Healthcare Executive Competencies Assessment Tool için Türkçe'ye iki farklı uzman tarafından bağımsız çeviriler yapılmıştır ve yapılan bu çeviriler yine bağımsız bir uzman tarafından incelenerek tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve modelin orijinali ile karşılaştırma yapılmıştır. Uzman tarafından değerlendirilen ve onaylanan anket 13 kişiye uygulanmış ve anlaşılabilir olarak görülen noktalar düzeltilerek, çalışmada kullanılacak ankete ulaştırılmıştır.

Ankara'da faaliyet gösteren 5 özel hastanede hastane yöneticisi, birim yöneticisi ve birim sorumlusu olarak görev yapan toplam 72 kişi çalışma kapsamına alınmış, anketler ilgili kişilere araştırmacı tarafından dağıtılmış ve sonuçta toplam 46 hastane yöneticisi, birim yöneticisi ve birim sorumlusu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada elde edilen anketler SPSS 18.0 paket programına girilerek gerekli istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

3.Sonuç

Yöneticilerin bakış açısı ile sağlık kurumları yöneticilerinin sahip olması gereken yetkinliklerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada toplam 46 hastane yöneticisi, birim yöneticisi ve birim sorumlusu yer almıştır. Yaş gruplarına göre bakıldığı zaman, araştırmaya katılan yöneticilerin büyük çoğunluğunun 32-38 yaş arasında yer aldığı ve yaş ortalamasının 41,24 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde(%)
25-31	4	8,7
32-38	16	34,8
39-45	10	21,7
46-52	12	26,1
53-58	4	8,7
TOPLAM	46	100,0

Araştırmaya katılan yöneticiler, hastane yöneticileri, birim yöneticileri ve birim sorumluları olarak 3 grupta yer almaktaydı. Bu doğrultuda hastane yöneticileri üst düzey yönetici, birim yöneticileri orta düzey yönetici ve birim sorumluları alt düzey yönetici olarak sınıflandırıldı ve katılımcıların %34,8'inin üst düzey, %47,8'inin orta düzey ve %17,4'ünün alt düzey yönetici olarak çalıştığı ve %58,7'sinin 10 yılı aşkın bir süredir sağlık sektöründe yönetici olarak görev yaptığı ortaya konulmuştur (Tablo 2 ve 3).

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yönetim Pozisyonlarına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde(%)
Üst Düzey Yönetici	16	34,8
Orta Düzey Yönetici	22	47,8
Alt Düzey Yönetici	8	17,4
TOPLAM	46	100,0

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde (%)
5 yıldan az	8	17,4
5-10 yıl	11	23,9
10 yıldan fazla	27	58,7
TOPLAM	46	100,0

Araştırmaya katılan yöneticiler, liderlik ve iletişim ve kişiler arası ilişki yönetimi yetkinliklerinin sağlık yöneticileri için en önemli yetkinlikler olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4). Liderlik ile ilgili yetkinliklere bakıldığı zaman, etik ve yasal standartlara bağlı olma, değişimi destekleme ve yönetme ve örgütteki yüksek potansiyelli personeli izleme ve

destekleme yetkinliklerinin sağlık yöneticileri için en önemli liderlik yetkinlikleri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). İletişim ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili yetkinliklere bakıldığında zaman ise, sağlık yöneticilerinin doğru iletişim teknikleri kullanma, takıma dahil olma ve takımı yönetme ve arabuluculuk ve uyuşmazlıkların çözümü tekniklerine hakim olma yetkinliklerini en önemli yetkinlikler olarak değerlendirdikleri ortaya konulmuştur (Tablo 6). Yöneticiler, profesyonelleşme temel yetkinlik alanıyla ilişkili olarak stresle başa çıkabilme, zamanı yönetme ve öz değerlendirme yapma yetkinliklerinin sağlık yöneticileri açısından çok önemli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 7). Yönetim becerileri ve bilgi düzeyi temel yetkinlik alanına bakıldığında zaman, kaynakları verimli yönetme, genel yönetim bilgisi ile kriz ve afet yönetimi yetkinliklerinin çok önemli olduğunun vurgulandığı göze çarpmaktadır (Tablo 8). Sağlık sektörü bilgi düzeyi temel yetkinlik alanında da yasal konulara hakim olma, hastaların beklentilerini anlama ve sağlık ekonomisine hakim olma ile sağlık sektöründe ödeme mekanizmaları hakkında bilgi sahibi olma yetkinlikleri çok önemli olarak ortaya konulmuştur (Tablo 9).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Temel Yetkinlik Alanlarına İlişkin Değerlendirmeleri

	<i>Önem Düzeyi (Çok Önemli)</i>
Liderlik	61,7
İletişim ve Kişiler Arası İlişki Yönetimi	61,4
Profesyonelleşme	51,4
Yönetim Becerileri ve Bilgi Düzeyi	49,0
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi	44,4

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Liderlik Temel Yetkinlik Alanına İlişkin Değerlendirmeleri

	Çok Önemli	
	N	%
Etik ve yasal standartlara bağlı olma	38	82,6
Değişimi destekleme ve yönetme	35	76,1
Örgütteki yüksek potansiyelli personeli izleme ve destekleme	33	71,7
Örgütsel gelişme ve büyüme için fırsatları görme	32	69,6
Sürekli iyileştirmeyi teşvik etmek	32	69,6
Takım çalışmasını destekleyen örgütsel iklim yaratma	29	63
Değerlere dayanan ve çeşitliliği destekleyen örgütsel kültür yaratma	24	52,2
Dış ilişkileri geliştirme	23	50
Bireysel motivasyonu destekleyen örgütsel iklim yaratma	23	50
Örgütsel öğrenmeyi teşvik etme	22	47,8
Sağlık politika girişimlerine katılma	21	45,7

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin İletişim ve Kişiler Arası İlişki Yönetimi Temel Yetkinlik Alanına İlişkin Değerlendirmeleri

	Çok Önemli	
	N	%
Doğru iletişim teknikleri kullanma	35	76,1
Takıma dahil olma ve takımı yönetme	35	76,1
Arabuluculuk ve uyuşmazlıkların çözümü tekniklerine hakim olma	34	73,9
İşbirliğine dayalı kişilerarası ilişkiler kurma	32	69,6
Karar vericilere bilgi sağlama	32	69,6
Etkili liderlik takımları kurma	30	65,2
İç müşteriye hizmet sağlama	29	63
Örgütsel misyon, vizyon ve amaçları iletebilme	28	60,9
Tıbbi personelle sürdürülebilir ilişkiler kurma	27	58,7
Etkili halkla ilişkiler sağlama	26	56,5
Paydaşların ihtiyaç/beklentilerini anlama	23	50
Tıbbi olmayan personelle sürdürülebilir ilişkiler kurma	21	45,7
Tedarikçilerle sürdürülebilir ilişkiler kurma	15	32,6

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Profesyonelleşme Temel Yetkinlik Alanına İlişkin Değerlendirmeleri

	Çok Önemli	
	N	%
Stresle başa çıkabilme	39	84,8
Zamanı yönetme	37	80,4
Öz değerlendirme yapma	31	67,4
Profesyonel norm ve davranışlar sergileme	25	54,3
Meslektaşlarla iletişim içinde olma	25	54,3
Hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilgi sahibi olma	23	50
İzleme, tavsiyelerde bulunma ve koçluk yapma	22	47,8
Sürekli eğitim ve kariyer planlamada yer alma	18	39,1
Etik komite rol, yapı ve fonksiyonlarına uyum gösterme	17	37
Profesyonel ve bireysel uğraşılarda denge sağlama	17	37
Profesyonel üyeliklere sahip olma	15	32,6
Toplumsal hizmetlere katılma	15	32,6

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yönetim Becerileri ve Bilgi Düzeyi Temel Yetkinlik Alanına İlişkin Değerlendirmeleri

	Çok Önemli	
	N	%
Kaynakları verimli yönetme	30	66,7
Genel yönetim bilgisi	28	62,2
Kriz ve afet yönetimi	26	57,8
Oluşabilecek sorun ya da fırsatları öngörme	25	53,3
Finansal yönetim	25	53,3
İnsan kaynakları yönetimi	25	53,3
Stratejik planlama ve pazarlama	24	52,2
Risk yönetimi	23	51,1
Eleştirel düşünme ve analiz etme	23	51
Sebepler ve sonuç ilişkilerini tahmin etme	23	48,9
Kanıt dayalı uygulama yapma	23	48,8
Bilgi yönetimi	20	42,3
Örgütsel dinamikler ve kontrol	20	42,2
Kalite iyileştirme	17	37
Envanter kontrol sistemi	17	37
Ulusal ve uluslararası kaynaklardan veri toplama ve analiz etme	12	26,7

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi Temel Yetkinlik Alanına İlişkin Değerlendirmeleri

	Çok Önemli	
	N	%
Yasal konulara hakim olma	34	73,9
Hastaların beklentilerini anlama	27	58,7
Sağlık ekonomisine hakim olma	24	52,2
Sağlık sistemi ödeme mekanizmaları hakkında bilgi sahibi olma	24	52,2
Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu konusunda bilgi sahibi olma	22	47,8
Kanıt dayalı yönetim ilkelerine uyum gösterme	20	43,5
Sağlık teknoloji araştırmalarını takip etme	19	41,3
Sağlık sektörleri arasındaki rekabet düzeyi konusunda bilgi sahibi olma	18	39,1
Hasta bakım standartlarına hakim olma	18	39,1
Tıbbi terminolojiye hakim olma	17	37
Hekim rollerine hakim olma	16	34,8
Tıbbi olmayan personelin rolleri hakkında bilgi sahibi olma	14	30,4
Destek hizmetleri konusunda bilgi sahibi olma	13	28,3

Yaş gruplarına, yönetim pozisyonlarına ve sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre sağlık yöneticilerinin ankette yer alan temel yetkinlik alanlarında en önemli 3 yetkinlik olarak belirlenen yetkinliklere ilişkin değerlendirmeleri tablo 10, 11 ve 12’de yer almaktadır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Temel Yetkinlik Alanlarında En Önemli 3 Yetkinlik Olarak Belirlenen Yetkinliklere İlişkin Değerlendirmeleri

	25-31	32-38	39-45	46-52	53-58
Liderlik					
<i>Etik ve yasal standartlara bağlı olma</i>	6,5	32,6	19,6	17,4	6,5
<i>Değişimi destekleme ve yönetme</i>	6,5	28,3	15,2	21,7	4,3
<i>Örgütteki yüksek potansiyelli personeli izleme ve destekleme</i>	8,7	21,7	13,0	19,6	8,7
İletişim ve Kişiler Arası İlişki Yönetimi					
<i>Doğru iletişim teknikleri kullanma</i>	6,5	26,1	15,2	19,6	8,7
<i>Takıma dahil olma ve takımı yönetme</i>	6,5	26,1	17,4	19,6	6,5
<i>Arabuluculuk ve uyuşmazlıkların çözümü tekniklerine hakim olma</i>	8,7	26,1	15,2	15,2	8,7
Profesyonelleşme					
<i>Stresle başa çıkabilme</i>	6,5	28,3	19,6	21,7	8,7
<i>Zamanı yönetme</i>	2,2	8,7	4,3	4,3	-
<i>Öz değerlendirme yapma</i>	6,5	19,6	17,4	15,2	8,7
Yönetim Becerileri ve Bilgi Düzeyi					
<i>Kaynakları verimli yönetme</i>	4,4	26,7	15,6	20,0	-
<i>Genel yönetim bilgisi</i>	4,4	20,0	17,8	17,8	2,2
<i>Kriz ve afet yönetimi</i>	4,4	20,0	15,6	15,6	2,2
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi					
<i>Yasal konulara hakim olma</i>	6,5	23,9	15,2	21,7	6,5
<i>Hastaların beklentilerini anlama</i>	4,3	21,7	13,0	15,2	4,3
<i>Sağlık ekonomisine hakim olma</i>	4,4	15,6	15,6	13,3	4,4
<i>Sağlık sistemi ödeme mekanizmaları hakkında bilgi sahibi olma</i>	4,3	15,2	15,2	13,0	4,3

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Yönetim Pozisyonlarına Göre Temel Yetkinlik Alanlarında En Önemli 3 Yetkinlik Olarak Belirlenen Yetkinliklere İlişkin Değerlendirmeleri

	Üst düzey	Orta düzey	Alt düzey
Liderlik			
<i>Etik ve yasal standartlara bağlı olma</i>	30,4	37,0	15,2
<i>Değişimi destekleme ve yönetme</i>	26,1	39,1	10,9
<i>Örgütteki yüksek potansiyelli personeli izleme ve destekleme</i>	26,1	34,8	10,9
İletişim ve Kişiler Arası İlişki Yönetimi			
<i>Doğru iletişim teknikleri kullanma</i>	30,4	34,8	10,9
<i>Takıma dahil olma ve takımı yönetme</i>	28,3	41,3	6,5
<i>Arbuluculuk ve uyuşmazlıkların çözümü tekniklerine hakim olma</i>	30,4	32,6	10,9
Profesyonelleşme			
<i>Stresle başa çıkabilme</i>	32,6	41,3	10,9
<i>Zamanı yönetme</i>	30,4	41,3	8,7
<i>Öz değerlendirme yapma</i>	26,1	34,8	6,5
Yönetim Becerileri ve Bilgi Düzeyi			
<i>Kaynakları verimli yönetme</i>	22,2	37,8	6,7
<i>Genel yönetim bilgisi</i>	24,4	26,7	11,1
<i>Kriz ve afet yönetimi</i>	17,8	37,8	2,2
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi			
<i>Yasal konulara hakim olma</i>	32,6	34,8	6,5
<i>Hastaların beklentilerini anlama</i>	23,9	30,4	4,3
<i>Sağlık ekonomisine hakim olma</i>	20,0	28,9	4,4
<i>Sağlık sistemi ödeme mekanizmaları hakkında bilgi sahibi olma</i>	21,7	26,1	4,3

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre Temel Yetkinlik Alanlarında En Önemli 3 Yetkinlik Olarak Belirlenen Yetkinliklere İlişkin Değerlendirmeleri

	5 yıl altı	5-10 yıl	10 yıl üzeri
Liderlik			
<i>Etik ve yasal standartlara bağlı olma</i>	32,6	41,3	8,7
<i>Değişimi destekleme ve yönetme</i>	30,4	39,1	6,5
<i>Örgütteki yüksek potansiyelli personeli izleme ve destekleme</i>	32,6	37,0	2,2
İletişim ve Kişiler Arası İlişki Yönetimi			
<i>Doğru iletişim teknikleri kullanma</i>	32,6	39,1	4,3
<i>Takıma dahil olma ve takımı yönetme</i>	34,8	34,8	6,5
<i>Arabuluculuk ve uyuşmazlıkların çözümü tekniklerine hakim olma</i>	34,8	34,8	4,3
Profesyonelleşme			
<i>Stresle başa çıkabilme</i>	39,1	39,1	6,5
<i>Zamanı yönetme</i>	37,0	37,0	6,5
<i>Öz değerlendirme yapma</i>	30,4	32,6	4,3
Yönetim Becerileri ve Bilgi Düzeyi			
<i>Kaynakları verimli yönetme</i>	28,9	35,6	2,2
<i>Genel yönetim bilgisi</i>	20,0	35,6	6,7
<i>Kriz ve afet yönetimi</i>	28,9	35,6	2,2
Sağlık Sektörü Bilgi Düzeyi			
<i>Yasal konulara hakim olma</i>	30,4	37,0	6,5
<i>Hastaların beklentilerini anlama</i>	26,1	26,1	6,5
<i>Sağlık ekonomisine hakim olma</i>	24,4	28,9	-
<i>Sağlık sistemi ödeme mekanizmaları hakkında bilgi sahibi olma</i>	30,4	21,7	-

4. Tartışma ve Sonuç

Son yıllarda tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de meydana gelen hızlı değişimler, sağlık kurumlarında çalışan personelin ve özellikle sağlık kurumları yöneticilerinin bireysel ve yönetsel yetkinliklerinin üzerinde durulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada sektörde çalışan yöneticilerin bakış açısı ile sağlık kurumları yöneticilerinin yetkinlikleri belirlenmeye çalışılmıştır. 46 hastane yöneticisi, birim yöneticisi ve birim sorumlusuna uygulanan anketler sonucunda liderlik ve iletişim ve kişiler arası ilişki yönetimi temel yetkinlik alanlarının sağlık yöneticileri için en önemli yetkinlik alanları olduğu ortaya konulmuştur. Temel yetkinlik alanları içerisinde, yöneticiler tarafından sağlık yöneticilerinin sahip olması gereken en önemli yetkinliğin stresle başa çıkabilme yetkinliği

olduğu, ikinci ve üçüncü sıralarda ise sırasıyla etik ve yasal standartlara bağlı olma ve zamanı yönetme yetkinliklerinin yer aldığı belirlenmiştir.

Günümüzde yöneticiler bakımından liderlik her geçen gün daha da önemli hale gelmektedir. Sağlık kurumları yöneticileri çevrelerinde olup biten gelişmeleri takip etmeli, çalışanlarını güçlendirmeli, kurum içerisinde etik değerlerin zedelenmesine izin vermemeli ve sağlık kurumunda farklı meslek grupları arasında uzlaşma sağlayıcı olmalıdır. Kısacası, sağlık kurumları yöneticileri sürekli ve köklü değişimlerin yaşandığı günümüzde sistemi etkili ve verimli bir biçimde yönetebilmek için güçlü ve farklı liderlik özelliklerini taşımalıdır.

Sağlık kurumlarını diğer hizmet ve üretim işletmelerinden ayıran birçok özelliği bulunmaktadır. Hatalara karşı toleransın bulunmaması, yapılan işlerin acil ve ertelenemez oluşu, sağlık kurumlarının kendisine özgü özelliklerindedir ve bu özellikleri sağlık kurumlarında verilen hizmetin doğasından kaynaklanmaktadır. Sağlık kurumlarında sunulan her hizmet insan sağlığına yönelik olduğu için, her hangi bir hata sonucunda geri dönüşü olmayan ve insan hayatına mal olan sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. İnsan hayatı sağlık kurumlarında sunulan her hizmet içerisinde yer aldığı için, sunulan veya sunulacak bir hizmetin ertelenmesi söz konusu olamamaktadır ve bu hizmet çoğunlukla acil olarak sunulması gereken bir hizmettir. Bu açıardan bakıldığında, çalışma sonucunda en önemli 3 yetkinlik olarak belirlenen stresle başa çıkabilme, etik ve yasal standartlara bağlı olma ve zamanı yönetme yetkinliklerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında, değişimi destekleme ve yönetme de sağlık yöneticileri açısından yüksek düzeyde önem verilen bir yetkinlik olarak değerlendirilmiştir. Günümüzün sürekli değişen koşullarında özellikle sağlık sektöründe geleceği öngörebilmek veya tahmin edebilmek mümkün değildir. Bu nedenle sağlık kurumları yöneticilerinin kurum içerisinde karşılaştıkları problemlere yönelik çeşitli çözümler üretebilmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe meydana gelen değişimler, yöneticilerin değişimi destekleme ve yönetme yetkinliğinin önemini gözler önüne sermektedir.

Literatüre bakıldığı zaman sağlık yöneticilerinin sahip olması gereken yönetsel yetkinliklerle ilişkili kısıtlı sayıda ve içerikte çalışma yapıldığı göze çarpmaktadır. Yapılan bu çalışmada sağlık yöneticilerinin sahip olması gereken yetkinlikler kapsamlı bir şekilde değerlendirmeye çalışılmıştır. Benzer çalışmalar ile sektörde çalışan yöneticilerin kendilerini ve astların yöneticilerini değerlendirdiği çalışmaların literatüre kazandırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Kaynakça

1. Akat, I., Budak, G. ve Budak, G. (2002). *İşletme Yönetimi*. İzmir: Barış Yayınları..
2. Ateş, M. (2011). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu. İçinde Ateş, M. (Editör). *Sağlık İşletmeciliği*: 25-96. İstanbul: Beta Basım.
3. Calhoun, J.G., Dollett, L., Sinioris, M.E., Wainio, J.A., Butler, P.W., Griffith, J.R. ve Warden, G.L. (2008). Development of an Interprofessional Competency Model for Healthcare Leadership. *Journal of Healthcare Management*, 53(6): 375-391.
4. Çetinkaya, M. (2009). Yöneticilerin Yönetimsel Yetkinlik Algılamalarına İlişkin Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(2): 219-239.
5. Guo, K.L. (2003). An Assessment Tool for Developing Healthcare Managerial Skills and Roles. *Journal of Healthcare Management*, 48(6): 367-376.
6. Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
7. Koçel, T. (2011). *İşletme Yöneticiliği*. 13. Baskı. İstanbul: Beta Basım.
8. Longest, B.B. (1996). *Health Professionals in Management*. USA: Appleton&Lange.
9. Shippman, J.S., Ash, R.A., Battista, M., Carr, L., Eyde, L.D., Hesketh, B., Kehoe, J., Pearlman, K., Prien, E.P., Sanchez, J.I. (2000). The Practice of Competency Modeling. *Personnel Psychology*, 53: 703-740.
10. Stefl, M.E. (2008). Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model. *Journal of Healthcare Management*, 53(6): 360-374.
11. Şahin, A. (2010). Örgüt Kültürü –Yönetim İlişkisi ve Yönetimsel Etkinlik. *Maliye Dergisi*, 159: 21-35.
12. Wallick, W.G. (2002). Healthcare Managers' Roles, Competencies, and Outputs in Organizational Performance Improvement. *Journal of Healthcare Management*, 47(6): 390-402.
13. Worrall, L. ve Cooper, C. (2001). Management Skills Development: A Perspective on Current Issues and Setting The Future Agenda. *Leadership&Organization Development Journal*, 22(1): 34-39.

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN BAKIŞ AÇISIYLA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASININ SAĞLIK HİZMETLERİNE OLASI ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Simten MALHAN*

Gülsüm ÇÖKLÜ**

Rukiye NUMANOĞLU TEKİN***

Fikriye YILMAZ****

Fatih BUDAK*****

ÖZET

Sosyal güvenlik ve sağlık, bir toplumda iktisadi kalkınmaya paralel olarak sosyal refah düzeyinin korunması için en temel gerekliliktir. Tüm dünyada sosyal güvenlik sistemlerinin çıkmaza sürüklenmesinde belirleyici olan temel faktörlerden biri de sağlık hizmetlerinde süregelen maliyet yükselişidir. Sağlık doğuştan kazanılan bir haktır ve sağlık hizmetinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi gerekir. Bu bakış açısı ile sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak herkese sağlık güvencesi sağlanmalı; herkes sağlık hizmetlerine kolay erişebilmeli; kişilere verilen sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde kaliteli ve etkili olmalıdır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve onunla eş zamanlı olarak yürütülen “Sosyal Güvenlik Reformu” Türk sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Bu iki sürecin ortak amaçlarından biri sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, verimli kılmak ve hizmet kalitesini arttırmaktır ve bu doğrultuda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulaması gündeme gelmiştir. Bu çalışmada, sağlık yöneticilerinin bakış açısı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın sağlık hizmetlerine olası etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Ankara'da faaliyet gösteren 12 özel hastanede üst, orta ve alt düzey olmak üzere toplam 41 sağlık yöneticisine anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin % 82,5'i GSS'nin tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterli olmadığını belirtmişler, %48,8'i ise TSS'nin devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacağını ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkililiğini artıracığını ifade etmişlerdir. Bunun yanında, katılımcılar genel olarak GSS'nin sürdürülebilir olmasının ancak TSS ile birlikte sunulması ile mümkün olabileceğini belirtmişlerdir. Yıllar geçtikçe sağlık hizmetine olan talep artmakta ve buna bağlı olarak maliyetler yükselmektedir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamasıyla birlikte hizmet sunucu kurumlarda kapasite kullanımının artacağı ve bu doğrultuda maliyet avantajı sağlanacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Genel Sağlık Sigortası(GSS), Tamamlayıcı Sağlık Sigortası(TSS), Sağlık Kurumları Yöneticisi.

* Prof.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, bmalhan@baskent.edu.tr

** Lisans Öğrencisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, glsm_gls@hotmail.com

*** Öğr.Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, rukiyenumanoglu@hotmail.com

**** Öğr.Gör.Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, fyilmaz@baskent.edu.tr

***** Araş.Gör., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Bölümü, fatih.budak@hacettepe.edu.tr

1.Giriş

Sağlık sektörü genel anlamda diğer sektörlerden farklı özellikler taşır ve diğer mal ve hizmetler için geçerli ekonomik kurallar ve uygulamalar çoğunlukla bu sektör için geçerli olmaz. Bu özellikler arasında finansman açısından en önemli olan risk yani “belirsizlik” özelliğidir. Sağlık sektöründe, hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman nerede, nasıl karşılaşılacağına bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin maliyetlerinin kişilerin ödeyebileceği miktardan daha fazla olma olasılığı gibi kendine özgü özellikleri vardır. Aslında tam da noktada yukarıda bahsedilen kişilerin gereksinimlerini güvence altına alma arzusu doğar ve tüm bunlar sosyal güvenliğin gerekçelerini oluşturur (Tiryaki ve Tatar, 2000; Alan, 2009).

Toplumdaki bireylerin hastalık riskine karşı korunması sosyal güvenlik kavramının ana ilkelerinden biridir ve sağlıklı olma hakkı birçok uluslar arası belgede temel bir insan hakkı olarak tanınmış, sağlığın korunması görevini de imkanları ölçüsünde devletler üstlenmiştir. Devletler üstlendikleri bu görev doğrultusunda sağlık riskine karşı çeşitli modeller geliştirmişler ve bu modellerin tümünde temelde bireylere sosyal sağlık güvencesi sağlamak amacı olmasına karşın izledikleri yöntemlerde farklılıklar ortaya çıkmıştır (Giray, 2010). Türkiye’de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Genel Sağlık Sigortası (GSS) modeli ortaya konulmuştur. GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan bir sağlık sigortasıdır (Çalış, 2006). Ancak GSS modeli sunmuş olduğu Temel Teminat Paketi ile optimal sağlık beklentilerini karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasının ana ilkesi; herkesin ihtiyacı oranında sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlamak için, kamu ile özel sektör arasında haksız rekabet değil, sinerji oluşturabilecek biçimde çağdaş devlet yaklaşımı olmalıdır (Tapan, 2008).

Bu durum, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yöntemi karşımıza çıkarmaktadır. (Giray, 2010; Yiğit, 2007; Çelik ve diğerleri, 2003). Bunların ilki; riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılmasıdır. İkincisi ise; riskin paylaşılarak özel sigorta yoluyla ödenmesidir. Nitekim emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kaldığı ya da kişilerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara yönelik olarak, Bireysel Emeklilik Kanunu ülkemizde hayata geçirilmiştir (Tapan, 2008).

Aynı uygulamanın sağlık alanında da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) ile hayata geçirilmesi kaçınılmaz görülmektedir. (Giray, 2010; Yiğit, 2007). TSS, GSS’nin temel teminat paketi içerisinde yer almayan, temel teminat paketinde yer alıp kısmen karşılanan, yani cepten ödeme yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür (T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı). Bu bağlamda TSS, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan bir sağlık sigortası türüdür (Tapan, 2008).

TSS yaklaşık 20 yıldır, son 10 yıldır da yoğun bir şekilde Türkiye'nin gündeminde bulunmaktadır ve 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren GSS Kanununda TSS'ye ilişkin iki temel hüküm de yer almaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2012).

TSS sisteminin uygulamaya konulması ile kamu, özel sigorta şirketleri ve bireyler üzerinde birçok yarar sağlanacaktır. Bunlar, GSS uygulaması ile devlet üzerinde oluşacak olan mali riskin tamamlayıcı sağlık sigortası kanalıyla özel sektör ile paylaşılması, sağlık hizmeti kalitesinin tanımlanan standartlar nedeni ile düşmesinin engellenmesi, hizmet alan kişilerin, hekim ve hastanesini seçme özgüllüğü, tüm ödemelerde provizyon sisteminin uygulanması, hizmet sunan sağlık kurumlarından kapasite kullanımını arttırarak maliyet avantajı sağlaması, TSS'nin daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planlar içermesiyle özel sigorta sektörüne sağlayacağı faydalar, kayıt dışı sağlık harcamalarının azaltılarak vergilendirmenin arttırılması, artan rekabetin hizmet kalitesini yükseltmesi ve kamu harcamalarının rasyonalize edilmesi olarak sayılabilir (Giray, 2010).

TSS içeriğinden yoksun bir GSS modeli, beklentileri karşılayamayacağından sürdürülebilir olmaktan uzak kalacaktır. Özellikle özel hastaneler, cari fiyatları ile devletin ödediği tutar arasındaki yüksek fark nedeniyle sisteme girmek istemeyecekler, dolayısıyla kamu hastanelerindeki yığılmaların ve kalitesiz hizmet sunumunun önüne geçilemeyecektir. Bu durumda başta finansman sorunu olmak üzere, örgütlenme, kalitesiz hizmet sunumu ve koruyucu sağlık hizmetlerinde istenen düzeyde olunamaması gibi sorunlar giderilemeyecektir (Tapan, 2008).

2.Yöntem

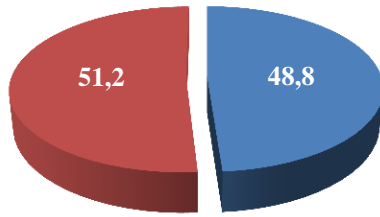
GSS modeli ile birlikte bugün gelinen noktada, mevcut sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinden çok, bu hizmetlerin yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. GSS modeli sunmuş olduğu Temel Teminat Paketi ile optimal sağlık beklentilerini karşılamaya yetmemektedir. SGK'nın finansal sürdürülebilirliği ve daha kaliteli sağlık hizmeti verebilmek adına TSS modeli uygulamasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu politikanın doğru şekilde uygulanabilmesi ve başarılı olabilmesi için sağlık yöneticilerinin ve bu hizmeti satın alacak kişilerin sürece dahil edilmesi, görüşlerinin alınması gerekmektedir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı sağlık yöneticilerinin bakış açısı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın hastane hizmetlerine olası etkileri ortaya çıkarılmasıdır.

Belirlenen amaç doğrultusunda çalışmanın evrenini Ankara'da faaliyet gösteren özel hastanelerde yönetici konumunda çalışan kişiler oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçilmeden Ankara'da faaliyet gösteren toplam 29 özel hastaneye gidilmiş, üst, orta ve alt düzey yöneticiler olmak üzere toplam 78 yöneticiye anket dağıtılmıştır. Geri dönüş yapan anketlerden bir kısmının doldurulmadığı tespit edilmiş ve toplam 41 anketin araştırmanın amacına uygun biçimde doldurulduğu belirlenerek, çalışma 41 sağlık yöneticisi tarafından doldurulan anketlerden elde edilen sonuçlar doğrultusunda tamamlanmıştır.

Çalışmada kullanılan veri toplama aracı literatür taraması sonucunda hazırlanan ve iki bölümden oluşan bir anket formudur. Anket formunun ilk bölümünde araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin görevleri ve görev sürelerine ilişkin sorular sorulmuştur. İkinci bölümde yer alan sorular ise katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile birlikte hastanelerinde bekledikleri etkileri ölçmeye yöneliktir. Ayrıca anketin bu bölümü içerisinde sağlık yöneticilerinin GSS ve TSS ile ilgili genel düşüncelerini içeren sorulara da yer verilmiştir. Çalışmada elde edilen anket verileri SPSS 18.0 paket programına girilerek gerekli istatistiksel analizler yapılmıştır.

3.Sonuç

Türkiye’de son dönemde Genel Sağlık Sigortası’nı destekleyici nitelikte uygulanması planlanan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın sağlık yöneticilerinin bakış açısıyla sağlık hizmetlerine olası etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada Ankara genelinde faaliyet gösteren özel hastanelerde çalışan toplam 41 yöneticiye anket uygulanmıştır.



■ Üst Düzey Yönetici ■ Orta ve Alt Düzey Yönetici

Şekil 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Yöneticilerinin Yöneticilik Kadrosuna Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan yöneticiler yönetim pozisyonlarına göre sınıflandırılmış ve % 48,8’inin üst düzey, % 51,2’sinin ise orta ve alt düzey yöneticilik kadrolarında görev yaptığı belirlenmiş (Şekil 1), % 69,3’ünün 5 yılı aşkın süredir sağlık sektöründe yöneticilik yaptığı ortaya konulmuştur.

Araştırmaya katılan 41 sağlık yöneticisinin % 95,2’si TSS hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Bilgi sahibi olanların, bu bilgiyi hangi kaynaklardan edindiğine bakıldığı zaman, %30,6’sının katıldıkları konferans/panel/sempozyum

aracılığıyla, % 29,7’sinin meslektaşları ile yaptıkları görüşmeler yoluyla, % 23,4’ünün medya aracılığıyla ve % 16,3’ünün internet aracılığıyla bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca %14,6’sı eğitim aracılığıyla, %7,3’ü bizzat uygulayıcı olarak, %2,4’ü ise sigorta şirketleri vasıtasıyla bilgi edinmiştir. Ancak yöneticilerin %92,5’i TSS hakkında ilgili kuruluşlar tarafından yeterli bilgilendirmenin yapılmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 1’de araştırmaya katılan 41 sağlık yöneticisinin TSS’nin uygulamaya geçmesiyle birlikte hastanelerde meydana gelmesini bekledikleri değişimler yer almaktadır. Buna göre, sağlık yöneticilerinin büyük çoğunluğu, TSS’nin uygulamaya geçmesiyle birlikte hasta sayısının ve finansal performansın artacağını, hastane imajında, hizmet kalitesinde, hizmet kalitesi algısında ve hizmetlerin maliyetlerinde her hangi bir değişme meydana gelmeyeceğini düşünmektedirler.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Yöneticilerinin TSS'nin Uygulamaya Geçmesiyle Birlikte Hastanelerde Meydana Gelmesini Bekledikleri Değişiklikler

	Çok Artar	Artar	Değişmez	Azalar
Hasta Sayısı	17,5	62,5	17,5	2,5
Finansal Performans	15,4	53,8	28,2	2,6
Hastane İmajı	-	45,0	55,0	-
Hizmet Kalitesi	-	23,1	74,4	2,6
Hizmet Kalitesi Algısı	2,4	31,7	63,4	2,4
Hizmet Maliyeti	2,5	12,5	67,5	17,5
Hizmet Sunumunda Hızlılık	2,4	26,8	41,5	29,3
Hizmet Verimliliği	-	38,5	41,0	20,5
Hasta Memnuniyeti	5,0	50,0	37,5	7,5

Tablo 2’de araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin GSS ile ilişkili ifadelerle katılım düzeyleri yer almaktadır. Buna göre; genel olarak % 82,5’i GSS,tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların GSS’nin mevcut haliyle Türkiye’nin sağlık hizmetleri finansman sorununu çözemeyeceğini belirtmişlerdir (%70). Katılımcıların % 65’i özel sektör (özel sigorta, özel hastane) ile işbirliği olmadan GSS’nin sürdürülebilir bir sistem olması mümkün değildir diye belirtmişlerdir Katılımcıların % 61’i GSS’nin sunduğu Temel Teminat Paketi’nin kapsamının yeterli olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Sağlık Yöneticilerinin GSS ile İlişkili İfadelere Katılım Düzeyleri

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
GSS ’in sunduğu Temel Teminat Paketi’nin kapsamı yeterlidir.	29,3	31,7	14,6	7,3	17,1
GSS, mevcut haliyle Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir.	35,0	35,0	27,5	0	2,5
GSS, tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir.	45,0	37,5	7,5	10,0	0
Özel sektör (özel sigorta, özel hastane) ile işbirliği olmadan GSS'nin sürdürülebilir bir sistem olması mümkün değildir.	0	10,0	25,0	22,5	42,5

Tablo 3’te araştırmaya katılan 41 sağlık yöneticisinin TSS ile ilişkili ifadelerle katılım düzeyleri verilmiştir. Buna göre; katılımcılar genel olarak TSS ile ödemelerin tümü provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından çift kademeli kontrol sağlanacaktır ifadesine katılmışlardır (%85,4). Katılımcıların %75,6’sı TSS’de aile bireyleri için ayrı ayrı prim ödenmesinin talep miktarını olumsuz etkileyeceğini, %60’ı TSS’nin hizmet sunucu kurumlarda kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlayacağını ve %48,8’i ise TSS’nin devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacağını ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkililiğini arttıracığını düşünmektedirler. Katılımcıların büyük çoğunluğunun TSS’nin uygulanabilirliği için yasal alt yapıyı yeterli görmediği belirlenmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Sağlık Yöneticilerinin TSS İle İlişkili İfadelerle Katılım Düzeyleri

	Tamamen Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Fikrim Yok
TSS ’in uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir.	-	26,8	56,1	-	12,2	4,9
TSS hizmet sunucu kurumlarda kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlayacaktır.	-	12,5	22,5	50,0	10,0	5,0
TSS ile hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırları genişleyecektir.	-	4,9	56,1	31,7	7,3	-
TSS ile SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine (estetik girişimler, akupunktur gibi alternatif tedaviler v.s.) erişim kolaylaşır.	-	2,5	35,0	57,5	5,0	-
TSS ile, ödemelerin tümü, provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından çift kademeli kontrol sağlanacaktır.	2,4	4,9	7,3	61,0	24,4	-
TSS, Devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkililiğini arttıracaktır.	4,9	24,4	19,5	24,4	24,4	2,4
TSS’de poliçe ödemelerinin sadece kredi kartı ile yapılacak olması talep miktarını olumsuz etkiler.	12,2	12,2	4,9	34,1	34,1	2,4

Tablo 4’de araştırmaya katılan 41 sağlık yöneticisinin TSS bileşenli GSS’ye yönelik yer alan ifadelere katılım düzeyleri yer almaktadır. Buna göre; katılımcılar genel olarak GSS’nin sürdürülebilir olması için TSS bileşeni ile birlikte sunulması gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %61,5’i TSS, GSS’nin mali riskini paylaşacaktır ifadesine katılmış, %28,2’si ise kararsız kalmıştır. Katılımcıların %58,6’sı ise TSS bileşenli GSS’nin sağlık hizmetlerinin finansal problemini çözeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Sağlık Yöneticilerinin TSS Bileşenli GSS’ye Yönelik Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsız	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Fikrim Yok
GSS, sürdürülebilir olması TSS bileşeni ile birlikte sunulmalıdır.	-	7,3	12,2	41,5	39,0	-
TSS bileşenli bir GSS toplumun optimum sağlık şartlarını karşılar.	-	12,5	30,0	52,5	5,0	-
TSS bileşenli GSS sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacaktır.	-	7,3	34,1	48,8	2,4	7,3
TSS bileşenli GSS, “Sosyal Devlet” anlayışına uymamaktadır.	17,1	31,7	19,5	9,8	19,5	2,4
TSS bileşenli GSS, sağlık hizmetlerinin finansman problemini çözecektir.	17,1	12,2	9,8	41,5	17,1	2,4
TSS, GSS ’in fiyat tarifesini düşürerek, devleti finansman açısından rahatlatacaktır.	24,4	19,5	31,7	17,1	7,3	-
TSS, GSS ’nin mali riskini paylaşacaktır.	-	7,7	28,2	28,2	33,3	2,6
TSS, GSS ’nin Temel Teminat Paketini kapsam olarak rahatlatacaktır.	2,5	2,5	42,5	45,0	5,0	2,5
TSS, pirim gelirlerinin artırılması konusunda GSS ’ye katkı sağlayacaktır.	24,4	19,5	12,2	36,6	7,3	-

4. Tartışma

Türkiye’de son dönemde Genel Sağlık Sigortasını destekleyici nitelikte uygulaması planlanan Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının sağlık yöneticilerinin bakış açısıyla sağlık hizmetlerine olası etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada Ankara genelinde faaliyet gösteren özel hastanelerde çalışan toplam 41 yöneticiye anket uygulanmıştır.

Araştırma bulgularından hareketle, sağlık yöneticilerinin TSS ile ilgili yapılan bilgilendirmeyi yeterli bulmadığı ve konuyla ilişkili belirsizliklerin olduğunu düşündükleri söylenebilir. Ancak genel olarak bakıldığı zaman, sağlık yöneticilerinin TSS’ye olumlu yaklaştığı, GSS’nin tek başına yeterli olmadığı, GSS’nin sürdürülebilirliği için TSS’ye ihtiyaç duyulduğu, TSS’nin GSS’nin mali riskini paylaşacağı, TSS’nin devletin harcama yükünü azaltacağı düşüncelerine sahip oldukları belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarında genel olarak yöneticilerin TSS’ye olumlu yaklaşımları ortaya çıksa da, yöneticilerin büyük çoğunluğu TSS ile ilişkili yapılan bilgilendirmenin yetersiz olduğunu, bu nedenle belirsizliklerin olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde en önemli görevlerden bir tanesini üstlenmiş olan sağlık yöneticilerinin, sağlık sistemi içerisinde meydana gelen ve gelmesi planlanan her türlü uygulama ile ilgili yeterli bilgi sahibi olması ve ülke genelinde alınacak kararlarda söz sahibi olmaları, uygulamaların başarılı olması ve dolayısıyla sektörün geleceği için hayati önem taşımaktadır. Ülkemiz kaynakları kamu ve özel ayrımı yapmadan, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla yönetilmelidir. Yoğun emek ve teknoloji gerektirdiği için arzın pahalı olduğu bilinen, talebin tüketici tarafından belirlenmediği sağlık sektöründe düzenleme yapılırken bu hizmeti satın alacak ve uygulayacak kişilerin bu sürece dahil edilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Yıllar geçtikçe sağlık hizmetine olan talep artmakta ve buna bağlı olarak maliyetler yükselmektedir. TSS uygulamasıyla birlikte hizmet sunucu kurumlarda kapasite kullanımını arttırarak maliyet avantajının sağlanabileceği düşünülmektedir.

Özel hastanelerin büyük bir kısmı cari fiyatları ile Temel Teminat Paketi arasındaki fark sebebiyle sisteme girmek istemeyeceklerdir. Bunun için kamu ve özel sektör arasında bir sinerji yaratılmalı ve ortak faydaya dönüştürülecek bir tasarım gerekmektedir. Özel hastanelerin sisteme girmemesiyle birlikte kamu hastanelerine yığılmalar olacak ve özel hastanelerinin kaynakları etkisiz olacaktır. Oysa daha esnek fark ücreti alabilmeleri halinde kişiler kamu veya özel ayrımı olmadan, dilediği hekim ve hastaneyi seçerek hizmet alabileceklerdir.

TSS prim ödemeye dayalı bir sistem olduğundan düşük gelir grubunda yer alan insanlar bu uygulamadan faydalanamayacaklardır. Prim ödemeleri gelir düzeylerine göre gruplandırıldığında daha hakkaniyetli bir uygulama olacağı düşünülmektedir.

Özel sağlık sigortaları, TSS uygulamasının başlamasıyla birlikte daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ürün çeşitliliği yoluna gitmeleri olasıdır.

TSS'nin “Sosyal Devlet” anlayışını zedeleyebileceği, halka fazladan mali yük yükleyebileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda Temel Teminat Paketi'nin kapsamı düşük tutularak özel sigortalara aşırı yük yükleyeceği endişeleri yer almaktadır. Fakat dünya örnekleriyle karşılaştırıldığında, uygun yasal düzenlemelerin yapılmasıyla birlikte TSS uygulamaları toplumun istenen düzeyde ve yeterli miktarda sağlık hizmeti alabilmesini sağlayacaktır.

Kaynakça

1. ALAN, M. (2009). Özel Sağlık Sigortasının Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı. T.C. Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
2. ÇALIŞ, S. (2006). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
3. ÇELİK, H., EREN, B., İZ BUDAK, D., KÖYLÜOĞLU, C., ÖZSARI, H., ŞİMŞEK, N. (2003). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. İstanbul.
4. GİRAY, B. (2010). Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli. T.C Marmara Üniversitesi Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
5. TAPAN, B. (2008). Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği”, T.C. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
6. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları. GENELGE 2012/25 Sayı : B.13.2.SGK.0.11.05.03 / 674 28.06.2012 (www.sgk.gov.tr)
7. TİRYAKİ, D., TATAR, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5(4): 124-138.
8. YILDIRIM, H.H., YILDIRIM, T., AKBULUT, Y. (2012). Sağlık Sigortacılığı Türkiye’de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı. T.C. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, 1. Baskı Eskişehir.
9. YİĞİT, F. (2007). Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık Ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış. T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

HEMŞİRELERDE MESLEKİ BAĞLILIK ve EMPATİ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Hediye KARATAŞLI*

Özge BOLLUK**

Demet POLAT***

Bülent YILDIZ****

ÖZET

Araştırmanın amacı, hemşirelerde mesleki bağlılık ve empati arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Bu amaçla, İnegöl’de bulunan devlet hastanesi ve özel hastanelerde çalışan 314 hemşire arasından araştırmaya katılmayı kabul eden 256 hemşire ile araştırma yapılmıştır. Araştırmada 5’li likert formatında hazırlanan 1. bölümde mesleki bağlılık ve 2. bölümde empatik eğilim ölçeği kullanılmış, 3. bölümde ise demografik özelliklere yer verilmiştir. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleğe duygusal ve normatif bağlılığının yüksek, mesleğe devamlılık bağlılığının düşük, empati düzeyinin normal aralıklarda olduğu sonucuna varılmış ve mesleki bağlılığın empati üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Mesleki Bağlılık, Empati.

*Sorumlu Hemşire, Bursa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İnegöl Devlet Hastanesi,
hediyeKaratasli@hotmail.com

**Arş. Gör., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Bioistatistik Anabilim Dalı, bollukoze@gmail.com

***Hemşire, Gaziantep Kamu Hastaneler Kurumu Genel Sekreterliği Cengiz Gökçek Kadın Doğum Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, deplt@hotmail.com

****Dr, Gaziantep Kamu Hastaneler Kurumu Genel Sekreterliği, bulentyildiz25@hotmail.com

PROFESSIONAL COMMITMENT AND EMPATHY IN NURSE INVESTIGATION OF RELATIONSHIP

ABSTRACT

The purpose of the study, nurses and empathy in the relationship between professional commitment is to reveal. To this end, in Inegeul 314 nurses working in public hospitals and private hospitals of 256 nurses who agreed to participate in this research study was conducted. In the study, prepared in 5 point Likert format, professional commitment in section 1 and section 2 of empathic tendency scale used, the demographic characteristics are given in section 3. The data obtained were analyzed using SPSS package program. Surveyed nurses to the profession, emotional and normative commitment is high, profession continuance commitment low empathy levels at regular intervals to be concluded and professional commitment empathy a significant effect on does not have have been identified.

Key words: professional commitment, empathy.

1. Giriş

Her meslek, üyelerinin tümü tarafından para kazanma arzusunun ötesine geçen derin bir bağlılık gerektirir. Kişilerin mesleklerine bağlılıkları iş sonuçları üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (Meyer, 2002: 20-52). Mesleğe karşı güçlü bağlılık duyan çalışanların, ortak hedeflere kendilerini adayacaklarını varsayılmaktadır. Öyle ki örgütsel bağlılığın, bir tür duygusal bağdan doğduğu öngörülmekte ve çalışanların yöneticilerinden destek gördüklerini hissettikleri oranda güven, yakınlık ve sadakat duyacakları ve o nispete de örgütlerine iyi birer üye olacakları düşünülmektedir (Goleman, 2000: 154-155). Günümüzde iletişim problemlerinin çözümünde bir etken olarak empatik davranış tavsiye edilmektedir. Empati karşındaki varlığı anlamaya yönelik bir iletişim şeklidir. Bu, insan için kaçınılmaz olan iletişimi, sağlıklı bir şekilde sürdürebilmek açısından önem taşımaktadır (Çetin, 2010: 1).

Her meslek grubunda olduğu gibi hemşirelerde de hem mesleki bağlılık hem de empatik iletişim düzeyi önemli bir konudur. Empati yapmak hastanın durumuna uygun hemşirelik girişimini planlamada yararlı olmasının yanı sıra, hastadaki olumlu gelişmeler açısından hemşirelere de mesleki doyum sağlamaktadır (Cimete, 1988: 27-28; Taşdemir ve Karaaslan,2000).

Bu görüşlerden yola çıkarak planlanmış olan bu çalışmada hemşirelerin mesleki bağlılık ve empatik iletişim düzeyleri ve bunların arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.1. Mesleki Bağlılık

İşletmelerin en önemli amaçlarından birisi, işgörenlerin yetenek ve becerilerini geliştirerek onlardan en üst düzeyde verim almayı ve işletmeye olan bağlılıklarını arttırmayı sağlamaktır (Özler, 2008: 43). Bağlılık, yönetim ve özellikle örgütsel davranış yazınında çok yönlü ve karmaşık bir olgudur (Özmen, 2005: 2). Örgütsel bağlılık, yönetim ve davranış bilimleri literatüründe bireyler ve örgütler arasındaki ilişkiyi anahtar bir faktör olarak tanımlamaktadır (Sharma ve Bajpai, 2010: 8). Örgüte ve kariyere bağlılıktan farklı olarak mesleğe bağlılık, bireyin belirli bir dalda beceri ve uzmanlık kazanmak üzere yaptığı

çalışmalar sonucunda mesleğinin yaşamındaki önemini ve ne kadar merkezi bir yere sahip olduğunu algılamasıdır (Özdevicioğlu ve Aktaş, 2007: 5).

1.1.1. Mesleki Bağlılığın Türleri

Çalışanların örgüte karşı duydukları adanmışlığın, bağlılığın 3 farklı çeşidi vardır. Bu 3 örgütsel bağlılık çeşidi; duygusal (affective), sürekli (continuance) ve normatif (normative) bağlılık türleridir. Burada önemli olan nokta bağlılığın oluşması değil, oluşan bağlılığın niteliğindeki farklardır. Bu üç farklı bağlılık türündeki niteliksel farklılıkları ise şu şekilde özetleyebiliriz (Uyguç ve Çımrın, 2004: 91);

Duygusal Bağlılık

Duygusal bağlılık, kuruluşa karşı duygusal veya psikolojik bir bağlanma şeklinde tanımlanır. Duygusal bağlılık, insanları örgüte duygusal olarak bağlayan ve bu örgütün üyesi olmaktan dolayı memnun olmalarını sağlayan, bireysel ve örgütsel değerler arasındaki bir uzlaşmadan ortaya çıkar. Duygusal bağlılıkla örgüte bağlı olan bir çalışan normal performansının üstünde bir performans gösterir ve kendi sorumluluk ve görevinden daha fazlasını yerine getirmeye çalışır ve bundan rahatsız olmaz.

Sürekli Bağlılık

Sürekli bağlılık, kişinin üzerinde bir çok sorumluluk olduğunu, bu yüzden de işten ayrılmanın büyük karışıklıklara neden olacağını düşünerek işe devam zorunluluğu hissetmesidir. Sürekli bağlılık türünde çalışan, örgütte işe başladığı günden itibaren kendisine ve örgüte yapmış olduğu yatırımlardan ötürü örgütten ayrılmak istemeyecektir. Örgüt için harcadığı zaman ve çabayı düşünerek örgütte kalmasının bir zorunluluk olduğunu hisseder. Bu yatırımlar; mesai arkadaşlarıyla yakın sosyal ilişkiler, emeklilik hakları, kıdem, kariyer ve bir örgütte uzun yıllar çalışmaktan dolayı elde edilen özel yeteneklerdir. Ayrıca bağlılığının bir başka nedeni de işten ayrıldığı süre boyunca yapacağı masrafların fazla olma olasılığı ve yeni bir işe ne zaman gireceğinin belli olmaması olarak gösterilebilir. Bu nedenle örgütten, işten ayrılmayan çalışanlar olumsuz tutumlar sergileyebilirler ve yöneticiler için birer sorun kaynağı olurlar. Kısacası çalışan olabilecek maddi kayıplarını engellemek için örgütten ayrılmamayı tercih eder.

Normatif Bağlılık

Normatif örgütsel bağlılıkta da kendini örgüte adama ve sadakat gösterme söz konusudur. Örgütün kültürü adanmayı ve sadakat göstermeyi teşvik edici bir yapıdadır. Kısacası örgütün kültürü bu bağlılığı kendisi oluşturmaya çalışır ve çalışanların örgütün kültürünü, misyonunu, hedefini, politikasını içselleştirmesini ister. Kişi örgütte çalışmayı kendisi için bir görev olarak görmeye başlamıştır. Bu kişiler, iş verenlere karşı mecbur olduklarını düşünürler. Bir minnettarlık duygusu sonucu örgütte kalırlar. Bunun sebebi, iş verenlerin onları gerçekten çok ihtiyaçları olduğu bir zamanda işe alması ya da iş verenleriyle kalmalarının en doğru şey olacağı yolunda değer yargılarına sahip olmasıdır (Tak ve Çiftçioğlu, 2009: 37).

Duygusal bağlılık, normatif bağlılık ve sürekli bağlılık farklı nedenlerden dolayı çalışanların örgütlerine bağlılık duymalarını sağlarlar. Duygusal bağlılığı olan çalışanlar istedikleri için, normatif bağlılık duyan çalışanlar kendilerini zorunlu hissettikleri için ve sürekli bağlılık hisseden çalışanlar ihtiyaç duydukları için işlerinde kalırlar. Bu bağlamda düşündüğümüz zaman her türlü bağlılığın örgüt için yararlı olduğu düşüncesi çok doğru gözükmemektedir. Çünkü bazı bağlılık türlerinde çalışan kendi çıkarını düşünürken bazısında

örgütün çıkarı düşünülmektedir. Sadece kendi çıkarı için örgütte kalmayı sürdüren bir çalışanın örgüte faydasıyla örgüt çıkarıları için işine devam eden bir çalışanın gösterecekleri verimlilik bir olmayacaktır (Meyer vd., 1993).

1.2. Empati

Empati, bireyin kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygu ve düşüncelerini doğal biçimde anlamasıdır (Burgess, 1990; Dökmen, 1994). Empatinin bilişsel ve duygusal boyutu vardır. Bilişsel boyutunu düşünce, algı ve kavrama yetenekleri oluşturmaktadır ancak; bu boyutun empati için gerekli olmakla birlikte yeterli olmadığı belirtilmektedir. 1970’li yıllardan itibaren empatinin duygusal boyutunun da olduğu vurgulanmış ve empati, başkasının duygusunu, yani ne hissettiğini anlama ve o duyguya uygun karşılık verebilme olarak tanımlanmıştır. Empatinin her iki boyutunun da yüksek düzeyde olması durumunda bireyin farkında oluş düzeyi artar ve istenilen düzeyde ilişki kurulur (Rogers, 1983).

Yapılan çalışmalarda, insanla çalışan meslek üyelerinin empati yeteneklerinin bireysel farklılıkları anlamalarına yardımcı olduğu, bilişsel ve duygusal empati ile kişilik özellikleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Berger, 1989). Sağlık bakım sisteminde hemşirelik uygulamalarının kalitesinin yükseltilmesinin, öncelikle etkili iletişimin kurulmasıyla mümkün olabileceği bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1995) yayınlarına göre, günümüzde hemşirelik eğitiminde yapılması istenen değişiklikler içinde öğrencilerin iletişim becerilerinin geliştirilmesinin önemi giderek artmaktadır. Empatik eğilim ve beceri, bireyin akademik başarısını dolayısıyla uyumunu etkileyebilmektedir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, hemşirelerde mesleki bağlılık ve empati arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini İnegöl’de bulunan devlet hastanesinde ve özel hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada basit tesadüfî örnekleme yöntemine gidilmiştir. Hastanelerde çalışan 314 hemşire arasından araştırmaya katılmayı kabul eden 256 hemşire üzerinde üç bölümden oluşan ve 5’li likert formatında hazırlanan anket ve kesitsel analiz yöntemi uygulanmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı hastanelerden, araştırmanın yürütülmesine ilişkin yazılı izin ve örneklemi oluşturan hemşirelerden çalışmanın amaçları, çalışmadaki rolleri açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Yöntemi

Veriler anket formu ile toplanmıştır (EK-1). Anket formunun ilk bölümünde hemşirelerin Mesleki Bağlılık Ölçeği (Meyer, 1993) ile mesleğe duygusal ve normatif bağlılığı ile mesleğe devamlılık bağlılığın tespit edilmesine ilişkin görüşleri, ikinci bölümünde Empatik Eğilim Ölçeği (Dökmen, 1989) ile hemşirelerin günlük yaşamlarında empati kurma potansiyelleri incelenmektedir. Bu ifadelere hemşirelerin katılma durumları 5’li likert yanıt formatı kullanılarak saptanmıştır. 3. bölümde ise hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, çalışma ve çalıştıkları birimden memnun olma durumlarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anket formu uygulamada önce hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış, sorular hakkında gerekli açıklamalar yapılmış, izinli olan hemşirelerin çalışma

günleri öğrenilerek o günlerde veriler toplanmıştır. Anket formları 27 Ocak-25 Şubat 2014 tarihleri arasında uygulanmıştır.

2.4. İstatiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 15.0 versiyon programı kullanılmıştır. Ölçek güvenliği KR-21 ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testiyle test edilmiştir. Puanlar normal dağılmadığı durumlarda non-parametrik testlerle istatistiksel analizler yapılmıştır. Ölçek puanıyla değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman-rho katsayısı ile incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda T-Testi, Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney testi ile yapılmıştır.

Verilerin normal dağılmadığında betimleyici istatistikler median (minimum - maksimum) olarak verilmiştir. Anlamlılık düzeyi olarak alfa=0.05 alınmıştır.

Empatik eğilim ölçeği, 20 sorudan oluşan 1’den 5’e kadar puanlanan likert tipinde bir ölçek olup, ölçekteki 3., 6., 7., 8., 11., 12., 13. ve 15. sorular tersinden puanlanarak hesaplanmıştır. Bu ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100’dür. Puanın yüksek olması, empatik eğilimin yüksek olduğu, düşük olması ise empatik eğilimin düşük olduğu anlamına gelmektedir (Dökmen, 1989).

3. Bulgular

3.1. Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

3.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştıramaya katılan hemşirelerin %28,9’unun 18–24 yaş grubunda, %16,4’ünün 25–29 yaş grubunda, %19,5’inin 30–34 yaş grubunda, %17,9’ünün 35–39 yaş grubunda, %8’sinin 40–44 yaş grubunda, %9,3’unun 45 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo-1). Hemşirelerin yaş ortalaması 31.2 dur. Bu bulgulara göre hastanede daha çok genç hemşirelerin çalıştığı söylenebilir.

Hemşireler cinsiyetlerine göre incelendiğinde %20,3’ü bay, %79,7’si bayan ve medeni durumlarına göre incelendiğinde %36,3’ünün bekar, %63,7’sinin evli olduğu görülmüştür. Araştırma yapılan hastanede evli hemşirelerin çoğunlukta olduğu söylenebilir. Eğitim durumlarına göre incelendiğinde ise %40,2’inin sağlık meslek lisesi, %33,2’sinin ön lisans ve %26,6’inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo-1). Lise mezunu hemşirelerin fazla olduğu görülmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hemşirelerin yaşları ve cinsiyetleri ile mesleki bağlılık ve empatik eğilim ölçeğine ilişkin puan ortalamaları arasında önemli fark bulunmamıştır. Bu analizde Mann-Whitney testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikleri	Sayı	% Yüzde
Yaş Grupları		
18 – 24	74	28,9
25 – 29	42	16,4
30 – 34	50	19,5
35 – 39	46	17,9
40 – 44	20	8
45 ve üzeri	24	9,3
Cinsiyet		
Bay	52	20,3
Bayan	204	79,7
Medeni Durumu		
Bekar	93	36,3
Evli	163	63,7
Eğitimi		
Sağlık Meslek Lisesi	103	40,2
Önlisans	85	33,2
Lisans	68	26,6
Toplam	256	100,0

3.1.2. Hemşirelerin Çalışma Durumları

Hemşirelerin çalışma yıllarına, bu hastanede çalışma yıllarına, çalıştıkları kurum sayısına, çalıştıkları bölüm ve çalıştıkları birimdeki görevlerine göre dağılımına bakıldığında, hemşirelerin ortalama meslek yılı 10,1 yıl, bu hastanede çalışma ortalama yılı 5,3 yıl olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları kurum sayısına bakıldığında 1. ve 2. kurumda, çalıştıkları birime bakıldığında dahili birimde yoğunluğun toplandığı ve çalışmaya katılan hemşirelerin %71,5'nin devlet hastanesinde çalıştığı görülmüştür.

Yapılan istatistiksel analizde, hemşirelerin çalışma yılları, çalıştıkları kurum sayıları ve çalıştıkları bölümler ile mesleki bağlılık ve empatik eğilim ölçeğine ilişkin puan ortalamaları arasında önemli fark bulunmamıştır. Bu analizde Mann-Whitney testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

3.1.3. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimden Memnun Olma Durumları

Araştırmaya katılan hemşirelerin %81,6'si çalıştıkları birimden memnun olduklarını %18,4'a çalıştıkları birimden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo-2). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştığı birimden memnun olduğu söylenebilir.

Tablo 2: Hemşirelerin Çalıştıkları Birimden Memnun Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Memnuniyet Durumları	Sayı	% Yüzde
Evet, Memnunum	209	81,6
Hayır, Memnun Değilim	47	18,4
Toplam	256	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin, çalıştıkları birimden memnun olma durumlarına göre mesleki bağlılık ve empatik eğilim ölçeğine ilişkin puan ortalamaları arasında önemli fark bulunmuştur. Bu analizde Mann-Whitney ve Ki-kare testi uygulanmıştır.

3.2. Hemşirelerin Mesleki Bağlılığına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki bağlılık ölçeğine katılma durumlarının oranları görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %41,4’ü mesleğini sevdiği, %39,5’i hemşirelik mesleğini yapmaya istekli olduğu, %40,6’sı hemşirelik mesleğini devam ettirmek için bir sorumluluk hissettiği, %39,1’i şimdi mesleğini değiştirmek, büyük kişisel fedakarlık gerektirdiği yanıtını verirken hemşirelerin %27,3’ü hemşirelikten ayrılırsa suçluluk hissetmeyeceği ve %35,9’u mesleğini değiştirirse yaşantısının alt üst olmayacağı yanıtını vermiştir. Bu değerler ile araştırmaya katılan hemşirelerin mesleğe duygusal ve normatif bağlılığının yüksek, mesleğe devamlılık bağlılığının düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo-3).

Tablo 3: Mesleki Bağlılık Ölçeğinin Sonuçları

MESLEKİ BAĞLILIK ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1	Hemşirelik mesleğini seviyorum.	89	34,8	106	41,4	38	14,8	10	3,9	13	5,1
2	Hemşirelik mesleğinde olduğum için gurur duyuyorum.	69	27	101	39,5	50	19,5	22	8,6	14	5,5
3	Bana göre hemşirelik önemlidir.	132	51,6	107	41,8	11	4,3	2	0,8	4	1,6
4	Hemşirelik mesleğine girdiğim için pişmanım değilim.	73	28,5	77	30,1	62	24,2	25	9,8	19	7,4
5	Hemşirelik yapmaya istekliyim.	80	31,3	102	39,8	46	18	16	6,3	12	4,7
6	İmkânım olsa bile şimdi hemşirelikten ayrılmayı doğru bulmazdım.	46	18	62	24,2	70	27,3	42	16,4	36	14,1
7	Hemşirelikten ayrılırsam suçlu hissederim.	34	13,3	55	21,5	61	23,8	70	27,3	36	14,1
8	Mesleğime duyduğum sadakatten dolayı hemşirelik yapmaya devam ediyorum.	50	19,5	97	37,9	47	18,4	47	18,4	15	5,9
9	Hemşirelik mesleğini devam ettirmek için bir sorumluluk hissederim.	55	21,5	104	40,6	42	16,4	42	16,4	13	5,1
10	Mesleğimde şimdi bir değişime gitmek benim için çok pahalıya mal olur.	46	18	84	32,8	51	19,9	56	21,9	19	7,4
11	Mesleğimi değiştirsem yaşantım alt üst olur.	35	13,7	50	19,5	54	21,1	92	35,9	25	9,8
12	Şimdi mesleğimi değiştirmek benim için çok daha zor.	53	20,7	88	34,4	47	18,4	51	19,9	17	6,6
13	Şimdi mesleğimi değiştirmek, büyük kişisel fedakarlık gerektirir.	50	19,5	100	39,1	51	19,9	44	17,2	11	4,3
14	Bu mesleğe şimdi değiştiremeyecek kadar çok şey verdim.	53	20,7	80	31,3	60	23,4	44	17,2	19	7,4

Tablo 4: Hemşirelerin Çalıştıkları Birimden Memnun Olma Durumlarının Mesleki Bağlılık Ölçeğine İlişkin Analiz Sonuçları

		<i>MADDE 5: Hemşirelik yapmaya istekliyim.</i>						Anlamlılık düzeyi
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	
Birimden memnun olma durumu	Evet	72	86	29	13	9	209	0,005
		34,4%	41,1%	13,9%	6,2%	4,3%	100,0%	
	Hayır	8	16	17	3	3	47	
		17,0%	34,0%	36,2%	6,4%	6,4%	100,0%	
Toplam		80	102	46	16	12	256	
		31,3%	39,8%	18,0%	6,3%	4,7%	100,0%	

Yapılan Ki-Kare testi sonucuna göre hemşirelerde birim memnuniyeti ile Mesleki Bağlılık Ölçeğinin 5.'inci sorusu (*Hemşirelik yapmaya istekliyim.*) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin %41,1'nin hemşirelik mesleğini yapmaya istekli olduğu görülmektedir (Tablo-4).

Tablo 5: Hemşirelerin Eğitim Durumlarının Mesleki Bağlılık Ölçeğine İlişkin Analiz Sonuçları

		<i>MADDE 9: Hemşirelik mesleğini devam ettirmek için bir sorumluluk hissederim.</i>						Anlamlılık düzeyi
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	29	50	12	11	1	103	0,001
		28,2%	48,5%	11,7%	10,7%	1,0%	100,0%	
	Ön Lisans	15	32	14	18	6	85	
		17,6%	37,6%	16,5%	21,2%	7,1%	100,0%	
	Lisans	11	22	16	13	6	68	
		16,2%	32,4%	23,5%	19,1%	8,8%	100,0%	
Toplam		55	104	42	42	13	256	
		21,5%	40,6%	16,4%	16,4%	5,1%	100,0%	

		<i>MADDE 5: Hemşirelik yapmaya istekliyim.</i>						
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Anlamlılık düzeyi
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	41	42	12	7	1	103	0,001
		39,8%	40,8%	11,7%	6,8%	1,0%	100,0%	
	Ön Lisans	26	31	20	3	5	85	
		30,6%	36,5%	23,5%	3,5%	5,9%	100,0%	
	Lisans	13	29	14	6	6	68	
		19,1%	42,6%	20,6%	8,8%	8,8%	100,0%	
Toplam		80	102	46	16	12	256	
		31,3%	39,8%	18,0%	6,3%	4,7%	100,0%	
		<i>MADDE 10: Mesleğimde şimdi bir değişime gitmek benim için çok pahalıya mal olur.</i>						
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Anlamlılık düzeyi
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	19	35	25	19	5	103	0,003
		18,4%	34,0%	24,3%	18,4%	4,9%	100,0%	
	Ön Lisans	19	27	16	15	8	85	
		22,4%	31,8%	18,8%	17,6%	9,4%	100,0%	
	Lisans	8	22	10	22	6	68	
		11,8%	32,4%	14,7%	32,4%	8,8%	100,0%	
Toplam		46	84	51	56	19	256	
		18,0%	32,8%	19,9%	21,9%	7,4%	100,0%	

		MADDE 14: Bu mesleğe şimdi değiştiremeyecek kadar çok şey verdim.						
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Anlamlılık düzeyi
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	23	40	23	13	4	103	0,005
		22,3%	38,8%	22,3%	12,6%	3,9%	100,0%	
	Ön Lisans	18	21	27	9	10	85	
		21,2%	24,7%	31,8%	10,6%	11,8%	100,0%	
	Lisans	12	19	10	22	5	68	
		17,6%	27,9%	14,7%	32,4%	7,4%	100,0%	
Toplam		53	80	60	44	19	256	
		20,7%	31,3%	23,4%	17,2%	7,4%	100,0%	

Yapılan Ki-kare testi sonucuna göre hemşirelerin eğitim durumları ile mesleki bağlılık arasında anlamlı bir ilişki vardır. Sonuca göre sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeyinin daha fazla olduğu görülmektedir.(Tablo-5).

3.3. Hemşirelerin Empatik Eğilimine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin empatik eğilim ölçeğine katılma durumlarının oranları görülmektedir. Örneklemin Empati Puan Ortalaması $x=72,81$ 'dir. Empatik Eğilim Anketinden alınabilecek maksimum puan 100 olduğu düşünüldüğünde örneklemin normal düzeyde empatik olduğunu söylenebilir (Tablo-6).

Tablo-6 : Empatik Eğilim Ölçeğinin Sonuçları

EMPATİK EĞİLİM ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1	Çok sayıda dostum var.	81	31,6	124	48,4	27	10,5	23	9	1	0,5
2	Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır.	69	27	145	56,6	16	6,3	21	8,2	5	2
3	Sıklıkla kendimi yalnız hissederim.	20	7,8	46	18	46	18	114	44,5	30	11,7
4	Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlamış ayrılırlar.	59	23	124	48,4	58	22,7	11	4,3	4	1,6
5	Başkalarının problemleri beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir.	50	19,5	109	42,6	50	19,5	43	16,8	4	1,6
6	Duygularımı başkalarına iletmede güçlük çekerim.	17	6,6	53	20,7	51	19,9	108	42,2	27	10,5
7	İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider.	7	2,7	23	9	36	14,1	127	49,6	63	24,6
8	Birisiyle tartışırken bazen, dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevap üzerine yoğunlaşır.	24	9,4	80	31,3	67	26,2	67	26,2	18	7
9	Çevrede çok sevilen bir insanım.	52	20,3	136	53,1	64	25	4	1,6	0	0
10	Televizyondaki filmler mutlu sona ulaşınca rahatlarım.	62	24,2	140	54,7	27	10,5	19	7,4	8	3,1
11	Düşüncelerimi başkalarına iletmede güçlük çektiğim olur.	16	6,3	76	29,7	57	22,3	78	30,5	29	11,3
12	İnsanların çoğu bencildir.	56	21,9	69	27	73	28,5	44	17,2	14	5,5
13	Sinirli bir insanım.	23	9	64	25	59	23	92	35,9	18	7
14	Genellikle insanlara güvenirim.	49	19,1	105	41	52	20,3	41	16	9	3,5
15	İnsanlar beni tam olarak anlamıyorlar.	25	9,8	60	23,4	73	28,5	79	30,9	18	7
16	Girişken bir insanım.	64	25	112	43,8	52	20,3	23	9	5	2
17	Bir yakınımın derdini anlatmak beni rahatlatır.	65	25,4	148	57,8	35	13,7	7	2,7	1	0,4
18	Genellikle hayatımdan memnunum.	71	27,7	143	55,9	32	12,5	9	3,5	1	0,4
19	Yakınlarım bana sık sık derdini anlatırlar.	65	25,4	148	57,8	35	13,7	7	2,7	1	0,4
20	Genellikle keyfim yerindedir.	61	23,8	138	53,9	44	17,2	13	5,1	0	0

Tablo 7: Hemşirelerin Eğitim Durumlarının Empatik Eğilim Ölçeğine İlişkin Analiz Sonuçları

		<i>MADDE 3: Sıklıkla kendimi yalnız hissederim.</i>						
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Anlamlılık düzeyi
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	12	24	21	38	8	103	0,001
		11,7%	23,3%	20,4%	36,9%	7,8%	100,0%	
	Ön Lisans	6	15	13	41	10	85	
		7,1%	17,6%	15,3%	48,2%	11,8%	100,0%	
	Lisans	2	7	12	35	12	68	
		2,9%	10,3%	17,6%	51,5%	17,6%	100,0%	
Toplam		20	46	46	114	30	256	
		7,8%	18,0%	18,0%	44,5%	11,7%	100,0%	
		<i>MADDE 8: Birisiyle tartışırken bazen, dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevap üzerinde yoğunlaşır.</i>						
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Anlamlılık düzeyi
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	16	35	23	24	5	103	0,004
		15,5%	34,0%	22,3%	23,3%	4,9%	100,0%	
	Ön Lisans	6	26	22	25	6	85	
		7,1%	30,6%	25,9%	29,4%	7,1%	100,0%	
	Lisans	2	19	22	18	7	68	
		2,9%	27,9%	32,4%	26,5%	10,3%	100,0%	
Toplam		24	80	67	67	18	256	
		9,4%	31,3%	26,2%	26,2%	7,0%	100,0%	

		MADDE 11: Düşüncelerimi başkalarına iletmekte güçlük çektiğim olur.						
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Anlamlılık düzeyi
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	9	37	20	25	12	103	0,004
		8,7%	35,9%	19,4%	24,3%	11,7%	100,0%	
	Ön Lisans	6	26	19	24	10	85	
		7,1%	30,6%	22,4%	28,2%	11,8%	100,0%	
	Lisans	1	13	18	29	7	68	
		1,5%	19,1%	26,5%	42,6%	10,3%	100,0%	
Toplam		16	76	57	78	29	256	
		6,3%	29,7%	22,3%	30,5%	11,3%	100,0%	
		MADDE 16: Girişken bir insanım.						
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	Anlamlılık düzeyi
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	37	41	17	5	2	103	0,002
		35,9%	39,8%	16,5%	4,9%	1,9%	100,0%	
	Ön Lisans	16	42	20	6	1	85	
		18,8%	49,4%	23,5%	7,1%	1,2%	100,0%	
	Lisans	11	29	15	12	1	68	
		16,2%	42,6%	22,1%	17,6%	1,5%	100,0%	
Toplam		64	112	52	23	4	256	
		25,0%	43,8%	20,3%	9,0%	1,6%	100,0%	

Yapılan istatistiksel analizde hemşirelerin eğitim durumları ile empati arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Önlisans ve lisans mezunu hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinin sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelere göre yüksek olduğu söylenebilir (Tablo-7). Bu analizde Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 8: Hemşirelerin Medeni Durumlarının Empatik Eğilim Ölçeğine İlişkin Analiz Sonuçları

		<i>MADDE 3: Sıklıkla kendimi yalnız hissedirim</i>						Anlamlılık düzeyi(p)
		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Karasızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Toplam	
Medeni durum	Bekar	10	19	20	34	10	93	0,003
		10,8%	20,4%	21,5%	36,6%	10,8%	100,0%	
	Evli	10	27	26	80	20	163	
		6,1%	16,6%	16,0%	49,1%	12,3%	100,0%	
Toplam		20	46	46	114	30	256	
		7,8%	18,0%	18,0%	44,5%	11,7%	100,0%	

Yapılan Ki-kare testi sonuçlarına göre hemşirelerin medeni durumları ile empati arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Evli hemşirelerin empatik eğilim düzeylerinin diğerlerine göre yüksek olduğu sonucuna varılabilir (Tablo-8).

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma Meyer ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olan üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeği ve Dökmen'in empatik eğilim ölçeği ile hemşirelerin mesleki bağlılık ve empati düzeylerini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonucu litatarürdeki çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir. Mesleki bağlılık ve devamlılığı ile empati arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş mesleki bağlılık düzeyinin yüksek olması empatik eğilimin olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Hemşireler mesleklerine duygusal ve normatif anlamda bağlılık hissetmektedirler. Bunun anlamı duygusal bağlılık boyutu ile bakıldığında hemşireler mesleklerine devam etmek istemelerinin nedeni kişinin üzerinde birçok sorumluluk olduğunu düşünmeleridir. Normatif boyut açısından yorumlandığında ise meslekten ayrılmayı doğru bulmadıkları, bu tür bir eylemde bulunursa suçluluk yaşayacakları ve mesleği devam ettirmek için sorumluluk hissettikleri olarak yorumlanabilir. Devamlılık boyutuna ait zayıflığın gerekçesi yine mesleğin kendi doğası ve çalışma şartları ile açıklanabilir. Hemşireler yaptıkları işi yaşam şartlarının ve sorumlulukların gerekliliğiyle ve çoğunlukla bu işi maddi kaygılarla sürdürdükleri sonucuna varılabilir.

Sonuç olarak, hemşirelerin mesleklerine karşı büyük ölçüde duygusal bağlılık duydukları ve bu oranda empati düzeylerinin artmadığı görülmüştür. Araştırmanın devlet hastanesi çalışanları ve özel hastane çalışanları arasında yapılması anlamlı bir fark yaratmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin gerek eğitimleri gerekse çalışma yaşamları boyunca mesleğe bağlılıklarını sağlayacak ve arttıracak uygulamaların onların örgütlerine karşı bağlılıklarını arttıracakları gibi ailelerine karşı bağlılıklarını olumlu yönde arttıracaktır.

Kaynaklar

1. BURGESS, A.W. (1990), Psychiatric Nursing: In The Hospital and The Community, 5.th Edition, Appleton-Lange, Norwalk, London.
2. CIMETE, G. (1988), “Empati”, Türk Hemşireler Dergisi, 3(4): 27-28.
3. ÇETİN, Ümit Fahri (2010), Ortaöğretim Düzeyi Gençlerde Dindarlık-Empati İlişkisi: Isparta Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.
4. DÖKMEN, Üstün. (1987), Empati Kurma Becerisi İle Sosyometrik Statü Arasındaki İlişki, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 20(1-2).
5. DÖKMEN, Üstün. (1989), Empatinin yeni bir modele dayanılarak Ölçülmesi ve Psikodrama ile Ölçülmesi, A. Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 21(1-2):155-190.
6. DÖKMEN, Üstün. (1994), Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. 1.Baskı, Ögünç Ofset, İstanbul.
7. DÖKMEN, Üstün. (1996), İletişim Çatışmaları ve Empati, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
8. GOLEMEN, Daniel (2000), İşbaşında duygusal zeka, ikinci baskı, İstanbul: Varlık Yayınları.
9. MEYER JP. ve STANDLEY DJ.(2002), Continuance and Normative Commitment to The Organization : A Meta-Analysis of Antecedents, Correlates and Consequences. Journal of Vocational Behavior, 61(1), 20-52.
10. MEYER, J.P., ALLEN, N.J. ve SMİTH, C.A. (1993), Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. Journal of Applied Psychology, 78, 538-551.
11. ÖZDEVECİOĞLU, M. ve AKTAŞ, A. (2007), Kariyer Bağlılığı, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Yaşam Tatmini Üzerindeki Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Rolü. Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, (28), 1-20.
12. ÖZLER, D. (2008), Mobbing’in Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (22), 37-60.
13. ÖZMEN, T. (2005), Akademisyenlerde Örgütsel ve Mesleki Bağlılığın İncelenmesine İlişkin Bir Örnek Araştırma. İşletme Fakültesi Dergisi,6(2), 1-14.
14. ROGERS, C. (1983), Empatik Olmak, Değeri Anlaşılmamış Bir Varoluş Şeklidir. (Çev: F. Akkoyun) A. Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, (16) 1: 103-124.
15. SHARMA, J.P. ve NAVAL, B. (2010), Organizational Commitment and Its Impact on Job Satisfaction of Employees: A Comparative Study in Public and Private Sector in India. International Bulletin of Business Administration, (9), 7-19.
16. TAK, B. ve ÇİFTÇİOĞLU, A. (2009), Üç Boyutlu Mesleki Bağlılık Ölçeğinin Türkçe’de Güvenilirlik ve Geçerliliğinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 10(1), 35-54.
17. TAŞDEMİR, G. ve KARAASLAN, A. (2000), “Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, 9. Anadolu Psikiyatri Günleri, 13-17 Haziran, Edirne.
18. UYGUÇ, N. ve ÇİMRİN, D. (2004), DEÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Merkez Laboratuvarı Çalışanlarının Örgüte Bağlılıklarını ve İşten Ayrılma Niyetlerinin Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Dergisi, 19(1), 91-99.

SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ VE YENİ KAMU HASTANELERİ BİRLİKLERİ İLE İLGİLİ DÜZENLEMELERİN YÖNETİCİLER ARASINDA ALGILANIŞI

Ferhat SAYIM*

Yıldırım TEMİR**

ÖZET

Türkiye’de son 10 yılda sağlık yönetimi alanında bir çok düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemelerin belki de en büyüğü 2012 yılında uygulamaya geçen ve “Kamu Hastane Birlikleri” Yasası olarak adlandırılan düzenlemedir. Düzenleme uygulamalar yönüyle henüz çok yenidir. Ancak bir çok tartışmayı beraberinde getirmiştir. Teşkilat yöneticileri ve yetkiler içinde çok büyük değişiklikler yapılmıştır. Ani ve büyük çaplı değişiklikler sağlık çalışanları arasında endişelere sebep olabilmektedir. Yeni yasanın getirdiklerinin konuşulmayan ihtiyacı vardır. Tarafsız gözlemlere ihtiyaç görülmektedir. Alt düzenleme ve değişikliklerin de sağlık teşkilatının işleyişine etkileri görülmektedir. Ayrıca bu düzenlemenin, sektörün baskın özellikleri ile de uyumu incelenmelidir.

Bu çalışmada, kısaca sağlık piyasasının özellikleri ve sağlıkta insan kaynakları yönetimine dair ayırıcı literatür bilgilere yer verilmiştir. Sonra, güncel düzenlemelere değinilmiştir. Sağlık Bakanlığının yönetim kademesinde yeni düzenleme incelenmektedir. “Kamu Hastane Birlikleri”nin yapısı incelenip, yaşanan değişiklikler ile mevcut ve olası yansımalarından bahsedilmektedir. Uygulamaya ilişkin ilk değerlendirmelerin ortaya konmasına çalışılmaktadır. Yaşanan sorunların sistematik biçimde ortaya konmasına çalışılmaktadır. Sorunların tespiti için saha çalışması yürütülmüştür. Yerel ve merkez teşkilat yöneticileriyle görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerden elde edilen sonuçlar sistematize edilmiştir. Çalışma ile düzenlemeye ilişkin geri dönüşler hedeflenmiştir. Bu geri dönüşlerin bilimsel bir çerçevede ele alınması da amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kamu Hastaneleri, Hastane Yönetimi, İnsan Kaynakları Yönetimi, Sağlık Yönetimi

* Yrd.Doç.Dr., Yalova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü,
f_sayim@hotmail.com

** Dr.Bşhkm Yrd., Yalova Devlet Hastanesi, yildiritemir@gmail.com

HEALTH ORGANIZATION HUMAN RESOURCES MANAGEMENT. AND PERCEPTIONS OF DIRECTORS FOR THE REGULATIONS ABOUT NEW PUBLIC HOSPITAL ASSOCIATION

ABSTRACT

Turkey in the last 10 years, many regulations have been made in the field of health management. Perhaps the greatest of these regulations in 2012 passed to the application and the "Association of Public Hospitals" The law is called editing. Regulatory aspects of applications is still very new. However, the debate has brought a lot. Organization administrators and moderators and huge changes have been made in. Sudden and large-scale changes may cause concern among health care workers. The new law that imposed by the unspoken needs. There is a need for objective observations. Sub-editing and organization of the changes in the functioning of the health effects are observed. In addition to these regulations, consistent with the industry's dominant features should be examined.

In this study, the characteristics of the market brief health and the health of human resource management literature are given on the release. Then, the current arrangements are discussed. New regulation of the Ministry of Health in management positions are examined. "Public Hospital Associations" examined the structure, the current and potential impact with the changes observed are discussed. The first evaluation of the application is attempted to be set forth. Of the problems is attempted to be set out in a systematic way. Fieldwork was carried out for the detection of problems. Interviews were conducted with managers of local and central organization. The results obtained from these interviews have been systematized. Working with the regulatory returns were targeted. This return is also aimed at addressing a scientific framework.

Key Words: *Public Hospitals, Human Resources Management, Health Administration, Hospital Administration,*

Giriş

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve kalite standartlarının sürekli yükseltilmesi tüm dünyada çok güncel ve dinamik bir konu olarak karşımızdadır. Demografik veriler başta olmak üzere toplumsal verilerdeki değişiklikler, iklim değişiklikleri sağlık hizmetlerine ilişkin gereklilikleri ve öncelikleri değiştirmektedir. Teknolojik gelişme üretilen hizmetin kalite ve miktarını değiştirirken, artan iletişim imkanları bu gelişmelerin tüm toplumlar açısından erişilebilir hale getirilmesi beklentisini arttırmaktadır. Bu beklenti artışı sağlık talebi ve sağlık harcamalarını yukarı yönlü arttırmaktadır. Artan maliyetler, eşitlik, erişilebilirlik gibi sorunlar daha görünür hale gelmektedir. Bu sorunları aşmak için dinamik bir reform süreci işlemekte ve yeni stratejiler geliştirilmektedir.

2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türk Sağlık Sistemindeki göstergelerin gelişmiş ülkelerdeki göstergeleri yakalaması hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı , Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi olma rolünü gözden geçirerek; sağlık sektöründe strateji belirleyen ve sağlık hizmetlerinin sunumunu denetleyen bir kurum olma gereği üzerine kurulu reform yaklaşımlarını gündeme almıştır.

Sağlık hizmetleri doktorların yönetim ve gözetiminde olmak üzere geniş bir kadro tarafından üretilmektedir. Sağlık kurumlarının ve bürokrasisinin tepe kadroları ve bir çok departmanın başı özellikle kamuda olmak üzere tıp eğitimi almış doktorlar tarafından doldurulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin GSMH’ dan aldığı pay sürekli artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin içinde bulunulan iktisadi sistem içindeki yerinin belirlenmesi ve piyasadaki işletme kurallarına uyumlaştırılması, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması çalışmaları ve sürdürülebilir bir iyileştirme açısından hayati önem taşımaktadır (Sayım, 2009, s. 142). Sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve halka arzında istihdam edilen kadro, genellikle işletme teknikleri açısından eğitim almamış kişilerden oluştuğu son dönemde daha çok konu edilir olmuştur. Sağlık hizmetleri üretiminde alternatif politikalar ve iktisadi bütünlüğe uyumlaştırma programlarını tasarlayabilmek asgari düzeyde de olsa ekonomi ve işletme bilgisini gerektirmektedir. Yöneticilerin bu yönden eksikliklerinin giderilmesi için çeşitli yüksek lisans ve sertifika programlarına ağırlık verilmiş bunlar teşvik edilmiştir. Bir yandan da bu sürecin tamamlayıcısı olma düşüncesiyle de olsa kamu sağlık kurumlarının yönetiminde sözleşmeli kadroları esas alan bir yapı yürürlüğe alınmıştır.

Kamu Hastanelerinde Personel İstihdamı Türleri

Son hali ile kamu sağlık kurumlarında personel istihdamı; memur, dört farklı türde sözleşmeli personel, hizmet alımı yoluyla personel, vekil ebe ve hemşire ile yabancı sağlık personeli istihdamı olarak çok parçalı bir karakterde ve “esnek” bir yapı halini almıştır.

Tablo 1 2002-2012 Yılı Sağlık Bakanlığında İnsan Kaynağı Dağılımı

	2002	2012
Uzman Hekim	45.457	68.262
Pratisyen Hekim	30.900	35.739
Asistan Hekim	15.592	20.218
Toplam Hekim	91.949	124.219
Diş Hekimi	16.371	20.602
Eczacı	22.289	26.081
Hemşire	72.393	125.191
Ebe	41.479	50.569
Diğer Sağlık Personeli	50.106	122.067
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	229.790
Toplam Personel Sayısı	378.551	698.519

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, 2013, s. 34)

Memurlar:

657 DMK ‘a göre istihdam edilen sağlık personelidir. Bu istihdam biçiminde sağlık çalışanları memur statüsünde olup, işveren devletin çeşitli organlarıdır. Bu oranlar sağlık çalışanlarını genel personel rejimine tabi olarak istihdam eder. Türkiye’de 657 Sayılı Yasa ile düzenlenmiş olan personel rejimi bunun örneğidir (Akdur, s. 3)

4924 Sayılı Kanuna Dayalı Sözleşmeli Personel İstihdam:

Bu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında” idari hizmet sözleşmesi ile “çakılı pozisyon” esasına göre sağlık personeli çalıştırma olanağı sağlanmıştır. (Sayan & Küçük, 2012, s. 177)

Kanun metnindeki amaç kısmından da anlaşılacağı üzere; eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilmesinin önünü açan bu uygulama ile sağlık personeli istihdam edilmektedir. İşçi sayılmayacak bu sağlık personelinin hizmet şartları, nitelikleri, işe alınma ve işine son verilme halleri, görev ve yetkileri, hak, yükümlülük ve sorumlulukları, ücret ve diğer ödemeleri ile özlük işlerini düzenlemede de bu kanun esas teşkil etmiştir.

657 Sayılı DMK Kanununun 4/B Maddesine Göre İstihdam

5413 sayılı kanundaki ek madde 3 ile “Kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak kaydıyla 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36’ncı maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda çalıştırılmak üzere merkezi sınav sonuçlarına göre 657 sayılı Kanunun 4’üncü maddesinin (B) fıkrasına tabi sözleşmeli personel” şeklindeki statü ile tanımlanan insan gücü olarak ifade edilebilir.

Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı İstihdamı

Birinci basamak sağlık hizmetleri sunan “Aile Sağlığı Merkezi”nde sözleşmeli görev yapan hekim ve aile sağlığı elemanlarıdır. Bu statüde çalışan personel, kendi isteğiyle veya sözleşmenin sona ermesiyle, ücretsiz izinli sayıldığı 657 kadrosuna tereddütsüz geri dönme hakkına sahiptir. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununa göre Aile sağlığı elemanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakati verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelini bu hizmetler için görevlendirebilir. İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. Bu personelin, sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilerek her yıl işlem yapılır ve bunlar talepleri halinde eski görevlerine atanırlar.

Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmalarını hizmet sürelerinde dikkate alınır.

663 Sayılı KHK Kapsamında Sözleşmeli İstihdam

Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği yönetiminde görev alan yöneticilerin statüsüdür. KHB’de sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmelerinin ayrılmaz parçasının “performans ölçütleri” olarak belirlenmesi ve bunun da KHK’nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında yer aldığı gibi “başarı” ölçütüne bağlanması kamu hastanelerine ekonomik birer işletme özelliği kazandırmaktadır. Söz konusu KHK’nın 45. maddesinde yer alan ve “sözleşmeli uzman” çalıştırılması düzenleyen bir diğer husus ise, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında özel bilgi ve ihtisas gerektiren nitelikli bir işin yapılması veya proje hazırlanması veya yürütülmesi için 657 sayılı kanun ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın proje süresince ve her halde üç yıla kadar sözleşme ile yerli ve yabancı uzman çalıştırılabilmesidir.

Hizmet Alımı Yoluyla Personel İstihdamı

Bir işletme tekniği olarak dışarıdan hizmet alımı (outsourcing) başlığıyla değerlendirilen bir uygulamadır. İşletme açısından; temel öz yeteneklere odaklanmak, maliyetleri düşürmek, hastane içinde yapılamayan faaliyetlerde uzmanlık elde etmek gibi amaçlar gözetilmektedir (Döğücü & Sayım, 2009, s. 264). Taşeron uygulaması olarak ta adlandırılabilen bu yapı; sağlık kurumlarında yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlasa da diğer destek hizmetlerine de yayılmıştır.

Tablo2.Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Değişim(Kadroolu-Hizmet Alımı)

Personel sayısı	1994	2002	2011
Kadroolu	228.000	245.000	358.000
Hizmet Alımı	7.000	11.000	129.000
Toplam	235.000	256.000	478.000

Kaynak: (Akdağ, 2012, s. 254)

Yabancı Sağlık Personeli İstihdam

Yabancı personel istihdamı 663 sayılı KHK’nın 49. maddesi ile getirilen sağlık serbest bölgeleri uygulaması ile birlikte değerlendirilebilmektedir. Sağlık serbest bölgelerinin ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması, son yıllarda popüler hale gelen sağlık turizmini geliştirmek ve yabancı doğrudan yatırımları ve sermaye girişini teşvik etmek gibi amaçlardan söz edilmektedir. (Sayan & Küçük, 2012, s. 197) Türk vatandaşı olmayıp, başka ülkelerde sağlık eğitimini tamamlamış ve Sağlık Bakanlığı kadrolarında görev yapacak personeldir.

Kamu Hastane Birlikleri Yapılanması

Teşkilat yapılanması içinde, Kamu Hastane Birlikleri, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşu olan Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'na bağlı olarak hizmet verir.

Şekil-1 Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Organizasyon Şeması



Kaynak: (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Teşkilat Şeması)

Şekil 2: Kamu Hastane Birlikleri Teşkilat Şeması



Kaynak: (Karaman Kamu Hastaneleri Birliği Organizasyon Şeması)

Kamu Hastane Birlikleri Yasası Ve Yasanın Getirdikleri

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının yeniden yapılanmasını amaçlayan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname(663 Sayılı KHK) 02.11.2011 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Bu yasa ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları “kamu tüzel kişiliğine sahip” ve “özerk” bir yapı taşıyan “Kamu Hastane Birlikleri” çatısı altında yeniden örgütlenmiştir. Yasal düzenleme ana hatlarıyla şu şekilde özetlenebilir (Boz, 2013, s. 12).

- Sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurularak, aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği gibi birden fazla ili kapsayacak şekilde de “**Birlik**”.kurulur Bir ilde Birlik kapsamı dışında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastane bırakılamaz
 - Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur.
 - “**Genel sekreterlik**” birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreter olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde 8 yıl iş tecrübesine sahip olmak gerekir
 - Genel sekreterlik bünyesinde üç ayrı başkanlık bulunur
- a) Tıbbi hizmetler başkanlığı
- b) İdari hizmetler başkanlığı
- c) Mali hizmetler başkanlığı
- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile geleneksel hastane yönetimi uygulamasına son verilmiştir. Yeni düzenlemede Kamu Hastane Birliğine bağlı hastaneler, “**Hastane yöneticisi**” tarafından idare edilecek. Hastane yöneticisi, il düzeyinde kurulan hastaneler birliği genel sekreterinin hastane ölçeğinde, görev, yetki ve sorumluluklarına sahiptir. Hastane yöneticisi olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak şarttır.
 - Hastane yöneticisine bağlı olarak;
- a) Başhekimlik
- b) İdari ve mali işler müdürlüğü
- c) Sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü kurulur.
- Birlik bünyesinde personel hareketleri genel sekreter tarafından gerçekleştirilir Bu düzenlemeyle genel sekreter birlik bünyesinden bir personeli bir hastaneden başka bir hastaneye atayabilir.
 - Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri ve yatırımlarının müştereken planlanması ve işbirliğinin geliştirilmesi amacıyla, belirleyeceği birden fazla birliği bir araya getirerek,” **birlikler koordinatörlüğü**” oluşturabilir
 - Kurum başkanı, genel sekreterle doğrudan; başkanlar ve hastane yöneticileriyle genel sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Başhekim ve müdürlerle hastane yöneticisinin teklifi üzerine genel sekreter tarafından sözleşme yapılır.Bu kapsamda görev alanlar “**sözleşmeli personel** “ statüsündedir
 - Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre “**performans değerlendirme**” sine tabi tutulur. Bu değerlendirme her yıl tekrarlanır
 - Değerlendirme sonuçlarına göre 100 üzerinden puan verilen hastaneler “**A, B, C, D ve E Sınıfı Hastane**” olmak üzere 5 sınıfa ayrılır. Birliğin sınıf grubu , bünyesindeki hastanelerin ortalaması ile bulunur
 - Değerlendirme sonucunda başarısız bulunan hastanelerin birlik sekreteri de başarısız olarak değerlendirilip, belirlenen esaslar doğrultusunda kurumla sözleşmesine son verilebilir

- Birlik; bölgesinde hizmetlerin etkin, kolay ulaşılabilir, verimli ve halkın ihtiyaçlarına uygun şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla; yeni hastane kurma, mevcut hastanelerin içinde yeni üniteler kurma, verimsiz çalışan üniteleri kapatma, bünyesindeki hastaneleri birleştirilme kararı yetkisine sahiptir
- Birlikler satın alma ve kiralama yetkisine sahiptir
- Birliğin sermayesi; devredilen sermaye, birlik karları, bağış ve yardımlarla gerektiğinde bakanlık bütçesine bu amaçla konulan ödeneklerden yapılacak yardımdan oluşur. Birlik, verdiği sağlık hizmetlerinden de gelir elde eder.
- Birliklerde çalışan personelin her türlü aylık ve mali haklarıyla diğer sosyal hakları, birlik bütçesinden karşılanır
- Birlik; idari ve teknik yönden Sağlık Bakanlığı'na , mali yönden Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı'na , dış denetimde ise Sayıştay'a bağlıdır
- Ülke genelinde sağlık personelinin dengeli dağılımını sağlamak amacıyla birliklerin kadro ve sözleşmeli sağlık personeli pozisyonlarına yapılacak atama ve nakillerle ilgili planlama yapma ve yerleştirme yetkisi Sağlık Bakanlığı'ndadır
- Birlik; personelin katkısıyla elde edilen birlik gelirlerinden, birlik personeline ek ödeme yapılabilir. Ödemeler, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları, performansı, çalıştığı bölümün taşıdığı riske göre belirlenir. Ancak bu miktar, personelin katkısıyla elde edilen aylık birlik gayrisafi hasılatının yüzde 40'ını aşamaz

Uygulama ile birlikte birliğe dönüştürülme kararı verilen sağlık kurumları bünyesinde bulunan baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire unvanlı kadroları sona ermiştir. Buna karşılık yeni tanımlanan genel sekreter, tıbbi hizmetler başkanı, idari hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı, uzman ve hastane yöneticisi pozisyonları kapsamında yeni kadrolar ihdas edilmiştir.

Alan Araştırması

Araştırmanın Amacı

2012 yılında yürürlüğe alınan uygulamaya ilişkin ilk değerlendirmelerin ve yaşanan sorunların sistematik biçimde ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışma ile yeni olan ve etkileri hissedilmeye başlanan düzenlemeye ilişkin geri dönüşlerin bilimsel bir çerçevede ele alınması ve düzenlemeyi yapanlara yol göstermesi de hedeflenmektedir.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini Yalova ve çevresindeki kamu hastanelerinde görev yapmış olan üst düzey yöneticiler oluşturmuştur. Bildiri tarihi itibarıyla geri dönüşler devam etmektedir.

Çalışmanın Yöntemi

Sorunların tespiti için saha çalışması olarak yürütülen yerel ve merkez teşkilat yöneticileriyle görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde yarı yapılandırılmış formla çalışanları genel değerlendirmelere ilişkin görüşleri sorulmuştur. Ayrıca kendilerinin özgün değerlendirmeleri not edilmeye çalışılmıştır. Sonrasında genel değerlendirme başlıklarına

verilen cevaplar bu başlıklar altında bir araya getirilmiştir. Özgün olarak yapılan değerlendirmelerde konularına göre yakınlık çerçevesinde bir araya getirilmiştir

Bulgular

Düzenleme Çıkmadan Önceki Bazı Söylemler İçin Mevcut Görüşler

Bu düzenleme çıkmadan önce çeşitli platformlarda ifade edilen olası yaygın sakıncalara ilişkin görüşler (Koray, 2013)in bir kısmı seçilerek, mevcut yöneticilere sorulmuş ve değerlendirmeleri alınmıştır.

Özelleştirme Uygulamalarının Yaygınlaşacağı Yönündeki Algıda Son Durum

Düzenlemenin tartışıldığı dönemde en önemli eleştirilerden biri, düzenlemenin kamu hastanelerini özelleştirmek için bir adım olduğu şeklindeki düşüneydi.

Düzenlemenin sağlıkta özelleştirmeye hazırlık olduğu, sağlıktaki eşitsizlikleri artıracığı şeklinde sendika ve örgütler tarafından eleştiri aldığı ifade edilebilir.

Bu eleştiriler uygulama üzerinden yaklaşık 2 yıl geçtikten sonra yönetici sağlık personeline sorulduğunda genel olarak; düzenleme çıkmadan önce konuşulan taslağa ilişkin hususların önemli bir kısmının geçerli hale gelmediği, dolayısıyla gerçekleşen düzenlemenin ve ilk uygulamaların özelleştirme yönünde bir kapı açmadığını ve bir takım faydalar getirdiği şeklinde cevaplar alınmıştır.

İnsan Kaynakları Yönetiminde Etkinsizlik Olacağı Yönündeki Algıda Son Durum

“Düzenlemede birlik personelinin gerek yönetici kadrolarının gerekse sağlık personelinin sözleşmeli personel statüsünde istihdam edileceği görülmektedir. Bu durumda bir personel politikasından bahsetmek mümkün değildir. Kamu personel rejimi, göreve alınmada ve görevde yükselmede kariyer ve liyakat ilkelerine dayanmaktadır. Memurlar ve diğer kamu görevlilerine sağlanan güvencenin temel amacı ise, bu gibilerin kamu görevini hiçbir etki altında kalmadan, yalnızca kamusal çıkarları gözeterek yerine getirmesidir. Sözleşmeli personel istihdamı politik kişisel etkilerin ön plana çıkmasına neden olacağı aşikârdır. İnsan kaynağı planlaması, yeterli sayıda ve nitelikteki insanın gereken zamanda sağlanmasına imkan veren bir tekniktir. Sözleşmeli personel istihdamı sırasında politik kişisel etkilerle yeterli nitelikte ve sayıda personel istihdam edilememe sorunu çıkabilecektir.

Sağlık sektöründe doğru personel seçimi kuruluşların başarısı açısından kilit unsurlardan biridir. Bir hastanenin başarı veya başarısızlığı hastanede görev yapan sağlık ekibinin yetkinliği ve performansı ile yakından alakalıdır. Yeterli bilgi, tecrübe ve yeterliliğe sahip olmayan bir sağlık ekibi ile sağlık hizmetlerinde kalitenin yakalanması mümkün değildir. Bu bakımdan gerekli yetkinliklerin doğru bir şekilde belirlenmesi ve işin gereklerine uygun personel seçimi yapılması gerekmektedir.

Sağlık sektöründe performans değerlendirme uygulamalarında karşılaşılan en önemli zorlukların başında performans kriterlerinin doğru tespit edilememesi gelmektedir. Özellikle performans değerlendirme yalnızca bakılan hasta sayısı veya yapılan tetkik sayısı gibi nicelik ölçütlerinden oluştuğunda ciddi sorunlarla karşılaşmaktadır bu yüzden çok yönlü kriterler

kullanılmalıdır. İkinci sorun ise, performans değerlendirme sistemine hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi gibi nitelik ölçütleri katılmadığında daha yüksek performans puanı ve buna bağlı olarak daha fazla gelir elde etmek isteyen doktorların gereksiz tetkikler istemesi veya çok sayıda hasta bakmak için hizmet kalitesinden ödün vermesi gibi iş ahlakı açısından problemler gündeme gelmektedir.

Birliğe bağlı hastaneler ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından oluşacak olup; hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite ve verimlilik gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulacaklar. Hastanelerin sınıflandırılmasında puanlar esas alınacak. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacaktır. Değerlendirme kriterleri hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, kalite ve verimlilik gibi nitel ölçütler kullanıldığı için hizmet kalitesi artacaktır.”

Bu eleştiriler uygulama üzerinden yaklaşık 2 yıl geçtikten sonra yönetici sağlık personeline sorulduğunda genel olarak

Kanunda birlik personelinin öncelikle yönetici kadroları sözleşmeli personel statüsünde istihdam edildiği, diğer sağlık personeli için uygulanan rejim birlik statüsüne geçmeden önce uygulanan rejim olarak devam ettiği, özellikle sağlık personelinin bilgi, tecrübe ve yeterliliğinin KHB ile ilgisi olmayıp bu durum tamamen diploma veren eğitim kurumlarının sorumluluğunda olduğu ve atamaların personelin diplomasındaki ünvanına göre yapıldığı ifade edilmiştir. (Ancak sözleşmeli personelin seçimine ilişkin değerlendirmelerde ileriki sorularda bir takım eleştiriler de getirilebilmektedir.)

Hastanelerde değerlendirme kriterlerinin 1 tıbbi 2 idari 3 mali 4 eğitim 5 kalite, hasta ve çalışan güvenliği kriterleri olarak beş bölümden oluştuğu; kamu hastanelerinde karne tabir edilen performans kriterleri ile özellikle hekimler için performans puanı uygulamaları karıştırıldığı ifade edilmiştir. Hekimler için uygulanan performans değerlendirmelerinde bakılan hasta sayısı veya yapılan tetkik sayısı gibi nicelik ölçütleri zamanla geliştirilmiş olup hastanın hastalığının tedavi edilip edilmediği ilkesi benimsendiği, hastanelerin karne tabir edilen performans değerlendirme kriterlerinde hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, kalite ve verimlilik gibi nitel ölçütler kullanıldığı için hizmet kalitesi arttığı, diğer hastanelerle karşılaştırma yapabilme imkanı doğacağı şeklinde görüşler alınmıştır.

Kar Amaçlı Sağlık İşletmesi Modeli Olduğuna Dair Algıda Son Durum

“Hastanelerin birlik adı altında iktisadi işletme, hatta ticari şirket haline dönüştürülmek istendiği şeklinde eleştiriler getirilmiştir. Değişikliğin genel amacının Devlet hastanelerinin kamu hizmeti üreten kurum statüsünden çıkarılarak hizmetlerin kâr güdüsüyle sunulduğu sağlık işletmesi modeline geçirilmesi olduğu şeklinde söylemler de geliştirilmiştir. "Hastanelerde verilen sağlık hizmeti tıp hizmeti ve otelcilik hizmeti olarak ikiye ayrılabilceği yaygın düşüncesi göz önüne alındığında kar amacı ile çalışan hastanelerin tıbbi hizmet kalitesini düşürerek otelcilik hizmetlerine ağırlık vermelerinin olası olacağı; ayrıca Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin işletmelere dönüşerek üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına özel

işlevlerin de yok sayılacağı şeklinde değerlendirmeler yapılmıştır. Kar maksimizasyonu esas alındığında eğitimin ikinci hatta üçüncü sıraya atılabileceği konuşulmuştur.”

Bu eleştiriler uygulama üzerinden yaklaşık 2 yıl geçtikten sonra yönetici sağlık personeline sorulduğunda genel olarak

Algının düzeltilmesi gerektiği; kamu hastanelerinin eğer kar amaçlı olsalar bu amacın sonucu olarak yoğun bir kar transferi söz konusu olması gerektiği, ancak başka birim ya da sektörlere kar transferinin söz konusu olmadığı, çalışanlara ödenen döner sermaye paylarının etkinliğine ilişkin çalışmaların elbette yapılması ancak bunun ayrı değerlendirilmesi gereken bir konu olduğu; esas uygulama alanının sağlık hizmeti olduğu ifade edilmiştir. Sağlık hizmetinin sadece tıp hizmeti ve otelcilik hizmeti olarak ayrıldığı, tıp hizmeti, sağlık bakım hizmeti, idari hizmetler ve mali hizmetler olarak ayrıldığı, otelcilik hizmetlerinin idari hizmetlerin içinde değerlendirildiği ifade edilmiştir. Bir başka sözleşmeli personel ise esas amacın kısıtlı olan ülke kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanılarak daha fazla insanımıza daha kaliteli hizmet sunmak olduğuna vurgu yapmaktadır. Şeklinde cevaplar alınmıştır.

Uygulamadan Beklenen Temel Faydalar ve İlk Uygulama Sonuçlarına Göre Personeldeki Gerçekleşme Algısı

Bu düzenleme için hazırlık aşamasında çeşitli platformlarda ifade edilen temel fayda ve gerekliliklere ilişkin görüşler’in (Koray, 2013) bir kısmı seçilerek, mevcut yöneticilere sorulmuş ve değerlendirmeleri alınmıştır.

- Özellikle hem sağlık hem de yönetim alanında eğitim almış profesyonel yöneticilerin kurumları yönetmesinin önünün açılması nedeniyle sağlık sektörüne etkin ve verimli bir yönetim anlayışı hedeflenmiştir. Bu hedefin gerçekleşip gerçekleşmediğine, bu hedef çerçevesinde iyiye gidiş ya da kötüye gidiş beklentisi sorulduğunda yöneticilerin genel olarak; Hastanelerde KHB ne geçmeden önceki döneme göre etkin ve verimli yönetim anlayışında olumlu gelişmelerin yaşandığı; ayrıca idari personel ve sağlık personelinde yüksek lisansa devam etme sayısında ciddi artış olduğu şeklinde görüşler ifade edilmiştir.
- Hesap verebilir, şeffaf, performans odaklı, entegrasyonu güçlü, rekabet edebilir, stratejik bakış açısına sahip bir yönetim anlayışı nedeniyle kaynak israfının önüne geçilerek sürdürülebilir bir yapı hedeflenmiştir. Bu hedefin gerçekleşip gerçekleşmediğine, bu hedef çerçevesinde iyiye gidiş ya da kötüye gidiş beklentisi sorulduğunda yöneticilerin genel olarak iyiye doğru gidiş olduğu; çünkü idari ve mali konularda yeni takip kriterleri ve yöntemlerinin geliştirildiği, hedefler ve sapmaların gerçek zamanlı olarak takip edilebildiği, konusunda uzman olan personel istihdamında da iyiye gidiş gerçekleştiği ifade edilmiştir.
- Bu güne kadar Sağlık Bakanlığında sadece hekim merkezli yönetim anlayışının yerine diğer alanlardan da kişilerin yönetici olabilmelerinin önünün açılması yoluyla, o mesleklere mensup kişilerin de kurumlarına bakış açılarının değiştirilerek ekip ruhu ve aidiyet duygusunun geliştirilmesine katkı sunması hedeflenmiştir. Bu hedefin gerçekleşip gerçekleşmediğine, bu hedef çerçevesinde iyiye gidiş ya da kötüye gidiş beklentisi sorulduğunda yöneticilerin genel olarak hekim merkezli yönetimin henüz terk edilmediği; Genel sekreter ve yöneticilerin tamamına yakınının hekim kökenli olduğu; diğer kademelerde diğer alanlardan personel istihdamı yapıldığı; yöneticiliğin

profesyonel anlamda yapılabilmesi için hekim merkezli yöneticilerin bilgi ve deneyimlerinin artırılması yönünde uygulama ve eğitimler yapıldığı ifade edilmiştir.

- Merkezden yönetim yerine yerinde yönetim anlayışı yoluyla esnek, bürokrasiden kurtulmuş bir yapının kurulması hedeflenmiştir. Böylece birlik yöneticilerinin toplumun ve sağlık personellerinin sorunlarını yerinde gözlemlene ve çözüm üretme olanağı sağlayabileceği ve bu bağlamda Sağlık Bakanlığı merkez örgütlerinin de, hizmet sunumunda taşıdığı aşırı yük ve sorumluluk yerine stratejik planlama, araştırma, planlama ve halk sağlığı sorunlarına eğilme şansını elde edebilmesi hedeflenmiştir. Bu hedefin gerçekleşip gerçekleşmediğine, bu hedef çerçevesinde iyiye gidiş ya da kötüye gidiş beklentisi sorulduğunda yöneticilerin genel olarak merkezi yönetimin etkisinin tamamen ortadan kalktığına söylenemeyeceği, hala personel planlaması ve atamasının merkezden yapıldığı, sadece il içindeki bazı değişiklikleri yapma yetkisi devredildiği, mali konularda üretilen hizmet karşılığı oluşan tahakkuk bedelinin merkez tarafından planlandığı ve kesintilere tabi tutulduğu; yatırım planları ve cihaz alımları için merkezden onay alınması gerektiği ifade edilmiştir.

Ortaya Çıkması Beklenen Sorunlara İlişkin Mevcut Algılar

Bu düzenleme için çeşitli platformlarda ifade edilen “yol açabileceği sorunlar”a ilişkin görüşler’in (Boz, 2013) bir kısmı seçilerek, mevcut yöneticilere sorulmuş ve değerlendirmeleri alınmıştır. Yapılan görüşmeler neticesinde yöneticilerin yeni düzenlemenin şu sorunları da beraberinde getirip getirmediği sorulmuş verilen cevaplardaki keskinlik ve vurgu çerçevesinde her bir problemin yanına yöneticilerin ortalama algısı yazılmıştır.

- Yıllar içerisinde yerleşmiş olan iş yapma biçimi, kültür ve ilişkiler nedeniyle bu süreç, belirli bir dönem belirsizlikler, karmaşa ve olumsuzluklara sebep olabilir. (Gerçekleşme:((Az))... Orta.... Çok....)
- Yönetici atamalarının merkezi bir sınav yada objektif kriterlere bakılarak atanması yerine sadece lisans mezunu olmak vb. özelliklerle atanması liyakat sorununu gündeme getirecektir. (Gerçekleşme:Az... ((Orta))X. ((Çok))X)
- Rekabet yoluyla ucuzlayan sağlık hizmetine aşırı talebin ortaya çıkması durumunda, sağlık harcamalarının artması ile rekabetten sağlanacak kazançları silebilir(Gerçekleşme((Az))X Orta.... Çok....)
- Yöneticilerin sözleşmeli personel statüsünde çalışması “iş güvencesi” sorununu gündeme getirebilir. (Bu yöneticilerin tamamına yakını sağlık bakanlığı kadrolarında memurdur. Sözleşme bittiği an kadrosuna döneceğinden iş güvencesi sorunu olamaz yöneticilik pozisyonunu kaybeder) gerçekte:Az... ((Orta))X Çok....)
- Hastanelerin performans değerlendirmesi ile sınıflanması sonucu bazı hastaneler prestij kaybedip talep daralması yaşayabilirler. Yine hastaların üst sınıftaki hastaneleri tercih etmesi sonucu, mali kaynak ve prestij kaybı yaşanan hastaneler daha zor duruma düşebilir. (Gerçekleşme((Az))X Orta.... Çok....)
- Sağlık sektörüne sunulan hizmetler kamusal yarar sağlamayı amaçladığından, serbest piyasa dinamiklerine uygun değildir. Dolayısıyla rekabetten istenen faydalar oluşmaz.(Gerçekleşme:Az... ((Orta))X.... Çok....)
- Çalışanların, hastane yönetimine dahil edilmemesi, “yönetişim “ anlayışı açısından uygulamayı zayıf kılmaktadır. (Gerçekleşme:Az... ((Orta))X. Çok....)

Sonuç

Verilen cevaplar birlikte değerlendirildiğinde yöneticilerin düzenleme çıkmadan önce ortaya konan başlıca eleştirilerin düzenleme sonrası uygulamalarda karşılığını bulmadığını en azından şimdilik özelleştirme gibi bir kaygılarının olmadığını ifade ettikleri görülmektedir.

Uygulamadan beklenen temel faydaların gerçekleşme durumları sorulduğunda;

- Hastanelerde KHB ne geçmeden önceki döneme göre etkin ve verimli yönetim anlayışında olumlu gelişmelerin yaşandığı; ayrıca idari personel ve sağlık personelinde yüksek lisansa devam etme sayısında ciddi artış olduğu şeklinde görüşler ifade edilmiştir.
- İdari ve mali konularda yeni takip kriterleri ve yöntemlerinin geliştirildiği, hedefler ve sapmaların gerçek zamanlı olarak takip edilebildiği, konusunda uzman olan personel istihdamında da iyiye gidiş gerçekleştiği ifade edilmiştir.
- Hekim merkezli yönetimin henüz terk edilmediği; Genel sekreter ve yöneticilerin tamamına yakınının hekim kökenli olduğu; diğer kademelerde diğer alanlardan personel istihdamı yapıldığı; yöneticiliğin profesyonel anlamda yapılabilmesi için hekim merkezli yöneticilerin bilgi ve deneyimlerinin artırılması yönünde uygulama ve eğitimler yapıldığı ifade edilmiştir.
- Merkezden yönetim yerine yerinde yönetim anlayışıyla ilgili olarak, merkezi yönetimin etkisinin tamamen ortadan kalktığı söylenemeyeceği, hala personel planlaması ve atamasının merkezden yapıldığı, sadece il içindeki bazı değişiklikleri yapma yetkisi devredildiği, mali konularda üretilen hizmet karşılığı oluşan tahakkuk bedelinin merkez tarafından planlandığı ve kesintilere tabi tutulduğu; yatırım planları ve cihaz alımları için merkezden onay alınması gerektiği ifade edilmiştir.

Bu düzenleme için çeşitli platformlarda ifade edilen “yol açabileceği sorunlar”a ilişkin görüşler sorulduğunda;

- Yönetici atamalarının merkezi bir sınav yada objektif kriterlere bakılarak atanması yerine sadece lisans mezunu olmak vb. özelliklerle atanmasının liyakat sorununu gündeme getirebildiği,
- İş güvencesi açısından; yöneticilerin tamamına yakınının sağlık bakanlığı kadrolarında memur olduğu, sözleşmeleri bittiği an kadrosuna döneceğinden iş güvencesi sorunu olmayacağı ancak yöneticilik pozisyonunu kaybedeceğinden bahsedilmiştir.
- Sağlık sektörüne sunulan hizmetler kamusal yarar sağlamayı amaçlamasından dolayı, bazı serbest piyasa dinamiklerine uygun olmadığı, dolayısıyla rekabetten istenen faydaların oluşmayabileceği ya da gecikebileceğini ifade ettikleri görülmüştür.
- Çalışanların, hastane yönetimine dahil edilmemesinin, “yönetişim “ anlayışı açısından uygulamayı zayıf kıldığı yönündeki eleştirilerde haklılık payı olduğu ifade edilmiştir.

Kaynaklar

- 1.Akdağ, R. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu(2003-2011)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- 2.Akdur, R. (tarih yok). www.recepakdur.com. Ağustos 15, 2014 tarihinde http://www.recepakdur.com/upload/saglik_insan_gucu_politikalari.pdf adresinden alındı
- 3.Boz, E. (2013, Ocak 17). TÜRKİYE’DE SAĞLIK PİYASASI, SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ(SAİK) VE YENİ KAMU HASTANERİ BİRLİK YASASININ GETİRDİKLERİ. *Alan Uzmanlık Çalışması* . Dan:Ferhat SAYIM.
- 4.Döğücü, Ş., & Sayım, F. (2009). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı-Kocaeli Örneği. *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı 3.Cilt* (s. 262-275). Antalya: Sağlık Bakanlığı.
- 5.Karaman Kamu Hastaneleri Birliği Organizasyon Şeması. (tarih yok). Ağustos 15, 2014 tarihinde [Karaman Kamu Hastaneleri Birliği: http://www.kkhhb.gov.tr/OrganizasyonSemasi.aspx](http://www.kkhhb.gov.tr/OrganizasyonSemasi.aspx) adresinden alındı
- 6.Koray, N. (2013, Ocak 24). KAMU HASTANELER BİRLİĞİ YASASININ SAĞLIK PİYASASINDA KAMU HASTANECİLİĞİNE VE SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNE ETKİLERİ. *Alan Uzmanlık Çalışması* . Dan:Ferhat SAYIM.
- 7.Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı. (2013). *Faaliyet Raporu 2012*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- 8.Sayan, İ. Ö., & Küçük, A. (2012). TÜRKİYE’DE KAMU PERSONELİ İSTİHDAMINDA DÖNÜŞÜM:SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRNEĞİ. *Ankara Ün.SBF* , 67 (1), 171-203.
- 9.Sayım, F. (2009). Kamu Sağlık Çalışanlarının Ekonomik Olaylara Bakışında İdari Görevlerin ve Ekonomi Eğitiminin Etkisi. *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı 3.Cilt* (s. 141-157). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- 10.Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Teşkilat Şeması. (tarih yok). Ağustos 15, 2014 tarihinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu: <http://www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html> adresinden alındı

BAZI KAMU HASTANELERİNDE ÇEVRE YÖNETİMİ ALANINDA ÇALIŞAN PERSONELİN BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Suat PEKER*

A. Çetin YİĞİT**

İbrahim Halil CANKUL***

Özlem KÜYÜK****

ÖZET

Sağlığı etkileyen unsurların başında çevre gelmektedir. Sağlık teşkilleri tehlikeli atık üreten kuruluşlar arasında yer almaktadır. Çevreye karşı duyarlı kurumlar çevre ile ilgili çabalarını sistematik hale getirmekte, belirli hedeflere ne ölçüde ulaştığını takip etmekte ve tespit ettiği düzeltici önemleri almaktadır. Kısaca bu faaliyetlere çevre yönetimi adı verilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, TSK Asker Hastanelerinde çevre yönetimi konusunda görevli personelin çevre kirliliği konusunda bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesidir.

Çalışmanın evrenini 41 asker hastanesinde görevli çevre yönetimi faaliyetlerinden sorumlu 123 personel oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Örneklem seçilmemiştir. Evrenin % 65'ine ulaşılmıştır. Geçerli sayılan anket sayısı 80' dir.

Asker Hastanelerinde görevlendirilen çevre yönetimi işlem sorumlusu personelin sadece % 37'sinin çevre yönetimi alanında çalıştığı, diğer personelin bu görevi ek görev olarak yürüttüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların %94'ü çevre kirliliği, %95'i su kirliliği, %92'i hava kirliliği, %87'i toprak kirliliği ve %91'i ise gürültü kirliliği üzerinde bilgi sahibi olduğunu belirtmesine rağmen katılımcıların %16,3'ü hastanelerde atık oluşmadığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların %64,9'u asker hastanelerinde kimyasal madde kullanılmadığını belirtmiştir.

Bu araştırma sonucunda çevre yönetimi konusunda asker hastanelerinde faaliyet gösteren personel için önemli bir eğitim ihtiyacı olduğu ortaya konulmuştur. Çevre yönetimi konusunda görevlendirilen personelin hangi mevzuata göre ne işlem yapması gerektiği eğitimlerle verilmelidir. Eğitim verilmesi esnasında grup çalışmasına ve uygulamalı eğitime önem verilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çevre yönetimi, tıbbi atık yönetimi

*Dr.TSK Ankara Mevki Asker Hastanesi, Ankara

**Yrd.Doç.Dr.Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, KKTC

***Doç.Dr.GATA Sağ.Bil.Enst. Sağ.Hiz.Ynt.B.D. Ankara

****TSK Sağ.K.lığı Çevre Yönetim Uzmanı, Ankara

THE MEASUREMENT OF KNOWLEDGE LEVEL OF STAFF WHO WORKS IN THE FIELD OF ENVIRONMENTAL MANAGEMENT IN SOME PUBLIC HOSPITALS

ABSTRACT

Environment is one of the major factors that affects health. Medical facilities are among the establishments that produce hazardous waste products. Associations that are sensitive to the environment systematize their efforts on the environment, follow to what extent the specific objectives have been met, and take regenerative precautions previously identified. To sum up, all these activities are called as environmental management.

The objective of this study is to measure the knowledge level environmental management staff on environmental contamination and identification of training needs in Turkish Armed Forces military hospitals.

The subject population of the study consists of 123 personnel who are responsible for the environmental management activities in 41 military hospitals. Questionnaire was used as a tool to collect data. Sample was not selected. 65% of the subject population was reached at. The number of valid questionnaires is 80.

It was found out that only 37% of the personnel who are responsible for operational environmental management worked in the field of environmental management and remaining personnel carried out the job among their additional duties. Even though 94% of the attendees stated that they had the knowledge of environmental pollution, 95% of them stated that they had the knowledge of water pollution, 92% of them stated that they had the knowledge of air pollution, 87% of them stated that they had the knowledge of earth pollution and 91% of them stated that they had the knowledge of noise pollution, 16,3% of them told that no waste products were formed in the hospitals. Moreover, 64,9% of the attendees indicated that chemical materials were not used in the military hospitals.

As a result of this study, it was found out that environmental management staff in military hospitals significantly needed training. Environmental management staff also needs to be trained on what types of actions should be depending on which regulations. It is considered that emphasis on the group studies and applied methods should be useful during training.

Keys Word: *Environmental management; medical waste management*

1.Giriş

İnsanoğlu tarihi boyunca doğadan ihtiyaçlarını karşılamıştır. Bu ihtiyaçları karşılarken ortaya çıkardığı medeniyet ve gelişim, daha fazla kaynağın tüketilmesine gerek duymuştur. Toplayıcılık ve avcılık dönemlerinde doğada ne buldu ise onunla yetinen insanoğlu, bu dönemde doğa ile uyum içerisindeyken, daha sonraki dönemlerde insanın çevresini kontrol altında tutma isteğini doğrultusunda doğayı hızla tahrip eder duruma gelmiştir (Roger;1991:112). James Watt'ın 1765 yılında ilk buharlı makineyi bulmasıyla başlayan “endüstri devrimi” 1870’de elektriğin demir üretiminde kullanılmaya başlanması ile hızlanmış, 1940’larda Henry Ford’un “üretim bandı” modeli (Fordizm) ile zirveye ulaşmıştır. Günümüzde bilgi toplumu aşamasında üretim ve kaynak kullanımındaki artış inanılmaz boyutlara taşınmıştır (Dinler,2003:288).

Aşırı nüfus, sanayileşme ve hızlı kentleşmeyle artan doğal kaynak tüketimi, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın dünyanın hemen her yerinde çevre sorununu öne çıkarmış ve tüm insanlığı tehdit eder bir boyut kazanmıştır. Çevre sorunlarının uluslararası düzeyde dikkat çekmesi 1972 yılında düzenlenen Stockholm Konferansı ile başlamıştır (Nemli,2001:23).

Kirlilik nedeniyle bir ülkede yaşanan olumsuzluklar komşu ülkeleri de değişik ölçüde etkilemektedir. 26 Nisan 1986 yılında yaşanan Çernobil nükleer faciası büyük bir coğrafyayı etkisi altına almıştır. Üstelik bu etkinin 50 yıl süreceği tahmin edilmektedir (Karabıcak,2004:205).

1987 yılında Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Komisyonu tarafından yayınlanan “Ortak Geleceğimiz” adlı raporda detaylı biçimde ele alınan “sürdürülebilir kalkınma” kavramı çevreyi ekonomik kalkınmaya rağmen korumanın önemini ortaya koyan önemli bir çalışmadır. Günümüzdeki küresel ısınma dünyayı tam bir felaketin eşiğine getirmiştir. Hata bazı bilim adamları 2023 yılına kadar küresel ısınmadan kaynaklanan kıyamet senaryoları üretmektedir (Alıca,2008:243).

2. Genel Bilgiler

2.1.Çevre Kavramı

Çevre, dar anlamda doğal ortam koşullarının toplamı, geniş anlamda ise insanın üretim ve yaşama kaynağını oluşturan koşullara sosyal koşulların ilave edilmesi şeklinde tanımlanabilir. Çevre insanların ortak varlığını oluşturan değerler bütünüdür. Bu bütün içerisinde hava, toprak, su gibi biyolojik yaşam ajanlarını insanlarla birlikte paylaşan bitki ve hayvan toplulukları ve insanın tarih boyunca yarattığı uygarlıklar bulunmaktadır.

Günümüzde çevre konusunda izlenen politikada sadece var olan kirliliğin ortadan kaldırılması veya muhtemel kirliliğin önlenmesi değil, gelecek kuşakları da kapsayan bir çevre yönetim anlayışı üzerinde durulmaktadır.

2.2.Hastanelerde Çevre Yönetimi

Hastaneler karmaşık sosyo-teknik sistemlerdir. Hastane haricinde hiçbir organizasyonda muazzam boyutta ve çeşitte cihaz kullanımı, kimyasal madde tüketimi, radyoaktif madde kullanımı, enfeksiyon riski taşıyan biyolojik materyal atığı gibi çok farklı boyutlarda çevre ile ilgili hususlar bulunmamaktadır. Hastanelerde enerji ve su tüketimi yoğun, kimyasal ve kimyasal olmayan atık miktarının fazla, potansiyel tehlikeli madde çıktısının yüksek, satın alınan malzemelerin çok çeşitli ve yüksek hacimli olduğu bilinmektedir.

Dünya sağlık örgütünün verilerine göre de tıbbi atıkların üretim miktarları ülkelerin gelişmişlik düzeyi, gelir seviyesi ve medikal enstitülerin tip ve boyutlarına göre farklılık arz etmektedir. Gelişmiş ülkelerde yatak başına düşen atık miktarı ortalama 1,1 - 1,2 kg olup bunun yaklaşık 0,4 - 0,5 kg'ı tehlikeli atık vasfındadır (Akbolat,2011:145). Ülkemizde ayrıntılı bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, yıllık bazda ABD’de 465.000, İtalya’da 150.000, İngiltere’de 200.000 ve Avustralya’da 21.000 ton tıbbi atık oluşmaktadır

(Yardım,2006:166). Özerol (2005:434)'a göre hastane atıklarının %80'inin genel atıklardan, %15'inin patolojik ve enfeksiyöz atıklar (%15), %1'inin kesici-delici özellikteki atıklar, %3'ünün kimyasal veya farmasötik atıklar ve %1'den daha az bir kısmının ise radyoaktif-sitostatik-basınçlı kap-kırık termometre kullanılmış akü ve pil gibi özel atıklardan oluşmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları tarafından üretilen atıkların %75-90'ı evsel atık olarak değerlendirilebilecek nitelikte, risk taşımayan atıklardır.

Temiz bir çevre ortamı hastane enfeksiyonlarını önlemekte önemli rol oynar. Hastane enfeksiyonlarının yayılmasında önemli etkiye sahip pek çok faktör vardır. Bunlardan bazıları hastane bakım alanlarının ve ameliyathanelerin bina tasarımları, hava kalitesi, temiz su kullanımı ve çamaşırhane olarak sayılabilir (Zenciroğlu,2006:95).Gelişmekte olan ülkelerde hastane enfeksiyonu hızının % 25'e kadar çıkabildiği bildirilmektedir. Hastane enfeksiyonları nedeniyle hastalar yaşamlarını yitirebilmekte veya ek hastalık problemleri ile uğraşmaktadır. (Gülây,2007:566).

2.3.Tıbbi Atığın Gruplandırılması

Tıbbi atık kavramından yalnızca enfeksiyöz veya enfektif materyal anlamını çıkarmak doğru olmayabilir. Hastane atıklarını diğer atıklardan farklı kılan bazı özellikler vardır, öncelikle bu atıklar potansiyel bir enfeksiyon kaynağıdır, ancak hastaneden çıkan her atık da enfeksiyöz atık değildir (Günaydın,1999:88). Tıbbi atıklar, sağlık kuruluşlarından kaynaklanan; Enfeksiyöz atık, Patolojik atık, Kesici-Delici atıklardır. Hastanelerde tıbbi atık sınıfına giren atıklar şunlardır;

- Mikrobiyolojik laboratuvar atıklarını,
- Kan kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesnelere,
- Kullanılmış ameliyat giysilerini (kumaş, önlük ve eldiven v.b),
- Diyaliz atıklarını (atık su ve ekipmanlar),
- Karantina atıklarını,
- Bakteri ve virüs içeren hava filtrelerini,
- Enfekte deney hayvanı leşleri, organ parçaları, bunlarla temas eden tüm nesnelere,
- Vücut parçaları, organik parçalar, plasenta, kesik uzuvlar v.b.ni, (patolojik atıklar)
- Biyolojik deneylerde kullanılan kobay leşlerini,
- Enjektör iğnelerini, İğne içeren diğer kesicileri
- Bistürileri,
- Lam-lameli,
- Kırılmış diğer cam v.b. nesnelere, kapsamaktadır.

2.4.Tıbbi Atık Yönetimi

Ülkemizde tıbbi atıklar konusunda ilk çalışmalar 09.08.1983 tarih ve 2872 sayılı Çerçeve Kanunu ve bu kanuna bağlı olarak çıkarılan 20.05.1993 tarih ve 21586 sayılı Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ile başlamıştır. 22.07.2005 tarih ve 25883 sayı ile Resmi Gazete'de yayınlanan “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” (TAKY) ile bu alanda yapılacak uygulamalar yeniden düzenlenmiştir. Yönetmelik ile sağlık kuruluşlarından kaynaklanan tıbbi atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı bir biçimde alıcı ortama verilmesinin önlenmesi, çevreye ve insan sağlığına zarar vermeden kaynağında ayrı olarak toplanarak, ünite içinde taşınması, geçici depolanması,

taşınması ve bertaraf edilmesine yönelik prensip, politika ve programlar ile hukuki, idari ve teknik esasların belirlenerek uygulanmasına ilişkin usul ve esasların düzenlemesi amaçlanmıştır (Çevre Kanunu ve Yntliği:1983).

Tablo.1. Sağlık hizmetleri üretimi esnasında oluşan tehlikeli atıklar

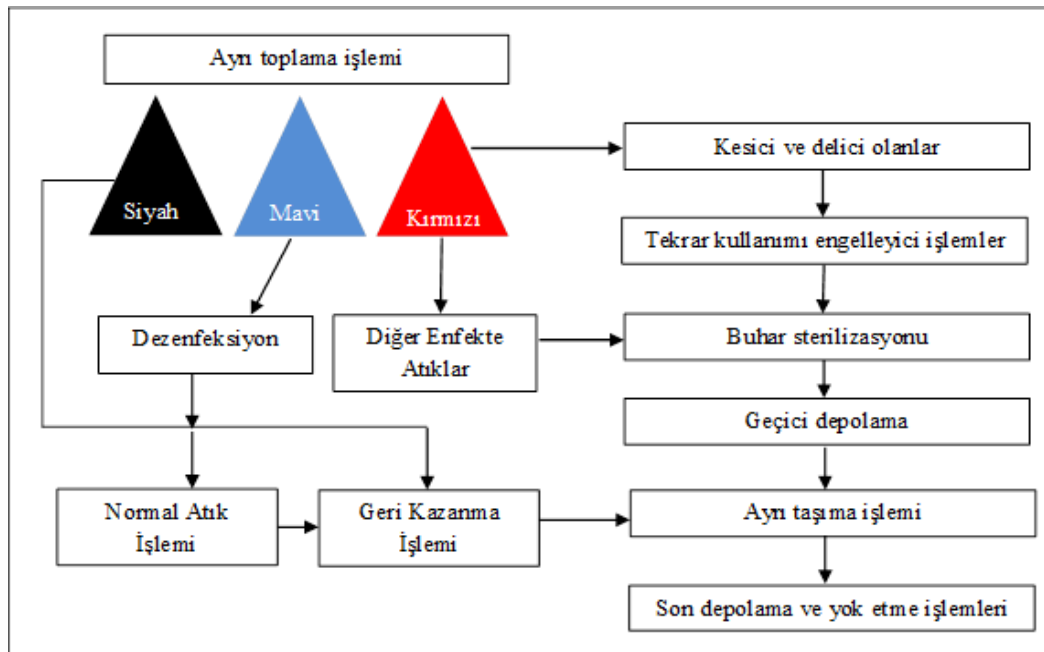
Atık Sınıfı	Atık İçeriği
Enfeksiyöz Atıklar	Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, anatomik parçalar, otopsi materyali, plasenta, fetüs ve diğer patolojik materyal; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tamponlar, eküvyon ve benzeri atıklar; hemodiyaliz ünitesi ve karantina altındaki hastaların vücut çıkartıları; bakteri ve virüs tutucu hava filtreleri; enfeksiyöz ajanların laboratuvar kültürleri ve kültür stokları; araştırma amacı ile kullanılan enfekte deney hayvanlarının leşleri ile enfekte hayvanlar ve çıkartılarına temas etmiş her türlü malzeme ve veterinerlik hizmetlerinden kaynaklanan atıklarını içerir.
Patolojik Atıklar	Cerrahi girişim, otopsi veya anatomi çalışması sonucu ortaya çıkan doku, organ, vücut parçaları, insan fetüsü ve hayvan cesetlerini içerir.
Kesici-Delici Atıklar:	Şırınga, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, lanset, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi suture iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıkları içerir.
Farmasötik Atık	Kullanma süresi dolmuş veya artık kullanılmayan, ambalajı bozulmuş, dökülmüş ve kontamine olmuş ilaçlar, aşular, serumlar ve diğer farmasötik ürünler ve bunların artıklarını ihtiva eden kullanılmış eldivenler, hortumlar, şişeler ve kutuları içerir.
Genotoksik Atık	Hücre DNA'sı üzerinde mutasyon yapıcı, kanserojen veya insan veya hayvanda düşüğe neden olabilen türden farmasötik ve kimyasal maddeleri, kanser tedavisinde kullanılan sitotoksik (antineoplastik) ürünleri ve radyoaktif materyali ihtiva eden atıklar ile bu tür ajanlarla tedavi gören hastaların idrar ve dışkı gibi vücut çıkartılarını içerir.
Kimyasal Atık	Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan ve insan ve çevre sağlığı için çeşitli etkilerle zararlı olabilen kimyasal maddelerin gaz, katı veya sıvı atıklarını içerir.
Ağır Metal İçeren Atıklar	Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan termometre, tansiyon ölçme aleti ve radyasyondan korunma amaçlı paneller gibi alet ve ekipmanların içinde veya bünyesinde bulunan cıva, kadmiyum, kurşun içeren atıklardır.
Basınçlı Kaplar	Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan gazları içinde bulunduran silindirleri, kartuşları ve kutuları içerir.
Radyoaktif atıklar	Radyoterapi veya laboratuvar araştırmaları sonrası ortaya çıkan radyoaktif maddeler, kontamine olmuş paketler, cam malzemeler ve absorban kağıtlar, radyoterapi gören hastaların idrarları ve vücut çıkartılarını içerir.

Temiz bir çevre ortamı hastane enfeksiyonlarını önlemekte önemli rol oynar. Sağlık hizmeti atıklarının doğru olmayan bir şekilde imhası başka sağlık riskleri yaratmaktadır (Zenciroğlu;2006:96). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2000 yılında kontamine şırıngalarla 21 milyon Hepatit B virüs enfeksiyonu (tüm yeni enfeksiyonların %32'si), 2 milyon Hepatit C virüs enfeksiyonu (tüm yeni enfeksiyonların %40'ı), en az 260 000 HIV enfeksiyonu (tüm yeni enfeksiyonların %5'i) olduğunu tahmin etmiştir.

Gelişmekte olan 22 ülkede yürütölen bir değerlendirmenin sonuçlarına göre uygun imha yöntemleri kullanmayan sağlık hizmeti kurumlarının oranı, %18 - %64 arasında değişmektedir. Kontamine enjeksiyon araçlarının yeniden kullanımı halk sağlığı risklerinin yanı sıra, sağlık çalışanlarında iş tehlikeleri olmak üzere çöp toplayıcıları ve karıştıran kişilerde de tehlike yaratmaktadır. Çöplüklerin olduğu yerlere çocuklar girebilmekte ve

kontamine iğne ve şırıngalarla oynamaktadırlar. Epidemiyolojik araştırmalarda enfekte bir hastadan oluşan bir iğne batmasında %30 HBV, %1,8 HCV ve %0,3 HIV kontaminasyonu riski bulunduğu gösterilmiştir (Yardım;2006:170).

Ülkemizde yılda yaklaşık 147 ton /gün tıbbi atık oluştuğu tahmin edilmektedir (Salihoğlu;2009:2). Türkiye’de büyükşehir belediyelerinin olduğu illerdeki yatak başına tıbbi atık miktarı ise 0,36 ile 1,80 kg arasında değişmektedir (Yardım;2006:171). Bir başka araştırma sonuçlarına göre ülkemizde yatak başına günde oluşan tıbbi atığın özel hastanelerde 2,01 kg, devlet hastanelerinde 1,92 kg olduğu belirlenmiştir (Salihoğlu,2009:3). Sağlık tesisleri içerisinde tıbbi atığın en çok hastanelerin ameliyathane bölümlerinde oluştuğu tespit edilmiştir (Ege,2012:36). Literatüre göre genel katı atıkların taşınıp yok edilmesi 0.02-0.5 dolar tutarken, bu atıklara tıbbi atık işlemi uygulanması atık maliyetini kg başına 0.6-2 dolar arttırmaktadır (Günaydın;1999:87).



Şekil.1. Atık Tiplerine Göre Yok Etmede İzlenecek Yollar

2.5. Atık Yönetimi Nasıl Yapılmalıdır

Günlük yaşamda üretimler ve tüketimler sonucu oluşan katı, sıvı, gaz halindeki maddelere atık denir. Atıklar çevre görünümünü bozdukları gibi insan ve çevre sağlığını da tehdit ettikleri için kontrol ve yönetimleri gerekir (Rahman,2009:4). Uygulanabilir ve verimli bir Atık Yönetimi için aşağıdaki adımların uygulanması gerekir.

1. Yetkili / Sorumlu Belirlenmesi: Atığa ait işlemlerin tek elden ve sorunsuzca yürütülebilmesi için ilk adım olarak bu konuda bir sorumlu belirlenmeli ve bu kişi tarafından yeterli sayıda personelden oluşan bir Çevre Birimi oluşturulmalıdır (Erkal;2009:158).

2. Atığın Tanımlanması: Tesiste ortaya çıkan tüm atıklar ilk önce tanımlanmalı ve kaynakları belirlenmelidir. İlk olarak belediye tarafından alınan evsel nitelikli katı atıklar,

ambalaj atıkları ve endüstriyel nitelikli atıklar (tehlikeli atıklar, atık yağlar, kontamine (herhangi bir tehlikeli atık/atık yağ bulaşmış) ambalaj atıkları belirlenmelidir (Şanlıdağ;2009:67).

3. Kaynağında Ayrı Toplanması ve Taşınması: Tüm atıkların kaynağında ayrı toplanması için bu atıkların olduğu yerlere yeterli büyüklükte ve sayıda atığın türüne ve niteliğine uygun konteynirler konmalıdır. Tehlikeli atıklar için kapalı konteynirler kullanılmalıdır. Her bir konteynirler üzerine, içerisine atılacak atığın türünü belirten bilgi ve uyarı etiketleri yazılmalıdır. Tıbbi atıklar hiçbir suretle evsel atıklar, ambalaj atıkları ve tehlikeli atıklar ile karıştırılmaz (Uysal;2004:123).

Tıbbi atıkların taşınmasında; yırtılmaya, delinmeye, sızdırmaya, patlamaya ve taşımaya dayanıklı nem geçirmeyen 100 mikron kalınlığında (çift kat), 60cm.(en) x 85cm.(boy) ebadında, her iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “**DİKKAT TIBBİ ATIK**” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmaz ve tekrar kullanılmaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, torbasından çıkarılmaz, boşaltılmaz ve başka bir kaba aktarılmaz. Sıvı tıbbi atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak yukarıda belirtilen torbalara konulur.

Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “**DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK**” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve kırmızı plastik torbalara konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz. Tıbbi atık torbaları ve kesici-delici atık kapları $\frac{3}{4}$ oranında dolduklarında derhal yenileri ile değiştirilirler. Yeni torba ve kapların kullanıma hazır olarak atığın kaynağında veya en yakınında bulundurulması sağlanır. - Sağlık Kuruluşlarında oluşan atıklar, birbirinden kolayca ayırt edilebilen üç ayrı renkteki torbalarda toplanır. Tıbbi atıklar “**KIRMIZI**”, evsel atıklar “**SİYAH**”, ilaç ve serum şişesi gibi cam atıklar ise “**MAVİ**” torbada toplanır (Uysal;2004:123).

Tıbbi atık torbaları ünite içinde bu iş için eğitilmiş personel tarafından, tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemedan yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlaşmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanır ve taşınır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olacak, üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunacaktır. Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenir, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılır. Atık torbaları asla elde taşınmazlar. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritler kullanılmaz. Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenmez ve taşınmazlar. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenir ve dezenfekte edilirler. Araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılır ve taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilir.

Tıbbi atıkların ünite içinde taşınması ile görevlendirilen personelin, taşıma sırasında özel nitelikli turuncu renkli elbise giymesi zorunludur.

4. Personel Eğitimi: Gerek atık yönetiminden sorumlu ekibe, gerekse tüm personele atık yönetimi konusunda eğitim/bilgi verilmeli, herkesin üzerine düşen vazifeler bildirilmeli ve

atıkların ayrı toplanması konusunda herkesin hassasiyet göstermesi hususları hatırlatılmalıdır. Bu kurslarda aşağıdaki konular işlenebilir (Şanlıdağ;2009:68) :

- Personelin bilgilendirilmesi ve motivasyonu
- Atıkların tanınması ve sınıflandırılması
- Atıkların kaynağında sınıflarına ayrıştırılması
- Hastane içi taşıma ve depolama için uygun şekilde hazırlanması
- Uygun ekipman ve malzemelerin seçilmesi ve hazırlanması
- Personel için uygun koruyucu ekipmanın temin edilmesi, kullanılması
- Toplama ve taşıma ekipmanının bakımı temizlenmesi ve dezenfeksiyonu
- Atıkların sağlık kuruluşu içinde geçici depolanması
- Nihai bertaraf yöntemleri ve teknolojileri

5. Geçici Atık Depolama Sahası Kurulması: Kaynağında farklı konteynirlerle ayrı olarak toplanan atıkların tesis içerisinde güvenli ve mevzuata uygun şekilde geçici depolanması için bir “Geçici atık Depolama Alanı” kurulmalıdır (Günaydın;1999:90).

6. Ön İşlem: Ambalaj atıkları, tehlikeli atık ile kontamine olmuş ambalajların (mesela boya tenekeleri) depolanması ve taşınması esnasında daha az yer kaplaması için mümkünse sıkıştırılmalıdır. Sulu atıklar ise mümkün olduğunca sudan arındırılmalıdır.

7. Atıkların Bertaraf / Geri Kazanıma Gönderilmesi: Geçici depolama alanındaki atıkların bertaraf/geri kazanımı için araştırma yapılmalı bu konuda lisanslı tesislerle görüşme yapılarak atığı alacak yetkili tesis seçilmelidir (Uysal;2004:124).

8. Kayıtların Tutulması: Yapılan tüm işlemlere ait kayıtların düzenli olarak tutulması gerekir. Bu da atık beyan formlarının düzenlenmesinde, atık Yönetim Planlarının hazırlanmasında ve olası revizyonlarda kolaylık sağlar.

2.5. Atık Yönetim Planı Hazırlanması

Sağlık hizmeti sunumu esnasında tıbbi atık üreten sağlık tesisleri atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri gibi hususların yer aldığı Tesis İçi Atık Yönetim Planı hazırlamak ve uygulamak zorundadır. Bu plana göre atıkların yönetimini yapmak ve kayıt altına almak durumundadır. Atık Yönetim Planı Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinin bir gereği olup, planın sadece tehlikeli atıkları içermesi yeterlidir

3. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma; TSK Çevre Denetim Yönetmeliği gereği asker hastanelerde görevli çevre yönetim işlem sorumlusu ve çevre denetçisi personele verilmesi gereken eğitiminin içerik ve kapsamını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

TSK Çevre Denetim Yönetmeliği ve TSK Çevre Denetim Yönergesi gereği her asker hastanesinde 3 çevre yönetim işlem sorumlusu personelden oluşan “çevre yönetim kısmı” teşkil edilmesi ve denetleme heyetleri bünyesinde “çevre denetçisi” görevlendirilmesi gerekmektedir. Yine mevzuata göre görevlendirilen bu personel çevre yönetimi alanında eğitim alması ve belge sahibi olması gerekmektedir (TSK Çv. Ynt: 2009).

Çalışmanın evrenini TSK Sağlık Komutanlığına bağlı 41 asker hastanesinde görevli çevre yönetim işlem sorumlusu personel (N=123) oluşturmaktadır. Çalışmada veri toplama aracı olarak ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan ve 25 sorudan oluşan anket kullanılmıştır. Anketin ilk beş sorusu katılımcının sosyo-demografik özelliklerini kapsamaktadır. Diğer sorular katılımcının çevre yönetimi konusunda eğitim alıp almadığı ve mevcut bilgi düzeyini ölçmeye yöneliktir. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anket 2012 yılı Ağustos ayı içerisinde ilgili personele uygulanmıştır. Evreni oluşturan tüm personel ankete katılmıştır. Anketten elde edilen verilere tanımlayıcı istatistik yöntemler uygulanmış, frekans ve yüzdeleri alınmıştır.

4. Bulgular ve Tartışma

Ankete katılan personelin sosyo-demografik özelliklerine ait bilgiler Tablo.2’de verilmiştir.

Tablo.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Özellik		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	26	21,2
	Erkek	97	78,8
Eğitim Düzeyi	Lise	108	87,8
	Önlisans	11	8,9
	Lisans	4	3,3
Yaş	≤24	30	24,4
	25-35	75	61,0
	≥35	18	14,6
Çalıştığı Birim	Poliklinik	34	27,6
	Klinik	68	55,3
	Diğer Birimler	21	17,1
Çalışma Süresi	≤5	48	39,0
	6-10	56	45,5
	≥11	19	15,5

Katılımcıların sadece %24,3 (n=30)’ü daha önce kurum tarafından çevre yönetimi konusunda verilen eğitime katıldığını belirtmiştir. Çevre yönetim işlem sorumlularının sadece %37’sinin (n=45) çevre yönetimi alanında çalıştığı geri kalanın ise ek görev olarak yürüttüğü tespit edilmiştir. Ankete katılan personelin %60,9 (n=75) çevre yönetimi konusunda eğitim almanın ve belge sahibi olmanın yasal bir zorunluluk olduğunu bilmemektedir.

Katılımcıların %94’ü (n=115) çevre kirliliği, %95’i (n=117) su kirliliği, %92’si (n=113) hava kirliliği, %87’si (n=107) toprak kirliliği, %91’i (n=111) ise gürültü kirliliği konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmişlerdir. Bilgili olduklarını ifade etmelerine rağmen ankette yer alan çevre kirliliği ile ilgili detaylı sorulara verdikleri cevaplar ilginç olmuştur. Katılımcıların çalıştıkları birimlerde ne türlü atıkların ortaya çıktığı ve bu atıkların çevrede ne türlü kirliliğe neden olduğu konusunda bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Örneğin katılımcıların %7,5’i (n=9) hastanelerin su kirliliğine, %20,2’si (n=25) hava kirliliğine, tamamı (%100) toprak kirliliğine ve %11,5’inin ise (n=14) gürültü kirliliğine neden

olmadığını ifade etmiştir. Hatta katılımcıların %16,3'ü (n=20) hastanelerde atık oluşmadığını beyan etmiştir.

Ulusal çevre mevzuatına ilişkin bilgi seviyelerini ölçmeye yönelik sorulara verdikleri cevaplara göre katılımcıların %48,9'unun (n=60) atık yağlar, %47,1'in (n=58) bitkisel atık yağlar, %33,9'unun (n=41) ambalaj atıkları, %34,5'inin (n=42) tehlikeli atıklar, %34,6'sının (n=42) atık pil ve akümülatörlerle ilgili mevzuat hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Katılımcıların %89'u (n=109) ise tıbbi atıklara ilişkin mevzuat hakkında bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Başka bir araştırma sonucuna göre, sağlık çalışanları genellikle (%97,1) tıbbi atıkların kırmızı renkli özel torbalarda toplanması gerektiğini bilmesine karşılık; evsel atıkların siyah torbalarda (%62,8) ve geri dönüştürülebilir atıkların (%61,2) mavi torbalarda toplanması gerektiği konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları görülmüştür (Akbolat). Diğer bir çalışmada ise servislerin büyük bir bölümünde tehlikeli olmayan tıbbi atıkların mavi torbalarda biriktirilmemesi ve plastik-cam-kağıdın ayrı olarak toplanmaması başlıca eksikler olarak gözlenmiştir (Erkal).

Ayrıca katılımcıların %64,9'u (n=80) hastanelerde kimyasal madde kullanılmadığını belirtirken, %66,7'si (n=82) kimyasallarla ilgili mevzuat hakkında bilgi sahibi olmadığını vurgulamıştır. Katılımcıların %93,6'sı (n=115) eğitim kapsamında uygulamalı çalışmaların yapılmasının faydalı olacağını dile getirmiştir. Daha önce Ankara'da temizlik personeli arasında yapılan bir çalışmada da bu ihtiyacı desteklemektedir. Bu çalışmaya göre, temizlik personelinin %34,6'sı tıbbi atıklar; %7,5'i beslenme ve tıbbi atıklar ve %2,5'i tıbbi atıklar ve ilkyardım konusunda hizmet içi eğitim almaya isteklidir (Şafak;2006:88). Çevre yönetimi işlem sorumlularının genel olarak bilgi eksikliği tespit edilen hususlar şu şekilde özetlenebilir; eğitimin amacı ve yasal dayanağı, atık yağlar, bitkisel atık yağlar, tehlikeli atıklar, ömrünü tamamlamış lastikler, ömrünü tamamlamış araçlar, atık pil ve akümülatör, atık envanterinin oluşturulmasıdır.

5.Sonuç

Çevre yönetimi konusunda önemli bir eğitim ihtiyacının varlığı tespit edilmiştir. Çevre yönetim kısmına görevlendirilen personelin sabit olmasına özen gösterilmesi gerektiği anlaşılmıştır. Çevre yönetim kısımlarına çevre mühendisi istihdamının zaman içerisinde artırılmasına gerek duyulmaktadır. Eğitim esnasında grup çalışması ve uygulamalı eğitime ağırlık verilmesinin faydalı olacağı görüşü öne çıkmıştır. Eğitim ihtiyacının tespiti amacıyla eğitim öncesi bu tip anket çalışmalarının yapılmasının gerekli olduğu anlaşılmıştır. Çevre yönetim işlem sorumlularının sorumlu oldukları birimlerden kaynaklanan atıkları tespit edebilecek yeteneğe kavuşturulması ve bu atıklara hangi mevzuat çerçevesinde ne tür işlem yapacağını bilmesi gerekmektedir. Eğitim faaliyetlerinin bu ihtiyacı karşılayacak şekilde düzenlenmesi yerinde olacaktır.

Tıbbi atıkları imhası güç ve maliyetli olup üretim aşamasında azaltılması önemlidir. Bunun için de üretim miktarlarının ölçülmesi gereklidir. Tehlikeli sağlık-hizmeti atıklarının azaltılabilmesi için gereksiz enjeksiyon kullanımının azaltılması gerekmektedir. Sağlık tesislerine malzeme alımı sırasında malzemenin kullanım kolaylığı yanı sıra kullanım sonucu ortaya çıkacak atıkların miktarı ve bu atıkların bertaraf edilmesinde katlanılacak maliyet

konusu da göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle mümkün olduğunca tek kullanımlık malzeme yerine geri kazanılması mümkün olan malzemelerin tercih edilmesi önerilmektedir. Tüm personel kullanım sırasında ortaya çıkan atıklar konusunda bilinçlendirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğini, hastaların radyolojik ve enfekte atıklardan uzak kalmasını sağlamak için uluslararası sembolleri bilmeleri ve ilgili atıklarla karşılaştıkları zaman ne tür tedbirler alması gerektiği büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarına buna yönelik eğitimler verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının genel olarak atıkların üretiminden belediye görevlilerine teslimine kadar geçen süre içerisinde yapılan işlemler hakkındaki bilgi düzeyleri yüksek olmasına karşılık meslek grupları, eğitimleri ve çalıştıkları birimler bakımından aralarında farklılıklar bulunmaktadır. Tıbbi atıkların evsel ve geri dönüştürülebilir atıklardan ayrı toplanması, genel olarak çöplerin azaltılması ve geri kazanılması hem sağlık kuruluşlarının ekonomik kayıp yaşamaması, hem de ülke ekonomisine katkı sağlamak bakımından önemli bulunmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanları ve hastaların sağlığının korunması bakımından bu sürecin sağlıklı bir şekilde işletilmesi bir zorunluluk olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşu yöneticilerinin TAKY doğrultusunda gerekli önlemleri alması ve bu konuda sağlık çalışanlarını eğitmeleri çevresel risklerin azaltılması ve sağlık kuruluşlarının çevrelerine zarar vermeden hizmetlerini sürdürmeleri bakımından önemli bulunmaktadır.

Günümüzde enerji tasarrufu sağlayan, doğal yollardan bakım ve idamesi kolay olan, yatırım maliyetini hızla geri kazandıran, su tüketimi düşük, çevresi ile uyum içerisinde olan, havayı temizleyen “yeşil hastane” kavramları yaygın olarak hayata geçirilmektedir. Bu konuda yönetimler vergi indirimi gibi teşvikler de vermektedir. LEED sertifikasına sahip bir hastane yerleşkesi ortalama olarak %25-50 arası daha az enerji kullanmakta, %40 daha az su tüketmekte, %70 daha az katı atık üretmekte, %35 daha az havaya sera gazı üretmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yeni inşa edilecek olan 200 yataklı ve üzeri hastanelere LEED sertifikası alma zorunluluğu getirilmesi üzerine çalışma yapılmaktadır (Terekli;2013:38).

Kaynaklar

- 1.KARABİCAK, Mevlüt ve Ramazan Armağan, (2004) “Çevre Sorunlarının Ortaya Çıkış Süreci, Çevre Yönetiminin Temelleri ve Ekonomik Etkileri”; Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi; Cilt:9; Sayı:2; s:203-228.
- 2.ROGER Schaetfer, (1991); “Çevre Yönetimi ve Teknoloji”, Türkiye Çevre Sorunları Vakfı, Ankara, s:112.
- 3.DİNLER Zeynel, (2003); “İktisada Giriş”; Ekin Kitapevi; 9 ncu Basım, Bursa, s:288.
- 4.2872 Sayılı Çevre Kanunu R.G.Tarihi: 11.08.1983 Sayısı:18132
- 5.Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği R.G. Tarihi: 22.07.2005 Sayısı: 25883.
- 6.Çevre Görevlisi, Çevre Yönetim Birimi ve Çevre Danışmanlık Firmaları Hakkında Yönetmelik; Resmî Gazete Tarih :21 Kasım 2013 Sayı : 28828
- 7.NEMLİ Esra, (2001); “Çevreye Duyarlı Yönetim Anlayışı”; İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, No:23-24;
- 8.Türk Silahlı Kuvvetleri Çevre Denetim Yönetmeliği R.G. Tarihi:24.07.2009; Sayısı: 27298

- 9.AKBOLAT M., O. Işık, C. Dede ve M. Çimen; (2011) “Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atık Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”; Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; Cilt:2; Sayı:3; Temmuz; s:131-140.
- 10.YARDIM N., V. Dirimeşe, Ö. Varol ve S. Mollahaliloğlu (2006) “Büyükşehir Belediyeleri Tarafından Toplanan Tıbbi Atık Miktarları: 2004- 2005 Yılı İlk Altı Ay Verileri Ve 81 İlin Tıbbi Atık Toplama, Biriktirme ve İmha Yöntemleri; Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Dergisi; Cilt 20, Sayı 3, (Eylül), s: 165- 173.
- 11.ÖZEROL İbrahim Halil (2005) “Tıbbi Atık Stratejileri Nelerdir? EN/ISO Normları Nelerdir? Avrupa’da Birlik? ABD’nin Yaklaşımı? Ülkemizde Durum?” 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi; 20-24 Nisan 2005; 19 Mayıs Üniversitesi Samsun, s:434-472
- 12.TEREKLİ G., O. Özkan ve G. Bayın (2013); “Çevre Dostu Hastaneler: Hastaneden Yeşil Hastaneye”; Ankara Üniversitesi; Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi; Cilt:12; Sayı: 2; s:37-54.
- 13.GÜLAY Zeynep (2007) “Hastane İnfeksiyonları ve Önemi”; VIII. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi; 25-28 Ekim, İzmir; s:565-569
- 14.ZENCİROĞLU Dilek (2006) “Hastane Temizliği” ANKEM Dergisi sayı:20(Ek 2),s:94-98.
- 15.ALICA Süheyla Suzan,(2008); “Türkiye’de Çevre Yönetimi”; Ankara Barosu Dergisi, Yıl:66; Sayı:1; Kış; s:241-251.
- 16.RAHMAN S.; Y. Açık; C. Gülbayrak, D. Erhan, K. Nazlıer ve S. E. Deveci; (2009) “Sağlık Kuruluşlarının Tıbbi Atıkları Toplama, Depolama ve Bertaraf Etme Yöntemleri” Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:11 s:3-14.
- 17.SALİHOĞLU N. Kamil ve Güray Salihoğlu, (2009) “Tıbbi Atık Yönetiminde Bursa Örneği”, Türkiye’de Katı Atık Yönetimi Sempozyumu; 15-17 Haziran 2009; Yıldız Teknik Üniversitesi Sergi Salonu, İstanbul. s: 1-6
- 18.EGE Hakkı ve Fuat BUDAK; (2012) “Adana İli Tıbbi Atık Yönetimi; Sorunlar ve Çözüm Önerileri”; Ç.Ü Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi; Cilt:27-5; s:36-45
- 19.ŞANLIDAĞ Tamer ve Sinem Akçalı (2009) “Sterilizasyon, dezenfeksiyon ve hastane atıkları” Sağlıkta Birikim Dergisi; Cilt:1; Sayı:4; s:65-76.
- 20.GÜNAYDIN Murat (1999) “Hastane Atıklarının Zararsız Hale Getirilmesi” Hastane İnfeksiyonları Dergisi; Cilt:3 s:86-95
- 21.UYSAL Ülker (2004); “Hastane Atıkları”; Hastane İnfeksiyonları Dergisi; Cilt:8: s:122-126
- 22.ERKAL S., Ş. Şafak; C. Yertutan ve S. Coşkuner; (2009) “Bir Hastanede Fiziksel Çevre ve Yönetimi (Kurum Ev İdaresi) Hizmetlerini Yürüten Personelin İş Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi”; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:12, Sayı: 2; s:157-175
- 23.ŞAFAK Şükran, Canan Yertutan ve Sibel Erkal; (2006) “Bir Hastanede Çalışan Ev İdaresi Personelinin Karşılaştığı Sorunların İncelenmesi”; Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9, Sayı:1; s:81-91.

İŞYÜKÜNE DAYALI PERSONEL İHTİYACI BELİRLENMESİ: FİZYOTERAPİST ÖRNEĞİ

Şirin ÖZKAN*

Mert UYDACI**

ÖZET

İşyüküne dayalı planlama yöntemi, talebi dikkate alan, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş yükü baskısını ortaya koyan kısa vadeli planlama yöntemidir. DSÖ tarafından mikro planlama aracı olarak geliştirilmiş ve kurumların personel ihtiyaçlarını iş yükü esas alarak belirleyen, ‘İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacını Belirleme’ yöntemi ile örnek bir uygulaması yapılmıştır. Çalışmanın amacı; hastanelerde çalışan sağlık personeli ihtiyacını iş yüküne dayalı olarak belirlenmesi yöntemi ve önemini tanımlamaktır. Çalışma kapsamında Kocaeli ilindeki tüm kamu hastaneleri için iş yüküne dayalı fizyoterapist ihtiyacı belirlenmiştir. Hastanelerin 2013 yılına ait ürettikleri hizmetlerin verileri doğrultusunda iş yüküne dayalı personel ihtiyacı belirleme yöntemi uygulanarak 2014 yılı için gerekli fizyoterapist sayısı hesaplanmıştır. Fizyoterapistlerin, hastaneler arasında iş yüküne göre dağılımı incelemiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık işgücü, sağlık insan kaynakları planlaması, iş yükü

* Bilim Uzm., Kocaeli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Proje Birimi, sirinozkan16@hotmail.com

** Prof.Dr.,Marmara Üniversitesi, SBMYO Pazarlama ve Reklamcılık Bölümü, muydaci@marmara.edu.tr

WORKLOAD INDICATORS OF STAFFING NEED: EXAMPLE OF PHYSIOTHERAPIST

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the method for health staff requirement in hospitals based on work load. Planning based on work load is a short term planning method which takes demand into account and display the work load pressure subjected to health staff. It was developed by WHO as micro planning tool and a model case was executed by using “Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method which determine the personnel requirement of institutes based on work load study. By this study required number of physiotherapist was determined based on work load for all public hospitals in Kocaeli. In accordance with the services data of 2013 required number of physiotherapist for 2014 was calculated by using WISN method. Distribution of physiotherapists among hospitals was analyzed.

Key Words: Health manpower, health human resources planning, work load

1. Giriş

Sağlık politikalarının başarılı olmasını ve sağlık hizmetleri sunumunda amaçlanan hedeflere ulaşılmasını sağlayan en önemli üretim faktörü sağlık insan kaynaklarıdır (Homedes ve Ugalde, 2005:1-2; Hongoro ve McPake, 2004:1451). Sağlık hizmetinin kalitesi, güvenliği ve kurumun başarısı sağlık insan gücünün etkin ve verimli kullanılabilmesine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde amaçlanan hedeflere ulaşılabilmesi için, temel girdi olan insan faktörünün etkili bir şekilde planlanması gerekmektedir (Bektaş ve ark., 2000:664).

Örgütün gelecekte oluşabilecek değişimlere hızlı bir şekilde adapte olabilmesi için gelecekteki değişimlerin iyi tahmin edilmesi ve örgütün her yönden buna hazırlanması gerekir. İşgücü planları mevcut durumu ortaya koyarak, geleceğe yönelik stratejilerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. İnsan kaynakları planlaması, örgütün kaynaklarının sistematik bir analizine dayanarak gelecekte ihtiyaç duyacağı personelin nitelik ve nicelik açısından önceden belirlenmesi ve bu ihtiyacın nasıl ve ne derecede karşılanabileceğinin saptanması faaliyetlerinin tümüdür (Tengilimioğlu ve ark., 2011:305).

1.1.Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması

Sağlık insan kaynakları planlaması, stratejik bir yaklaşım içerisinde toplumun sağlıklıyla ilgili gereksinimleri ve talepleri göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık alanında çalışanların yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamadır (Üner ve Usubütün, 2012:716).

Sağlık insan kaynakları planlamasının temel amacı doğru sayıda, doğru yerde doğru zamanda, doğru becerilere sahip, doğru motivasyon ve tutumları ile, doğru maliyetle, doğru işi yapma idealine ulaşılmasını sağlamaktır. Gelecekte olması öngörülen personel verimliliği ve gerekli mali kaynaklar dikkate alınarak tahminlerde bulunmaktadır (Hornby ve ark., 2003:12).

Sağlık sektöründeki kaynakların etkili ve verimli kullanılması, israfının önlenmesi ve sunulacak sağlık hizmetinin ihtiyacı karşılar nitelikte olabilmesi için insangücü planlamasına

ihtiyaç vardır (Erigüç, 2012:201). Sağlık hizmetleri sunumunda giderek daha pahalı teknolojiler ve ilaçlara ihtiyaç duyulması, hükümetlerin maliyetleri kontrol altında tutmak için yollar bulmaya zorlanmaktadır. Sağlık maliyetlerinin en önemli kalemini oluşturan insan kaynakları maliyetlerini yönetmek gittikçe daha önemli hale gelmektedir (Cartmill, ve ark., 2012:1).

Sağlık hizmetlerinin genel planlanması, planlamayı yapan kurumun amaçları doğrultusunda toplumsal, kurumsal ve program planlama olmak üzere üç şekilde yapılabilir (Hayran ve Sur, 1998:118) Sağlık insan kaynakları planlaması ise makro ve mikro düzeyde yapılabilmektedir. Bu noktada hastanelerin insan kaynakları planlaması mikro planlama kapsamındadır (Kaptanoğlu, 2011:195). Makro insangücü planlaması ile bölgesel veya ülke genelini kapsayan coğrafi, kültürel, demografik özellikleri tanımlanmış bir toplumun, mevcut, kısa, orta ve uzun vadeli sağlık gereksinimlerinden yola çıkılarak, bu gereksinimlerin karşılanmasını içeren; planlamadır (SB, 2007: 210). Arz ve talep olmak üzere iki boyutu vardır. Arzla ilgili olan eğitim ve arz planlaması, taleple ilgili olansa istihdam planlamasıdır.

Dünyada birçok ülkede sağlık insan kaynakları planlamasının nüfusa dayalı olarak yapıldığı ve bu planlama şeklinin meslekler arası, kurumlar arası ve bölgelerarası dengesiz dağılıma yol açtığı tespit edilmiştir. Bunun sonucunda sağlık insan kaynakları etkili kullanılamamakta ve istihdam sorunları ile karşılaşmaktadır. Çözüm olarak da insan kaynaklarının ihtiyaca yönelik ve iş yükü yöntemlerine göre planlanması yapılması DSÖ tarafından önerilmektedir (SB, 2007: 211).

1.2.İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi

Sağlık çalışanlarını kurumlar arasında, kurum içinde dengeli bir şekilde dağıtmak, tüm beklentilere cevap vermek sağlık yöneticiler için zor bir konudur. Ulusal ve yerel yöneticiler sağlık insan gücü gibi yüksek maliyetli, zor bulunan ve vazgeçilmez kaynağı etkili biçimde dağıtma ve iş yükünü verimli bir şekilde kullanmayı çabalamaktadırlar (World Health Organization, 2010:7). Bu doğrultuda iş yüküne dayalı personel belirlenmesi yöntemi sağlık yöneticilerine etkili insan gücü planlaması yapmakta yardımcı olmak üzere geliştirilmiştir.

Nüfusa dayalı normlar yada standart personel normları, aynı tip kurumlarda bazılarında personel açığı, bazılarında personel fazlalığı oluşturması nedeniyle yetersiz kalmaktadır. İş yüküne dayalı yöntemle ulusal ortalamalara göre değil yerel ihtiyaca göre personel yerleştirmesi yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu çalışmasında "sağlık hizmetlerinin etkinliği iyileştirmek için kurumsal iş yükü bazında istihdama geçilmesi" önerilmiştir (Nazlıoğlu ve ark, 2011:38).

1.3.Fizyoterapistlik Mesleği

Türkiye yaşlı nüfusunun çoğalması ve nüfusun hastalık yapısının değişmesi ile birlikte hekim ve hemşire dışındaki sağlık mesleklerine özellikle fizyoterapist, psikolog ve diyetisyen gibi meslekler sağlık hizmetleri sunumunda çok daha aktif rol almaya başlamıştır (Çelik, 2011:45; Gündüz, 2003:3). Bu mesleklere olan ihtiyacın gelecekte artacağı öngörülmektedir. İş gücünün bu meslek gruplarına kaydırılması gerekli hale gelmiştir. Sağlık çalışanlarının iş yükü ve rollerindeki bu değişimler insan kaynakları planlamasında dikkate alınmalıdır.

Tıbbi teknolojilerdeki ilerlemeler yaşam süresini uzatmakta, bunlara bağlı olarak rehabilitasyon servislerine ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine gereksinim giderek artmaktadır. Bununla birlikte rehabilitasyon alanını ilgilendiren sorunların da sayısal artış göstermesi beklenmektedir. Ülkemizde rehabilitasyon ekibini oluşturan yeterli sayı ve

nitelikte tüm meslek elemanları sağlanmalıdır. Artık insanlar için sadece yaşamak değil, önemli bir boyutu da rehabilitasyon işlevleri ile sağlanabilecek “İyi Yaşam Kalitesi” büyük önem kazanmaktadır (Arasil, 2008:3).

2.Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Sağlık Bakanlığı (S.B.)’na bağlı hastanelerde çalışan fizyoterapist ihtiyacının iş yüküne dayalı olarak belirlenmesidir. Aynı zamanda SB hastanelerinde çalışan fizyoterapistlerin iş yükünü oluşturan faaliyetlerin tanımlanması, bu faaliyetler için süre standartları belirlenmesi ve il genelindeki hastaneler arasında fizyoterapistlerin iş yüküne göre dağılımının dengeli olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Kocaeli ilindeki Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde çalışan fizyoterapistler oluşturmaktadır. Kocaeli ilindeki SB’na bağlı toplam hastane sayısı 10 olup bunların 6 tanesinde fizyoterapist bulunmaktadır. Kocaeli ilinde 6 hastanede çalışan toplam fizyoterapist sayıları 21 kişi olarak tespit edilmiştir. Evrenin tamamı araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Çalışmamız kapsamında 6 hastanenin iş yüküne dayalı fizyoterapist ihtiyacı ortaya konulmuştur. Hastanelerin ürettikleri hizmetlerin 2013 yılına ait verileri kullanılarak 2014 yılı için gerekli fizyoterapist sayısı hesaplanmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak görüşme formları kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemleri kullanılmıştır. Fizyoterapistlerin kamu hastanelerinde iş yükünü oluşturan faaliyetleri tanımlamak ve ülke koşullarında bu faaliyetleri gerçekleştirmek için gerekli olan ortalama süreyi belirlemek için uzman görüşüne başvurulmuştur. Fizyoterapistler ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Görüşme sırasında önceden hazırlanmış görüşme formu kullanılmıştır. Hastanelerin 2013 yılına ait hizmet çıktıklarına ilişkin verileri hastane kayıtları ve raporlardan elde edilmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

WISN yönteminin temeli, sağlık personelinin gerçekleştirdiği faaliyetlerin analizine dayanır. Görüşme formları ve hastane istatistiklerinden elde edilen verilerin analizinde, DSÖ tarafından hazırlanmış olan “Workload Indicators of Staffing Need (WISN) Automated Tool 2010” programdan yararlanılmıştır.

WISN yönteminde personel ihtiyacı hesaplanması aşamaları aşağıda özetlenmiştir.

***Personel ihtiyacı belirlenecek meslek grupları ve tesislerinin türü belirlenmesi:** Tesis türü olarak Kocaeli ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, meslek grubu olarak da fizyoterapistler belirlenmiştir.

***Fizyoterapistlerin aktif olarak çalıştığı gün sayısının belirlenmesi:** 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 99. maddesi uyarınca haftalık çalışma süresi 40 saat olarak düzenlendiğinden araştırmamız kapsamında fizyoterapist ihtiyacı belirlenmesi yapılırken haftalık çalışma süresinin 40 saat olması gerektiği düşünülerek hesaplanmıştır.

Fizyoterapistlerin yıl içinde aktif olarak çalıştığı süre belirlenmiştir. Aşağıda Tablo 1’de fizyoterapistlerin aktif çalışma süresinin nasıl hesaplandığı ve bunlara ait süreler verilmiştir.

Tablo 1. Fizyoterapist Yıllık Aktif Çalışma Süresi

Haftalık Çalışılan Gün Sayısı	5	Özel İzin	0
Günlük Çalışılan Saat Sayısı	8	Toplam Çalışılmayan Gün	47
Yıllık İzin	25	Toplam Çalışılmayan Hafta	9,4
Resmi Tatil	12	Çalışılan Gün	213
Hastalık İzni	10	Çalışılan Hafta	42,6
Yıllık Çalışılan Toplam Saat	1704		

Aktif çalışma süresi haftada 40 saat olacak şekilde 5 gün ve günde 8 saat üzerinden ele alınmıştır. Çalışılmayan gün sayısı çıkartıldıktan sonra;

Aktif Çalışma Süresi = 213 gün= 42,6 hafta= 1704 saat olarak belirlenmiştir.

1.İş yükü bileşenleri tanımlanması: Fizyoterapistlerin hastanedeki iş yükünü oluşturan faaliyetler tanımlanmıştır.

2.Faaliyet (Aktivite) standartlarının belirlenmesi: Belirli bir işi (faaliyet) yapmak için, iyi yetişmiş bir meslek mensubunun ülke koşullarında ortalama olarak kullanacağı süre yani birim zaman aktivite standardı olarak tanımlanır. Araştırmamızda iş yükü bileşenlerinin tanımlanması ve aktivite standartlarının belirlenmesinde uzman görüşüne başvurulmuştur. Süre standartlarının belirlenmesi görüşme formlarının analizi doğrultusunda aritmetik ortalama alınarak yapılmıştır.

Tablo 2. Faaliyet Standartları

Sağlık Hizmeti Faaliyetleri		Her bir faaliyet için harcanan süre (dk)	S ¹
Nörolojik rehabilitasyon	dakika/hasta/gün	60	2,2
Ortopedik rehabilitasyon	dakika/hasta/gün	48	6,0
El rehabilitasyon	dakika/hasta/gün	46	3,3
Pediyatrik rehabilitasyon	dakika/hasta/gün	50	7,1
Elektroterapi uygulaması (sadece)	dakika/hasta/gün	23	5,6
Ölçme Değerlendirme	dakika/hasta/gün	15	2,2
Ev egzersizi eğitimi	dakika/hasta/gün	11	2,6
Yoğun bakım visiti	saat/gün	36	11,8
Servis visiti	saat/gün	34	11,4
Eğitim-Araştırma			
Kongreler	gün / yıl	5	2,1
Hizmet İçi Eğitim	saat / yıl	20	5,9
Diğer Faaliyetler			
Diğer aktiviteler + özel	saat/ay	3	2,0
Çay molası	saat/gün	22	14,5
Toplantılar	Saat/ay	1	0

Tablo 2 de fizyoterapistler işyükünü oluşturan faaliyetler ve faaliyet standartları gösterilmiştir.

1.Standart işyüklerinin hesaplanması: Hizmet istatistiklerinde yer alan faaliyetler için belirlenmiş aktivite standartları kullanılarak standart iş yükü hesaplanmıştır. Standart iş yükü aşağıdaki formül ile hesaplanır.

$$\text{Standart iş yükü} = \text{Yıllık toplam çalışma süresi} / \text{Aktivite standardı}$$

$$\text{Hesaplanan Personel İhtiyacı} = \text{Yıllık gerçekleşen faaliyet sayısı} / \text{Standart İşyükü}$$

2.Ayarlama Standartlarının Hesaplanması: Hizmet istatistiklerinde yer almayan faaliyetlerin iş yükü hesaplanmasında kategori ayarlama faktörü ve bireysel ayarlama faktörleri kullanılmıştır.

3.Personel ihtiyaçlarının belirlenmesi: Son olarak aktivite standartları, kategori ayarlama çarpanı, bireysel ayarlama faktörü ve hizmet istatistikleri kullanılarak personel ihtiyacı hesaplanmıştır.

$$\text{Personel ihtiyacı} = (\text{Hizmet İstatistiklerinde Yer Alan Faaliyetlerine İlişkin Toplam Personel İhtiyacı} * \text{Kategori Ayarlama Faktörü}) + \text{Bireysel Ayarlama Faktörü}$$

3.Bulgular

Fizyoterapistlerin 6 hastanedeki işyüküne göre personel ihtiyacı belirlemesi her hastane için ayrı ayrı yapılmıştır. A hastanesine ilişkin yıllık gerçekleştirilen faaliyet sayısı ve personel ihtiyacına ilişkin analiz sonuçları tablo 3 ve tablo 4’te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 3. Hizmet İstatistiklerinde Yer Alan Faaliyetlere İlişkin Fizyoterapist İhtiyacı

Faaliyet Adı (Aktivite Adı)	Yıllık Gerçekleşen Faaliyet Sayısı	Aktivite standardı	Birimi	Standart iş yükü	Personel İhtiyacı
<i>Nörolojik rehabilitasyon</i>	750	60	dk/hasta	1704	0,44
<i>Ortopedik rehabilitasyon</i>	1.790	48	dk/hasta	2130	0,84
<i>El rehabilitasyon</i>	2.800	46	dk/hasta	2223	1,26
<i>Elektroterapi uygulaması</i>	32.710	23	dk/hasta	4445	7,36
<i>Ev egzersizi eğitimi</i>	720	11	dk/hasta	9295	0,08
Toplam ihtiyaç					9,98

Hastanelerde çalışan fizyoterapistin yaptığı işlere ilişkin bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre 1 nörolojik rehabilitasyon için ayrılması gereken ortalama süre 60 dakikadadır. Yıllık gerçekleştirilen faaliyet sayısı 750 olduğundan, bu faaliyetle ilgili standart iş yükü 1704 olup, personel ihtiyacı 0,44 kişidir. Bir ortopedik rehabilitasyon faaliyeti ortalama 48 dakikada, el rehabilitasyonu faaliyeti ortalama 46 dakikada, bir elektroterapi uygulaması faaliyeti ortalama 23 dakikada, bir ev egzersizi eğitimi faaliyeti ortalama 11 dakikada gerçekleştirilebildiği gözlenmiştir. Her bir faaliyet için personel ihtiyacı belirlenmiştir. Hastanede yukarıda sayılan faaliyetler için toplam fizyoterapist ihtiyacı 9,98 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4. Hizmet İstatistiklerinde Yer Almayan Faaliyetlere İlişkin Fizyoterapist İhtiyacı

Faaliyet Adı (Aktivite Adı)	İş yükü	Birim	Kategori Ayarlama Çarpanı
<i>Çay molası</i>	30	dk / gün	0,06
<i>Hizmet İçi Eğitim</i>	20	saat / yıl	0,01
<i>Toplantılar</i>	1	saat / ay	0,01
<i>Kongreler/Eğitim</i>	5	gün / yıl	0,02
<i>Diğer aktiviteler / özel işler</i>	1	saat / ay	0,01
Toplam kategori ayarlama çarpanı			0,1
Kategori ayarlama faktörü			1,11

Faaliyet Adı (Aktivite Adı)	Kişi Sayısı	İş yükü	Birim	Bireysel Ayarlama Çarpanı
<i>Servis Visiti</i>	1	34	dk / gün	147,33
<i>Yoğun Bakım Visiti</i>	1	36	dk / gün	156
Toplam bireysel ayarlama çarpanı				303,33
Bireysel ayarlama faktörü				0,18
Mevcut personel sayısı	5	Toplam Personel ihtiyacı		11,26
				Personel farkı
				-6,26

Fizyoterapistlerin hizmet istatistiklerinde yer almayan faaliyetlerine ilişkin personel ihtiyacı belirlemesi tablo 4’te gösterilmiştir. Buna göre hastanedeki tüm fizyoterapistlerin çay molası için günde 30 dakika, hizmet içi eğitim için yılda 20 saat, toplantılar için ayda 1 saat, kongreler ve eğitim için yılda 5 gün, diğer aktiviteler ve özel işler için ayda 1 saat ayırması gerektiği saptanmıştır. Bu durumda toplam kategori ayarlama çarpanının 0,1 ve kategori ayarlama faktörünün 1,11 olduğu hesaplanmıştır. Aktivitelerle ilgili bireysel ayarlama faktörünün ise 0,18 olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak A Hastanesinin toplam fizyoterapist ihtiyacı 11,26 kişi olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Fizyoterapistlerin Kocaeli İli Hastanelerindeki İşyükü Dağılımı

Hastane adı	Mevcut personel	Personel İhtiyacı	İş yükü oranı (WISN)
A Devlet Hastanesi	5	11,26	0,44
B Devlet Hastanesi	2	5,4	0,37
C Devlet Hastanesi	3	3,69	0,81
D Devlet Hastanesi	2	7,18	0,28
E Devlet Hastanesi	5	7,24	0,69
F Devlet Hastanesi	4	6,66	0,6
Toplam	21	41,44	0,51

Kocaeli ilin tüm hastanelerdeki fizyoterapistlerin il geneli iş yükü oranları tablo 5’te gösterilmiştir. Buna göre en yüksek iş yükü oranı D hastanesinde olup 0,28 olarak hesaplanmıştır. Bu hastane için belirlenen standartları karşılamak için gereken kişi sayısının % 28’zinin mevcut olduğu saptanmıştır. D hastanesi merkeze yakın bir ilçe hastanesi olup fizyoterapist iş yükü oranı 0,28 iken, merkezde olan E Hastanesinin iş yükü oranının 0,69 olduğu tespit edilmiştir.

4. Tartışma

İş yüküne dayalı personel belirlenmesi yöntemi sağlık yöneticilerine etkili insan gücü planlaması yapmakta yardımcı bir yöntem olarak geliştirilmiştir. İş yüküne dayalı yöntemle ulusal ortalamalara göre değil yerel ihtiyaca göre insan gücü ihtiyacı belirlenmesi yapılmaktadır. Araştırmamızda Kocaeli ili geneli mevcut toplam fizyoterapist sayısının 21 olduğu ancak gerçek fizyoterapist ihtiyacının 41 kişi olduğu ve iş yükü oranının 0,51 olduğu saptanmıştır. İl genelinde gerekli fizyoterapist işgücü ihtiyacını karşılamak için mevcut kişi sayısının % 49 artırılması gerektiği tespit edilmiştir. İl genelinde fizyoterapistlerin hastaneler arasındaki dağılımına bakıldığında, D hastanesi merkeze yakın bir ilçe hastanesi olup fizyoterapist iş yükü oranı 0,28 (2 kişi) iken, merkezde olan E Hastanesinin iş yükü oranı 0,69 (5 kişi) olduğu tespit edilmiştir. D hastanesindeki fizyoterapistlerin iş yükünü azaltmak amacıyla E hastanesinden 1 kişi D hastanesine görevlendirilebilir. Böylece il genelinde daha dengeli bir iş yükü dağılımı sağlanmış olur.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan “İnsan Kaynakları Planlama Rehberi, 2013” doğrultuda il düzeyinde fizyoterapist planlamasını şu şekilde yapılması istenmiştir: Fizyoterapist sayısına fizyoterapi teknikeri de dahil edilerek, her 1 fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı hekim için 1,2 personel ve ayrıca her 90 diğer uzman hekim için 1

personel olması yeterli görülmüştür (SB, 2013). Kocaelinde fizyoterapi teknisyeni sayısı 5, fizyoterapist sayısı 21, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı hekim sayısı 16 ve diğer uzman hekim sayısı 684'tür. Bu veriler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen hesaplama göre Kocaeli için fizyoterapist ve fizyoterapi teknikeri toplam sayısının 26,8 olmasının yeterli olduğu öngörülmüştür. SB İnsan Kaynakları Planlama Rehberinde de ifade edildiği şekilde önerilen ihtiyaç belirleme yöntemi Türkiye genelinde mevcut fizyoterapist ve fizyoterapi teknikeri sayısını iller arasında dengeli dağıtmaya yönelik bir hesaplama yöntemidir. İnsan kaynakları planlaması olarak tanımlamak illerdeki gerçek fizyoterapist işgücü ihtiyacının belirlenmesinde ciddi yanılgılara neden olabilir.

Araştırmamızda fizyoterapistlerin yıllık gerçekleştirdikleri faaliyet sayılarını elde etmekte zorluklar yaşanmıştır. Görüşmeler sırasında fizyoterapistlerin ifadeleri ve hastanelerin istatistik birimlerinden elde edilen veriler doğrultusunda il genelinde birçok hastanenin bilgi işlem sisteminde fizyoterapistlerin gerçekleştirdiği faaliyetlerin kaydedilmediği gözlenmiştir. Fizyoterapistlerin gerçekleştirdiği faaliyetlere ilişkin veriler kendileri tarafından oluşturulan çalışma defterlerinden elde edilmiştir. Hastane bilgi sistemlerinde fizyoterapistlerin yaptıkları işlemleri kayıt edebilecekleri veri giriş penceresi oluşturulmamıştır. Bu da fizyoterapistlerin yaptıkları işlerin önemsenmediği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca fizyoterapistler tarafından gerçekleştirilen faaliyetler Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde hastaneye gelir getiren işlemler içerisinde tanımlanmıştır. Fizyoterapistler tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerin kayıt altına alınmaması ve faturalandırılmaması mali kayıpların oluşmasına neden olmaktadır.

5.Sonuç ve Öneriler

Araştırmamız ile sağlık yöneticilerine sağlık insan kaynakları konusunda daha etkili planlama yapma konusunda destek sağlayacak uygulama örneği yapılmıştır. Fizyoterapistlerin Kocaeli il geneli iş yükü oranlarına fizyoterapistlerin 0,51 olduğu saptanmıştır. Yani il genelindeki iş yükünü karşılayacak fizyoterapist sayısının sadece % 51'nin mevcut olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak Kocaeli ilindeki SB kamu hastanelerinde çalışan fizyoterapistlerin iş yükünün yüksek olduğu 6 hastanenin mevcut toplam fizyoterapist sayısı 21 iken, ihtiyacın 41kişi olduğu saptanmıştır ayrıca mevcut personelin dağılımında da dengesizlik olduğu söylenebilir.

Sağlık işgücü yetersizliği ve dengesiz dağılımı, sağlık hizmetlerinin verimlilik ve etkinliğini azaltan sağlıkta eşitsizliklere neden olan bir durumdur. Sağlık insan kaynakları gerçek ihtiyacını tespit etmek, kurum içi, il içi ve ulusal düzeyde dengeli dağılımını sağlamak amacıyla iş yüküne göre insan kaynakları planlamasının yapılması önerilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından illerdeki personel ihtiyacını tespit etmeye yönelik hazırlanan Personel Dağılım Cetvelinin iş yüküne dayalı sağlık personeli ihtiyacı esasına göre hazırlanmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Ayrıca yerel düzeyde Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterlikleri kendi bölgesindeki insan kaynakları ihtiyacını iş yüküne dayalı olarak belirleyerek Sağlık Bakanlığına bildirebilir. Bu doğrultuda ulusal düzeyde iş yüküne yönelik insan kaynakları ihtiyacı ortaya konulabilir.

Kaynaklar

- 1.Arasil, T., (2008) Türkiye’de ve Dünyada Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Durumu, Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi: 54 Özel Sayı 1; 1-3
- 2.Bektaş G, Ateş M, Arslanerer F. (2000). Hastanelerde Hemşire İnsan Gücü Planlaması Ve Bir Uygulama, 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongre Kitabı, s.663-676
- 3.Cartmill L, Comans TA, Clark MJ, Ash A, Sheppard L.. Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions. Human Resources for Health, 2012 10:2, <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/2>
- 4.Çelik Y. (2011). Kamu Hastaneleri Birliği Özelleşmeye Giden Yolda Gizli Gündem mi. Sağlık-Sen Dergisi,. Sayı 14, sayfa 44-53
- 5.Dağdeviren, M., Eraslan, E., Kurt, M. (2005). Çalışanların Toplam İş Yükü Seviyelerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Model ve Uygulaması, Gazi Üniv. Müh. Mim. Fakültesi Dergisi,. Cilt 20, No 4, 517-525)
- 6.Erigüç G. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-1, (Ed. Tatar, M.) T.C. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, Ünite 8,s.193-216
- 7.Gündüz, Ş., (2003) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonun Yarımı, Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi, 49 Sayı 1; 3
- 8.Hayran O, Sur H. (1998) Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayım. Ankara, s.182-186,
- 9.Homedes N, Ugalde A.(2005) Human Resources: The Cinderella of Health Sector Reform In Latin America. Human Resources for Health, 3:1 <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1>
- 10.Hongoro C, McPake B. (2004) How to bridge the gap in human resources for health, Lancet, , 364: p. 1451–1456
- 1.Hornby P, Ozcan S, (2003). Ghimire R. Strategic Plan For Human Sesources For Health, 2003 to 2017, Ministry Of Health Kathmandu, Nepal. http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R095_MOHNepal_2003_StrategicPlanRH.pdf Erişim tarihi: 10.10.2013
- 12.Kaptanoğlu, A.Y.(ed).(2011) Sağlık Yönetimi, 1.Baskı, Beşir Kitabevi, İstanbul, s.209
- 13.Nazlıoğlu S, Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Öncül H.G, Erkoç Y, Çinal A, Aydın S, Ünüvar N, Tosun N. (Ed). (2011) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 851. Ankara.
- 14.T.C. Sağlık Bakanlığı (2007), Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye’de Sağlığa Bakış. Ankara,.s.211-214
- 15.Tengilimioğlu D, Işık O, Akpolat M.(2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın, 3. Baskı, Ankara..s.302-309, 321-323
- 16.T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Yükseköğretim Kurulu, T.C. Maliye Bakanlığı, T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014). Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Eskişehir, YÖK Yayın No: 2014 / 1.
- 17.T.C. Sağlık Bakanlığı. İnsan Kaynakları Planlama Rehberi, 2013, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82948/h/2ilikplanlama.pdf> Erişim tarihi: 19.03.2014

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

18.Üner S, Usubütün A. (2012) İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi ile Bir İhtiyaç Belirleme Çalışması: Türkiye’de Patoloji Uzmanlarının Yeterliliği ve Dağılımları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 32(3):715-725.

19.World Health Organization. Workload indicators of staffing need User’s Manual. Geneva, Switzerland, 2010. S.12-29



HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN YÖNETİCİYE DUYULAN GÜVEN, YÖNETİCİ DESTEĞİ VE DUYGUSAL DENGELERİ İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ: HASTANE KURUMLARINDA YAPILAN BİR ARAŞTIRMA

Yasemin KÜÇÜKÖZKAN*

ÖZET

Bu çalışmada sağlık kurumlarında iş yaşamında önemli olan yöneticiye güven, yönetici desteği, kişilik faktörlerinden duygusal denge özelliği ve iş doyumunu değişkenleri incelenmektedir. Araştırmanın çalışma evrenini İstanbul il merkezindeki hastanelerde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada elde bulgular tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Yapılan testler sonucunda, yöneticiye güven, yönetici desteği ve duygusal denge değişkenlerinin iş doyumunu ile ilişkisi incelendiğinde tüm bağımsız değişkenlerin iş doyumunu ile pozitif, anlamlı ve zayıf ve orta düzeyde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İş doyumunu, Yöneticiye güven, Yönetici desteği, Kişilik özellikleri, Duygusal denge

* Doktora Öğrencisi, Email: yasmin_kn@hotmail.com

THE EXAMINATION OF THE RELATION OF NURSES' JOB SATISFACTION WITH PERCEIVED SUPERVISOR TRUST, SUPERVISOR SUPPORT AND EMOTIONAL STABILITY: A RESEARCH STUDY IN HOSPITALS

ABSTRACT

In the current study, the variables of trust in supervisor, supervisor support, emotional stability as a personality factor and job satisfaction are examined which have been important issues in health care organizations. The population of the survey is composed of nurses working as a health care staff in hospitals located in the center of Istanbul city. The data obtained from the survey were analyzed through descriptive statistical methods, Pearson's Correlation analysis, and Regression analysis. As a result of the test, it was revealed that perceived trust in supervisor, supervisor support and emotional stability had significant, positive and moderate/weak relationships with the level of job satisfaction.

Key Words: Job satisfaction, Trust in supervisor, Supervisor support, Personality characteristics, Emotional stability

1. Giriş

Sağlık kurumlarındaki çalışma yaşamında işin nitelikleri ve örgütsel-yönetimsel özellikler kadar kişisel özellikler de önemli bir faktördür. Sağlık kurumlarında özellikle hemşirelerin sahip oldukları duygusal denge gibi kişilik özellikleri, algıladıkları yönetici desteği ve yöneticilerine duydukları güveni performans ve davranışsal sonuçlarını etkilediği gibi, işyerindeki iş doyumlarını ve fiziksel ve ruhsal sağlıklarını da etkileyebilmektedir. Öte yandan, hemşirelerin işe ve yöneticilerine yönelik tutumlarının olumlu olması, yaptıkları işe uygun kişilik özelliklerinin olması ve iş doyumlarının yüksek olması hem kurumun daha verimli çalışmasını hem de hemşirelerin çalışma yaşamı kalitesinin daha iyi olmasını sağlayacaktır. Bu nedenle, bu çalışmada, sağlık kurumlarında görev yapan hemşirelerin iş doyumları ile ilişkili olabilecek faktörlerden yönetici desteği, yöneticiye duyulan güven algısı ve kişilik özelliklerinden olan duygusal denge kavramları ele alınmıştır. Konu ile ilgili alan yazın incelenerek, kavramlar arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş ve araştırmanın temel soruları belirlenerek hipotezler geliştirilmiştir. Söz konusu hipotezleri test etmek üzere, yapılandırılmış bir anket çalışması aracılığıyla İstanbul'da faaliyette bulunan özel hastanelerde bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

1.1. İş Doyumu Kavramı ve İçeriği

Kişinin işine ve onun çeşitli boyutlarına karşı oluşmuş güçlü his ve tavırları genel olarak iş doyumunu olarak bilinmekle birlikte iş doyumunu tanımlamak oldukça güçtür. En çok kullanılan iş doyumunu tanımlarından biri Locke tarafından öne sürülmüştür. Locke (1976 içinde aktaran Oksay, 2005) iş doyumunu, “çalışanın işine değer vermesi sonucu oluşan pozitif veya hoşnut bir ruh hali” olarak tanımlamaktadır. Hackman ve Oldhan (1975), iş doyumunu, çalışanların işinden duyduğu mutluluk olarak tanımlarken, Vromm (1964), çalışanların algılarına, duygularına ve davranışlarına ilişkin çok değişik boyutlu iş tutumlarının bir ölçüsü olarak değerlendirmiştir (içinde aktaran Tütüncü, 2000:16) İş doyumunu, iş şartlarının (işin kendisi, yönetimin tutumu) ya da işten elde edilen sonuçların (ücret, iş güvenliği) kişisel bir değerlendirmesidir (Demircan ve Yıldız, 2009).

İş doyumunu, bireyin normlar, değerler, beklentiler sisteminden geçerek işlenen iş ve iş koşullarına ilişkin algılarına karşı geliştirdiği içsel tepkilerden oluşmaktadır. Bu anlamda, iş doyumunu, çalışanların iş ve işin sağladıklarına ilişkin bir algısı ve bu algıya karşılık olarak verdiği duygusal cevaptır. İş doyumunu genellikle çalışanın iş ortamındaki deneyimlerinin onun üzerinde bıraktığı olumlu etki olarak düşünülmektedir. (Demircan ve Yıldız, 2009) Bu çerçevede, iş doyumunu, iş şartlarının (işin kendisi, yönetimin tutumu) ya da işten elde edilen sonuçların (ücret, iş güvenliği) kişisel bir değerlendirmesidir ve bireyin normlar, değerler, beklentiler sisteminden geçerek işlenen iş ve iş koşullarına ilişkin algılamalarına karşı geliştirdiği içsel tepkilerden oluşmaktadır (Çekmecelioğlu, 2007). Smith, Kendall ve Hulin ifade ettiği gibi, iş doyumunu etkileyen, işe ilişkin önemli özellikleri gösteren beş iş boyutu bulunmaktadır (İçinde aktaran Çekmecelioğlu, 2007:84). Bu boyutlar, (1)İşin kendisi: İşin ilginç olması, kişiye öğrenme fırsatı sağlaması, sorumluluk alma şansı vermesi; (2)Ücret: Diğer organizasyonlarla karşılaştırıldığında ücretin eşit görülmesi; (3)Yükselme fırsatı: Hiyerarşide yükselme olanağının bulunması; (4)Yönetim: Yönetimin teknik ve davranışsal destek sağlama yeteneklerinin olması; (5)İş arkadaşları: İş arkadaşlarının teknik olarak uzmanlık dereceleri ile sosyal anlamda destek olma dereceleri şeklinde sıralanabilmektedir.

1.2. İş Doyumunun Etkileyen Önceller ve Sonuçları

İş doyumunun örgütsel açıdan önemi, iş doyumunu ile verimlilik, yabancılaşma, işten ayrılma, çatışmalar iş kazaları vb. kavramlarla olan yakın ilişkisine dayanmaktadır (Kök, 2006:294). Konu ile ilgili çalışmaların ve araştırmaların ifade etmiş olduğu gibi çalışanların iş doyumunu düzeyi, örgütleri olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Çalışanların işte doyumsuzluğu onların performans düzeyinin düşmesi, işe devamsızlık eğimi göstermeleri, hatalı ürün ya da hizmet sunmaları ve işe giriş çıkış oranının yükselmesi gibi çok sayıda bireysel ve örgütsel sonuçlara sebep olabilmektedir (Judge and Bono, 2001; Saari and Judge, 2004; Acar, Nemutlu, Gürhan ve Liman, 2004; Masroor ve Fakir 2009; Lambert ve Hogan, 2009; Chen, Ployhart, Thomas, Anderson ve Bliese, 2011). Öte yandan, iş doyumunun gerek bireye gerekse örgüte sağladığı pek çok olumlu sonuçları bulunmaktadır. Bunlar arasında çalışanların performans düzeyinin artması, işe ve örgüte bağlılığın artması, işe sadakat duygusunun yükselmesi, örgütsel vatandaşlık davranışının artması, sosyal ilişkilerin ve iletişimin olumlu yönde değişmesi, daha kaliteli ürün ve hizmetin sunulabilmesi ve bunlar gibi daha çok sayıda olumlu tutum, davranış ve örgütsel sonuçların varlığından söz edilebilmektedir. (Örneğin; Williams ve Anderson, 1991; Organ ve Ligly, 1995; Kuehn ve Al-Busaidi, 2002; Saari and Judge, 2004; Karaman ve Altunoğlu, 2007; Basım ve Şeşen, 2009; Rehman, Saif, Khan, Nawaz and Rehman, 2013)

İş doyumunun bireysel olarak kişilik, tecrübe, sosyal yapı, kültürel anlayış, inanç ve değerler gibi etkenlere dayalı olduğu öne sürülmektedir. İş doyumuna veya doyumsuzluğuna neden olan faktörleri üç grupta toplamak ve özetlemek mümkündür (Moorhead ve Griffin, 1989:89): (1)Örgütsel faktörler: ücret, terfi olanakları, işin yapısı ve doğası (work itself), hedefler, beklentiler ve örgütsel yöntemler ile çalışma şartları; (2)Grupsal faktörler: meslektaşlar, amirler; (3)Kişisel faktörler: ihtiyaçlar, amaçlar, kendini gerçekleştirmek yada amaçların gerçekleştirilmesi için yetki ve olanak tanınması gibi etkili faydalar. İş doyumunda rol oynayan faktörler iki gruba ayrılmaktadır. Bunlardan birinci grupta bireysel faktörler bulunmaktadır. Bu grupta bireyin kişilik özellikleri, yaşı, cinsiyeti, eğitimi, iş hayatındaki çalışma süresi gibi bireysel özellikleri, yetenekleri ve tecrübeleri bulunmaktadır. İkinci grupta örgütsel faktörler bulunmaktadır. Bu grupta da işin zorluk derecesi, ücret, terfi imkânları, çalışma koşulları, ödüllendirme sistemi, beşeri ilişkilerin düzeyi gibi faktörler yer almaktadır (Özdevecioğlu, 2003, Lund, 2003). Bütün bu sonuçların yanında, iş doyumunun

bireysel, çevresel ve örgütsel düzeyde önemli öncelleri bulunduğu ve bu önceller arasında çalışanların yöneticiye duydukları güven ve algıladıkları yönetici desteğinin olumlu ve yüksek düzeyde bir etkiye sahip olabileceği önceki çalışmalarda belirtilmektedir. Söz konusu kavramlar bu çalışmada ele alınmaktadır.

1.3. Yöneticiye Güven ve Yönetici Desteğinin İş Doymu ile İlişkisi

Örgüt içerisinde bireyler ve gruplar arasındaki güven, organizasyonun istikrarı ve üyelerinin mutluluğu için yüksek düzeyde önemlidir (Koç ve Yazıcıoğlu, 2011:47). Güvenilir bir yönetici, “sözüne inanılan, sadık, dürüst, tutarlı, kendisinden zarar gelmeyen, iyiliksever, ayrımcılık yapmayan, yaptığı her şey açık olan ve denetlenebilen kişidir”. Bir örgütte çalışanların yöneticilerine olan güvenleri, yöneticinin teknik ve kavrayabilme yeteneğine, doğruluk ve dürüstlüğüne, yaptığı işlerdeki başarıları ve kararlarındaki isabet derecesine bağlı olmaktadır. Bu da çalışanların yöneticiye olan güvenlerini etkilemektedir (Eren ve Hayatoğlu, 2011:112).

Mayer, Davis ve Schoorman’a (1995) göre yöneticiye güven, “bir çalışanın hareket ve davranışlarını kontrol edemeyeceği yöneticisi karşısında savunmasız olma istekliliği” olarak tanımlanmaktadır (Aktaran Tan ve Tan, 2000:243). Yöneticiye duyulan güven, örgütsel yapı içinde kişiler arası güven kapsamında ele alınmaktadır. Bu bağlamda, bireyin yöneticisine olan güven hissi, yöneticinin etik ve adalet uygulamalarındaki tutumları ile şekillenmektedir (Kılıçlar, 2011:24). Yöneticiye güven, astların örgüt kurallarına, prosedürlerine uymalarına ve örgütsel değişimin gerçekleşmesine yardımcı olabilecek; astların performanslarını da doğrudan etkileyebilecektir. Yöneticilerin astları ile ilişkilerinde tutarlı ve dürüst olmaları, açık iletişim kurmaları, örgütsel karar ve uygulamalarla ilgili bilgileri onlarla paylaşmaları yöneticiye olan güven düzeyini yükseltecektir (Arslantaş ve Dursun, 2008:114). Yöneticilerin astları ile ilişkilerinde tutarlı ve dürüst olmaları, açık iletişim kurmaları, örgütsel karar ve uygulamalarla ilgili bilgileri onlarla paylaşmaları yöneticiye olan güven düzeyini yükseltecektir. Dolayısı ile astların güven algısının yöneticilerin etik davranışlarından, insan kaynakları politika ve prosedürlerinden, örgüt kültüründen etkilenmesi sebebiyle yöneticilerin astları destekleyen bir davranış göstermeleri gerekmektedir (Özdaşlı ve Yücel, 2010:70). Literatürde güvenin tanımların çoğunda güvenin çok boyutlu olduğu görülmektedir. Bu çalışmada Hoy ve Tshannen-Moran (1999)’ın tanımdan hareketle ortaya çıkan boyutlar ele alınmış ve araştırma bu boyutlar üzerine kurulmuştur. Bu boyutlar; yetenek, açıklık (bir bireyin iş arkadaşlarından bilgiyi saklamayacağı, tersine bilgiyi paylaşacağına dair beklentisi), dürüstlük (güvenilen kişinin karakteri, sözleri ile yaptıkları arasındaki bütünlüğü), yardımseverlik (bir kimsenin iyi niyetine dayalı olarak diğer taraf tarafından korunacağına dair beklentisi) başlıkları altında toplanabilir (Polat ve Taştan, 2009:562).

Bununla birlikte, örgütsel destek algısı, örgütün çalışanın katılımına ve iş tatminine önem vermesine ilişkin algılamalar ve çalışan faaliyetlerinin örgüt tarafından gönüllü şekilde gerçekleştirildiğine yönelik duygular olarak tanımlanmaktadır (Eisenberger, Huntington ve Sowa, 1986:500). Örgütsel destek kavramı sosyal destek ve yönetici desteği kavramlarını da içermektedir ve her bir destek boyutu çeşitli çalışan tutum ve davranışları ile ilişki göstermektedir (Kaymakçıoğlu, 2001). İş ortamına bağlı ve örgütsel faktörler incelendiğinde, işin çalışana sağladığı sosyal ve ekonomik imkânlar, iş ortamı şartlarının, yönetici ve lidere ilişkin algı ve tutumların iş doyumuna etkisi bulunduğu görülmektedir (Podsakoff, MacKenzie, Moorman, Fetter, 1990; Çakır, 2006; Karaman ve Altunoğlu, 2007; Laschinger, 2008; Öztürk ve Alkış, 2012; Saygılı ve Çelik, 2011; Top, Tarcan, Tekingündüz ve Hikmet).

Yapılan çalışmalar iş doyumunu üzerinde güvenin rolünün ve öneminin olduğuna dikkat çekmektedirler. Güvenin, yöneticinin etkinliğini artırdığı ve yönetici ile çalışanlar arasındaki ilişkiyi olumlu yönde etkileyerek sağlam temeller üzerinde kurulmasını sağladığı vurgulanmaktadır. Böylece çalışanların yöneticilerine duydukları güvenden dolayı daha yüksek performans gösterdikleri ve iş doyumunu sağladıkları belirtilmektedir (Cevrioğlu, 2007:66). Hsu (2011) yapmış olduğu çalışmada, algılanan dönüşümcü liderliğin ve lidere duyulan güvenin çalışanlarda iş doyumunu olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir. Ellickson ve Logsdon (2001) tarafından da çalışma koşullarının ve yönetici ile ilişkin çalışan tutum ve değerlendirmelerinin iş doyumunu düzeyi ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. İlgili alan yazında, yönetici desteği algısının çalışanlarda örgütle özdeşleşme, iş doyumunu, iş performansı, vatandaşlık davranışı ve örgütsel bağlılık gibi sonuçlarla olumlu yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Searle, Bright ve Bochner, 2001; Cheung ve Law, 2008; Turunç ve Çelik, 2010; Chow, Lo, Sha ve Hong, 2006). Gençtürk (2005), Waskiewicz (1999) ve Riggle, Edmondson ve Hansen (2009) tarafından yapılan çalışmalarda algılanan yönetici desteğinin çalışanların örgütsel bağlılık ve iş doyumunu gibi algılamalarıyla bağlantılı olduğu ortaya konulmuştur. Çelik ve Fındık (2012) yönetici desteği ile özdeşleşme arasındaki ilişkiyi incelemiş, Turunç ve Çelik (2010) ise *örgütsel desteğin çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeyine, iş-aile ve aile iş çatışması düzeyi ile işten ayrılma niyetine etkilerini belirlemişlerdir*. Gençtürk (2005) algılanan yönetici desteği ile çalışan performansı arasında olumlu bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Polly'nin (2002) çalışmasında da algılanan destek ile örgüte duygusal bağlılık arasında pozitif bir ilişki vurgulanmıştır. Ceylan ve Şenyüz'ün (2003) çalışmasının sonucunda ise, yönetici desteği algısının örgüte bağlılığı etkilediği görülmüştür. Koç ve Yazıcıoğlu (2011) Türkiye'de kamu ve özel sektör çalışanları üzerinde yapmış oldukları araştırma sonucunda, çalışanların örgütsel güven kapsamında yöneticilerine duydukları güven duygusunun iş doyumları üzerinde anlamlı etkisinin olduğunu belirlemişlerdir. Saygılı ve Çelik (2011) tarafından Türkiye'de sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli üzerinde yapılan araştırma sonucunda ise örgütteki çalışma ortamının, yönetici ve çalışma şartları ile ilgili algıların iş doyumunu düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Tüm bu çalışmaların sonuçları ışığında, yöneticiye duyulan güven ve yönetici desteği algılarının çalışanlarda iş doyumunu olumlu yönde etkileyebilecek kavramlar olduğu öne sürülebilmektedir. Bu doğrultuda aşağıdaki hipotezler önerilmektedir.

H1: Yöneticiye güven algısı ile çalışanların iş doyumunu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Algılanan yönetici desteği ile çalışanların iş doyumunu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

1.4. Duygusal Denge Kişilik Özelliğinin İş Doyumunu ile İlişkisi

Davranışçı psikologlar, kişiliği, bir insanın kendine özgü ve az çok her zaman gözlenebilen davranış ve alışkanlıklarının tutumu olarak tanımlamışlardır. Watson, kişiliği, “bir insanın alışkanlıklarının, alışkanlık sistemlerinin toplamı” olarak açıklar. (Dündar, 2009). Kişilik ile ilgili yazında görüldüğü gibi, bireysel özelliklerin anlaşılır tanımlarından biri de beş temeldir (McCrae ve John, 1992). Günümüzde “Beş Temel/Faktör Kişilik Özellikleri”e daha fazla kabul görmüştür. Paunonen ve Ashton (2001 içinde aktaran Mete, 2006), Beş Faktör Kişilik modelinin insan davranışlarındaki değişimi açıklamada önemli bir rol oynadığını açıklamış ve beş faktörün davranışı anlamak ve tahmin etmek için yararlı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bunun sonucunda, birçok araştırmacı, bireyin kişiliğinin temel yapısının beş boyuttan oluştuğuna inanmışlardır. Bu boyutlar, dışa dönük olma (extroversion),

uyumluluk/yumuşak başlılık (agreeableness), sorumluluk/özdisiplin (conscientiousness), duygusal değişkenlik/nevrotiklik (neuroticism) ve gelişime açıklık (openness to experience) şeklinde ifade edilmektedir. Bu çalışmada ise, söz konusu temel kişilik özelliklerinden duygusal denge özelliği üzerinde durularak, çalışmanın bağımlı değişkeni olarak ele alınmış olan iş doyumunu ile ilişkisi değerlendirilmeye çalışılmaktadır.

Duygusal değişkenlik, bazı yazarlar tarafından (Somer, 1998) “Duygusal Tutarsızlık” adıyla anılmaktadır. Bu tip kişilik özelliği en sıklıkla duygusal denge, denge, duygusallık ya da nevrotiklik olarak adlandırılmaktadır. Ortak özellikleri arasında kaygılı, depresif, sinirli, sıkılmış, duygusal, üzgün ve güvensiz olma yer almaktadır (Barrick ve Mount, 1991). Nevrotik bireyler, uzun süreli olumsuz duygular yaşama ve bazı davranış patolojileri geliştirme eğiliminde olmaktadır. İnsanlarla ilişki kurmada ve bu ilişkileri sağlıklı bir biçimde sürdürmede zorlanmaktadır ve genellikle uzun süreli stres yaşamaktadırlar (Bruck ve Allen, 2003). Bu tür karakter özellikleri bireylerin iş ve aile yaşamında daha fazla çatışma yaşamalarına sebep olduğu için daha fazla stres yaşamalarına neden olabildiği ileri sürülmektedir (Stoeva, 2002 içinde alıntılanan Mete, 2006). Stres yaşadıkları durumlarda duygu odaklı başa çıkma mekanizmaları kullanılmaktadır (O’Brein ve DeLongis, 1996 içinde alıntılanan Demirkan, 2006:62). Nevrotik insanların, çok sinirli, gergin, kaygılı, sıkıntılı ve üzgün oldukları ve sıkıntılarını zorunlu bir başarı haline çevirme ya da kaygılarının onları umursamazlığa götürmesine izin verme gibi yollara gidebildikleri belirtilmektedir (Demirkan, 2006:62). Bu bağlamda, duygusal değişkenlik kişilik boyutunun, genellikle, endişeli, güvensiz, korumacı, gergin ve kaygılı bireyleri kapsamakta olduğu söylenebilmektedir (Barric ve Mount, 1991 içinde alıntılanan Mete, 2006, s.50). Bunun tersi durumda ise duygusal dengeli insanların ise sakin ve hallerinden hoşnut oldukları, uysal oldukları, kendilerine güvenleri yüksek olup olumlu duygular yaşamaya eğilimli oldukları ifade edilmektedir. (Friedman ve Schustack, 1999; McCrae ve John, 1992; Demirkan, 2006). Sonuç olarak, bireyin sinirli olup olmaması, kendine güven derecesi, iyimser veya kötümser olması, sıkılgan olması, duygusal olması ve endişeli olması gibi özellikler bu boyutun kapsamında yer almaktadır. Birçok araştırmacının ise, örgütlerde yönetim görevi üstlenen bireylerin mutlaka duygusal istikrar boyutunda olumlu nitelikler taşıması gerektiğini ileri sürmekte olduğu ifade edilmektedir. (Soysal, 2008:10). Araştırmalara göre işlerine daha iyi uyum sağlayan ve duygusal dengesi daha iyi olan çalışanların iş doyumları daha yüksek olmaktadır (Demirkan, 2006:53). Duygusal dengesizlik yaşamın her alanında hoşnutsuzluk nedeni olabilir ve uzun süreli iş doyumsuzluğu duygusal uyumda yetersizliğe neden olabilmektedir (İstengel, 2006). Söz konusu alan yazından elde edilen bulgular doğrultusunda, bireylerin kişilik özelliklerinden duygusal denge özelliğinin iş doyumunu olumlu yönde etkileyebilecek bir kişilik faktörü olduğu ifade edilebilmektedir. Böylece, çalışmanın üçüncü hipotezi aşağıdaki gibi önerilmektedir.

H3: Duygusal denge kişilik özelliği ile çalışanların iş doyumunu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışmanın ilerleyen bölümünde, önerilmiş olan üç hipotezin test edilebilmesi için gerçekleştirilmiş olan araştırma çalışması ve uygulanan istatistiksel yöntemler açıklanmaya çalışılmaktadır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hastanelerde çalışmakta olan hemşirelerin iş doyumunu düzeylerini belirlemeyi ve iş doyumunu ile ilişkili olabilecek kavramlardan yöneticiye güven, yönetici desteği ve duygusal denge algıları ile hemşirelerin iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini İstanbul il merkezindeki hastanelerde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için beş hastane ile iletişim kurulmuş, elde edilen izin sonucunda bu hastanelerde çalışmakta olan 145 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırma kapsamında bir vakıf üniversitesi hastanesi, dört de özel hastane bulunmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Örneklemdaki katılımcıların (hemşirelerin) “iş doyumlarını” ölçmek amacıyla, Batıgün ve Şahin (2006) tarafından hazırlanan ve farklı çalışmalarda da kullanılmış olan “İş Doyumu Ölçeği” uygulanmıştır. Ölçek 32 maddeden oluşan, 5’li Likert tipi bir ölçektir. Örneklemdaki katılımcıların beş faktör kişilik özelliklerinden “duygusal denge” özelliği Costa ve McCrae tarafından geliştirilen ve Sami Gülgöz (2006), tarafından kısa versiyonu (NEO PI) Türkçe’ye standardize edilen NEO Beş faktör envanteri (NEO FFI) ile değerlendirilmiştir. NEO FFI tarafından değerlendirilen beş temel kişilik özelliği şunlardır: Yeniliklere Açık Olma, Dışa Dönük Olma, Duygusal Dengesizlik, Uyumluluk ve Sorumluluk. Her bir faktör on iki madde ile değerlendirilmektedir. Bu çalışmada, söz konusu envanterin alt ölçeği olan “Duygusal denge” ölçeği 12 madde ve 5’li likert tipi bir dereceleme ile ölçülmüştür. “Yöneticiye duyulan güven” algısını değerlendirmede ise Nyhan ve Merlowe (1997) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkiye’de daha önce kullanılmış olan 12 maddeli Örgütsel Güven Envanterinin, Yöneticiye Güven boyutunda yer alan 8 madde kullanılmıştır. Cevaplar 5’li likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların algıladıkları “yönetici desteğini” ölçmek üzere Netemeyer, Boles, McKee ve McMurrian (1997) tarafından geliştirilen 5 soruluk ölçek kullanılmıştır. Ölçekte cevaplar 5’li likert ölçeği ile alınmıştır. Araştırma anketinde, örnekleminin bazı demografik değişkenlere göre tanımlanabilmesi sebebiyle, 8 sorudan oluşan kişisel bilgi formu da yer almıştır. Katılımcıların, cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim, mesleki tecrübe, şu anki kurumda çalışma süresi ve yöneticisiyle birlikte çalışma süresi gibi sorular yer almıştır.

3. Bulgular

Araştırmada elde bulgular tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Öncelikle, araştırma örneklemelerinden elde edilen kişisel veriler incelenmiştir. Sonuçlara göre, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin, 138’i (% 95) bayan; 7’si (% 5) erkek hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırma örnekleminin % 55,2’lik kısmı 26-30 yaş arası, % 40’lık kısmı 31-40 yaş arası ve diğer %4,8’i 41-49 yaş grubundadırlar. Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin % 70,4’ünün evli, % 24,6’sının bekâr ve % 5’sinin boşanmış ya da dul

olduklarını belirtmiştir. Hemşirelerin %37,2'si 1-5 yıl, %29,7'si 6-10 yıl, %13,8'i 11-15 yıl ve diğer %4,8'i 16-20 yıl arası süreyle toplam mesleki tecrübeye sahip olduklarını belirtmişlerdir.

3.2. Faktör ve Güvenilirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış, güvenilirlikleri saptamak amacıyla Cronbach Alfa, geçerlilikleri saptamak amacıyla faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan güvenilirlik analizinde ortaya çıkan Alpha değerleri ,70'in üzerinde bulunmuştur. İş doyum algısı ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,91, yöneticiye güven ölçeğinin 0,85, yönetici desteği ölçeğinin 0,89 ve duygusal denge ölçeğinin 0,83 olarak saptanmıştır ve ölçeklerin hiçbirinde negatif etki gösteren maddeye rastlanmamıştır. Yalnızca iş doyum ölçeğinde madde yükünün düşük düzeyde olması sebebiyle 2 soru analizden çıkarılmıştır. Araştırmaya katılanların iş doyum algısı ortalaması 3,82, yöneticiye güven ortalaması 3,07, yönetici desteği ortalaması ise 3,11 ve duygusal denge ortalaması 3,87'dir.

3.3. Hipotez Testleri ve Değerlendirmeler

Yapılan testler sonucunda, yöneticiye güven, yönetici desteği ve duygusal denge değişkenlerinin iş doyum ile ilişkisi incelendiğinde tüm bağımsız değişkenlerin iş doyum ile pozitif, anlamlı ve zayıf ve orta düzeyde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yöneticiye güven ile iş doyum arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki ($r = 0,166$), yönetici desteği ile iş doyum arasında pozitif, anlamlı ve orta düzeyde ilişki ($r = 0,462$), duygusal denge ve iş doyum arasında ise pozitif, anlamlı ve orta düzeyde bir ilişki ($r = 0,502$) gözlenmiştir ($p > 0,05$). Bu sonuçlar Tablo 1 ile sunulmaktadır. Yapılan Pearson korelasyon testi sonucunda elde edilen bu sonuçlara göre, algılanan yöneticiye güven, yönetici desteği ve duygusal denge ile iş doyum arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler görülmüş ve “hipotez 1, hipotez 2, hipotez 3 desteklenmiştir”.

Tablo 1. Yöneticiye Güven, Yönetici Desteği, Duygusal Denge ve İş Doyumu İlişkileri

Değişken		1	2	3	4
1.	İş Doyumu	1	,166*	,462*	,502*
2.	Yöneticiye Güven	,166*	1	,188*	,202*
3.	Yönetici Desteği	,462*	,188*	1	,145*
4.	Duygusal Denge	,502*	,202*	,145*	1

* $p < 0,05$ anlamlılık seviyesinde ilişki anlamlı

Bununla birlikte, yöneticiye güven, yönetici desteği ve duygusal denge değişkenlerinin hemşirelerin iş doyum üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik olarak yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Yöneticiye Güven, Yönetici Desteği ve Duygusal Dengenin İş Doymu Üzerindeki Etkilerine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken: İş Doymu			
Bağımsız Değişkenler	Beta	t	P
Constant		9,765	,000
Yöneticiye Güven	,258	3,193	,002
R=,299; R²=,089; F değeri=10,225; P değeri=0,002			
Constant		8,913	,000
Yönetici Desteği	,339	3,798	,000
R=,327; R²=,115; F değeri=14,374; P değeri=0,000			
Constant		6,244	,000
Duygusal Denge	,669	9,742	,000
R=,675; R²=,457; F değeri=94,775; P değeri=0,000			

Regresyon analizi sonuçlarına göre, “yöneticiye güven” algısının ($R^2=0,089$, $F=10,225$, $P<0,05$), “yönetici desteği” algısının ($R^2=0,115$, $F=14,374$, $P<0,05$) ve “duygusal denge” özelliğinin ($R^2=0,457$, $F=94,775$, $P<0,05$) iş doymu üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, Beta değerlerinin mutlak büyüklüklerine bakılarak, iş doyumunu açıklamada söz konusu bağımsız değişkenlerin etkisi değerlendirilmiştir. Buna göre, yöneticiye güven algısının iş doyumunu açıklaması ($\beta=0,258$), yönetici desteği algısının iş doyumunu açıklaması ($\beta=0,339$) ve duygusal dengenin iş doyumunu açıklaması ($\beta=0,669$) olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, araştırma modelinde yer alan bağımsız değişkenlerin iş doymu düzeyi üzerinde oldukça yüksek açıklayıcı güce sahip olduğu görülmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

İş doymu ile ilgili yapılan alan yazın araştırmasında iş doyumunun örgütsel ve yönetsel özellikler, iş çevresi özellikleri, çalışan algı ve tutumları ve kişilik özellikleri gibi pek çok kavramlar ile ilişkili olduğu görülmüştür. Özellikle kişilik tipleri, yönetici ve liderlik tutumları gibi konular iş doymu üzerinde çalışma yapan ve ilgilenen araştırmacılar tarafından teorik ve ampirik olarak ilgi görmüştür. Bu çalışmanın da ana konusunu oluşturmuş olan yöneticiye güven, yönetici desteği ve duygusal denge kişilik özelliğinin çalışanların (hemşirelerin) iş doymu düzeyi ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilerinin olabileceği varsayımından hareketle bir araştırma gerçekleştirilmiş ve öne sürülen önermeleri destekleyici sonuçlar elde edilmiştir. Sonuç olarak, çalışanların yöneticiye güven algısının ve yöneticiden destek görmeye yönelik olumlu algılarının sağlandığı takdirde çalışanların daha yüksek iş doyumuna sahip olabileceği ve çalışanların duygusal dengelilik özelliğinin etkin olduğu durumda kişilerin iş doyumunun da daha yüksek olabileceği bulgularına ulaşılmıştır. Bu bağlamda, kurumlar için, iş doyumunun bir takım yönetsel ve bireysel belirleyicileri belirlenerek söz konusu çeşitli bireysel ve yönetsel etkenlerin iyileştirilmesiyle iş doymu algısının artırılması ve böylece yönetici desteği ve güven algısı kalitesinin de olumlu yönde pekiştirilebilmesi için çabaların sarf edilmesi uygun görülmekte ve önerilmektedir.

Elde edilen bulguların, iş doymu, yönetici desteği, yöneticiye güven ve kişilik özellikleri ile ilgili alan yazına ve Türkiye’de sağlık kurumlarında çalışma yaşamı ile ilgili yaklaşımlar geliştirmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

yapılacak başka araştırmalara kaynak olma özelliği taşıyarak yeni araştırmacılara yararlı olması beklenmektedir.

Bu çalışma, İstanbul ilinde bulunan özel hastanelerde görev yapmakta olan hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla bu araştırma yalnızca İstanbul'daki özel hastanelerde ve belirli sayıda kurumlarda gerçekleştirilmiş olduğundan, araştırma sonuçlarının sağlık sektörüne ve sağlık yönetimi alanına genellenebilmesi için benzer araştırmaların farklı sağlık kurumlarında ve çok sayıda hemşire üzerinde yapılması gerekmektedir. Bunun yanında, yapılan araştırma kişilere ait sınırlılıkları da içermektedir. Buna göre, araştırmanın daha geniş bir örneklem grubu üzerinde ve farklı sağlık kurumlarını (kamu ve özel) da kapsayacak şekilde yapılmasının daha doğru bulgulara ulaştırabileceği düşünölmektedir.

Kaynaklar

- 1.ACAR, A., Nemetlu, E., Gürhan, G. ve Liman, V. (2004). Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi araştırma görevlilerinin iş memnuniyeti ve bunu etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 24(2), s.95-106.
- 2.ARSLANTAŞ, C. C. ve Dursun, M. (2008). Etik liderlik davranışının yöneticiye duyulan güven ve psikolojik güçlendirme üzerindeki etkisinde etkileşim adaletinin dolaylı rolü. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 8(1), s.111-128.
- 3.BARRİCK, M.R., Mount, M., K. (1991). The Big Five Personality Dimensions and Job Performance: A Meta-Analysis. Personnel Psychology, 44 (1), s.1-26.
- 4.BASIM, H. N. ve Şeşen, H. (2009). Örgütsel Adalet Algısı Örgütsel-Vatandaşlık Davranışı İlişkisinde İş Tatmininin Aracılık Rolü. 17. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 21-23 Mayıs, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İşletme Bölümü.
- 5.BATIGÜN, A. D. ve Şahin, N. H. (2006). İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumunu. Türk Psikiyatri Dergisi,17(1), s.32-45.
- 6.BRUCK, C.S. ve Allen, T.D. (2003). The relationship between big five personality traits, negative affectivity, type a behavior, and work-family conflict. Journal of Vocational Behavior, 63, s.457-472.
- 7.CEVRIÖĞLU, E. (2007). Lider-üye etkileşimi ile bireysel ve örgütsel sonuçlar arasındaki ilişki: ampirik bir inceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- 8.CEYLAN, A. ve Şenyüz, B. (2003). Örgütsel Destek Algısı ve Dahil Olma-Dışlanmama Algısının Örgütsel Bağlılığa Etkisi-Sigorta Sektöründe Bir Araştırma. Yönetim,(44), s.57-62.
- 9.CHEN, G., Ployhart, R. E., Thomas, H. C., Anderson, N. ve Bliese, P. D. (2011), The power of momentum: A new model of dynamic relationships between job satisfaction change and turnover intentions. Academy of Management Journal, 54(1), s.159-181.
- 10.CHEUNG, M. F. ve Law, M. C. (2008). Relationships of organizational justice and organizational identification: the mediating effects of perceived organizational support in Hong Kong. Asia Pacific Business Review, 14(2), s.213-231.
- 11.CHOW, H. S., Lo, W. C., Sha, Z. ve Hong, J. (2006). The impact of developmental experience, empowerment, and organizational support on catering service staff performance. International Journal of Hospitality Management, 25(3), s.478-495.
- 12.ÇAKIR, Birgül (2006). SA 8000 sosyal sorumluluk standardının örgütsel bağlılık ve iş doyumuna olan etkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.
- 13.ÇEKMECELİOĞLU, H. G. (2007). Örgüt İkliminin İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi: Bir Araştırma. Celal Bayar Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6(2), s.23-39.
- 14.ÇELİK, A. ve Findik, M. (2012). The Effect of Perceived Organizational Support on Organizational Identification. World Academy of Science, Engineering and Technology, 68, s.8-29.

15. DEMİRCAN, Ç. N. ve Yıldız, S. (2009), “Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerindeki Etkisi: Algılanan Örgütsel Destek Bir Ara Değişken mi?”, *Electronic Journal of Social Sciences*, 8 (28), s.68-90.
16. DEMİRCAN, S. (2006). Özel sektördeki yöneticilerin ve çalışanların bağlanma stilleri, kontrol odağı, iş doyumunu, beş faktör kişilik özelliklerinin araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
17. DÜNDAR, S. (2009). Üniversite öğrencilerinin kişilik özellikleri ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(2), s.139-150.
18. EISENBERGER, R., Huntington, R. H. ve Sowa, S. (1986). Perceived Organisational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71(31), s.486-512.
19. ELLICKSON, M. C. ve Logsdon, K. (2001). Determinants of job satisfaction of municipal government employees. *State & Local Government Review*, s.173-184.
20. EREN, S.S., Hayatoğlu, Ö. (2011). Etik iklimin satış elemanlarının iş tutumlarına ve iş performanslarına etkisi: İlaç sektöründe bir uygulama. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), s.109-128.
21. FRIEDMAN, H., S. ve Schustack, M., W. (1999). *Personality: Classic Theories and Modern Research*. USA: Allyn & Bacon.
22. GENÇTÜRK, O.C. (2005). Algılanan sosyal desteğin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine etkisi-bir vaka çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
23. GÜLGÖZ, S. (2006). NEO.FFI kişilik envanterinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Araştırma Raporu, Koç Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul.
24. HACKMAN, J.R. ve Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, s.159-170.
25. HOY, W. K. ve Tschannen-Moran, M. (1999). Five faces of trust: An empirical confirmation in urban elementary schools. *Journal of School Leadership*, 9, s.184-208.
26. HSU, Y. R. (2011). Work-family conflict and job satisfaction in stressful working environments: The moderating roles of perceived supervisor support and internal locus of control. *International Journal of Manpower*, 32(2), s.233-248.
27. İSTENGEL, A. M. (2006). Okul rehber öğretmenlerinin kişilik özellikleri ve iş stresleri arasındaki ilişki düzeyinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
28. JUDGE, T. A. ve Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 86(1), s.55-80.
29. KARAMAN, F. ve Altunoğlu, A. E. (2007). Kamu üniversiteleri öğretim elemanlarının iş tatmini düzeyini etkileyen faktörler. *Yönetim ve Ekonomi*, 14(1), s.109-120.

- 30.KAYMAKÇIOĞLU, Ç. (2001). Effect of perceived stress, social support, expectancies and coping style on depression and anxiety. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- 31.KILIÇLAR, A. (2011). Yöneticiye duyulan güven ile örgütsel adalet ilişkisinin öğretmenler açısından incelenmesi. İşletme Araştırmaları Dergisi, (3), s.23-36.
- 32.KOÇ, H.ve Yazıcıoğlu, İ. (2011). Yöneticiye duyulan güven ile iş tatmini arasındaki ilişki: Kamu ve özel sektör karşılaştırması. Doğu Üniversitesi Dergisi, 12(1), s.46-57.
- 33.KÖK, B.S. (2006). İş tatmini ve örgütsel bağlılığın incelenmesine yönelik bir araştırma. Journal Of Economics And Administrative Sciences, 20(11), s.1-21.
- 34.KUEHN, K. W. ve Y. Al-Busaidi (2002). Citizenship behavior in a Non-Western Context: An examination of the role of satisfaction, commitment and job characteristics on self-reported OCB, IJCM, 12(2), s.107-125.
- 35.LAMBERT, E. G. ve Hogan, N. L. (2009), The impact of job satisfaction on turnover intent : a test of a structural measurement model using a national sample of workers, The Social Science Journal, 38, s.233-250.
- 36.LASCHINGER, H. K. S. (2008). Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: Further testing the nursing worklife model. Journal of Nursing Care Quality, 23(4), s.322-330.
- 37.LUND, D. B. (2003). Organizational culture and job satisfaction. Journal of business & industrial marketing, 18(3), s.219-236.
- 38.MASROOR, A.M. ve Fakir, M. J. (2009). Level of Job Satisfaction and Intent to Leave Among Malaysian Nurses, Business Intelligence Journal, 3(1), s.123-137.
- 39.MAYER, R. C., Davis, J. H. ve Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. Academy of management review, 20(3), s.709-734.
- 40.MCCRAE, R.R., John, O.P. (1992). An introduction to the five factor model and its applications. Journal of Personality, 60, s.175-215.
- 41.METE, C. (2006). İlköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin kişilik özellikleri ile iş tatminleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- 42.MOOREHEAD, G. ve Griffin, R. W. (1989). *Organizational behavior*. Boston: Louhton Mifflin.
- 43.NETEMEYER, R. G., Boles, J. S., McKee, D. O. ve McMurrian, R. (1997). An investigation into the antecedents of organizational citizenship behaviors in a personal selling context. Journal of Marketing, 61(3), s.85-98.
- 44.NYHAN, R. C. ve Marlowe, H. A. (1997). Development and psychometric properties of the organizational trust inventory. Evaluation Review, 21(5), s.614-635.
- 45.OKSAY, A. (2005). Çalışanlarda İş Tatmini: Sağlık Sektörü Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Isparta.
- 46.ORGAN, D.W. and A. Lingly (1995). Personality, satisfaction and organizational citizenship behavior, Journal of Social Psychology, 135(3), s.339-350.

- 47.ÖZDAŞLI, K. ve Yücel, S. (2010). Yöneticiye Bağlılıkta Yöneticiye Güvenin Etkisi: Yapısal Eşitlik Modeli ile Bir Analiz. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11, s.67-83.
- 48.ÖZDEVECİOĞLU, M.(2003). Algılanan örgütsel destek ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkilerin belirlenmesine yönelik bir araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18 (2), s.302-325.
- 49.ÖZTÜRK, Y. ve Alkış, H. (2012). Konaklama işletmelerinde çalışanların iş tatmininin ölçülmesi üzerine bir araştırma. Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 7(14), s.437-460.
- 50.PODSAKOFF, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H. ve Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and OCBs. The Leadership Quarterly,1(2), s.107-142.
- 51.POLAT, S., & Taştan, M. (2009). Yüksek öğretim öğrencilerinin öğretim elemanlarına olan güven düzeyi ve akademik başarıları arasındaki ilişki. E-Journal of New World Sciences Academy (NWSA), 4(2), s.1-13.
- 52.POLLY, L. M. (2002). Social exchange and customer service: The relationship between perceived organizational support, leader-member exchange, and customer service behavior. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Louisiana State University.
- 53.REHMAN, K., Saif, N., Khan, A. S., Nawaz, A., & ur REHMAN, S. (2013). Impacts of job satisfaction on organizational commitment: A theoretical model for academicians in Hei of developing countries like Pakistan. International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences, 3(1), s.80-89.
- 54.RIGGLE, R. J., Edmondson, D. R. ve Hansen, J. D. (2009). A meta-analysis of the relationship between perceived organizational support and job outcomes: 20 years of research. Journal of Business Research, 62(10), s.1027-1030.
- 55.SAARİ, L. M. ve Judge, T. A. (2004). Employee attitudes and job satisfaction.Human resource management, 43(4), s.395-407.
- 56.SAYGILI, M. ve Çelik, Y. (2011). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14(1), s.1-33.
- 57.SEARLE, B., Bright, J. E. ve Bochner, S. (2001). Helping people to sort it out: The role of social support in the job strain model. Work & Stress, 15(4), s.328-346.
- 58.SOMER, O. (1998). Türkçe’de kişilik özelliği tanımlayan sıfatların yapısı ve beş faktör modeli. Türk Psikoloji Dergisi, 13 (42), s.17-32.
- 59.SOYSAL, A. (2008). Çalışma Yaşamında Kişilik Tipleri: Bir Literatür Taraması. Çimento İşveren Dergisi, Ocak Sayısı, s.1-16.
- 60.TAN, H. H. ve Tan, C. S. (2000). Toward the differentiation of trust in supervisor and trust in organization. Genetic, Social, and General Psychology Monographs.
- 61.TOP, M., Tarcan, M., Tekingündüz, S. ve Hikmet, N. (2013). An analysis of relationships among transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in two Turkish hospitals. The International Journal of Health Planning and Management, 28(3), s.217-241.



- 62.TURUNÇ, Ö., & Çelik, M. (2010). Algılanan örgütsel desteğin çalışanların iş-aile, aile-iş çatışması, örgütsel özdeşleşme ve işten ayrılma niyetine etkisi: Savunma sektöründe bir araştırma. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(1), s.1-24.
- 63.TÜTÜNCÜ, Ö. (2000). Kâr Amacı Gütmeyen Yiyecek-İçecek İşletmelerinde İş Doyumunun Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi S.B.E. Dergisi,2(3), s.169-171.
- 64.WASKIEWICZ, S. P. (1999). Variables that contribute to job satisfaction of secondary school assistant principals. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Virginia Polytechnic Institute.
- 65.WILLIAMS, L. J. ve Anderson, S. E. (1991). Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviors.Journal of management, 17(3), s.601-617.

SAĞLIK HUKUKUNDA HASTALARA AİT TIBBİ KAYITLARIN SIR SAKLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veli DURMUŞ *

Betül ÖZÜLKÜ **

ÖZET

Hukuk düzeninde sır saklama ilkesi genel olarak güven unsurunun önemli olduğu ilişkilerden kaynaklanmaktadır. İnceleme alanımız olan hasta ve hekim arasındaki ilişki sonucunda hekim, teşhis ve tedavi sürecinde birçok mesleki sır niteliğinde bilgilere ulaşmakta veya hasta daha önceden hekime kişisel sır niteliğindeki birtakım bilgilerini vermektedir. Kaydedilen bu tıbbi verilerin korunması ve yasal düzenlemeler ile belirlenen istisnalar dışında açıklanmaması sır saklama yükümlülüğünü oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, ilgili yasal düzenlemelerden (kanun, tüzük, yönetmelik vb.), hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişkinin sonuçlarına yönelik Yargıtay kararlarından ve hukuki çalışmalardan yararlanılmıştır.

Araştırma sonucunda, hastane, hekim ve diğer sağlık çalışanları bakımından sır saklama yükümlülüğü oluşturan tıbbi kayıtlar ilgili kanun tasarısının yasalaşması ile ticari sır olarak değerlendirilebilir. Bu sayede, özel hastane ve bağımsız muayenehanesi olan hekimlere karşı dava açılması kolaylaştırılmış olup uyumsuzluk miktarının az olması durumunda hastaların tüketici sıfatı ile tüketici hakem heyetine başvurma imkânları doğmuştur. Ayrıca, tüketici mahkemelerinde başvuru harcının alınmaması davalarda artışa neden olabilir

Anahtar Kelimeler: Ticari Sır, Tüketici, Tıbbi Kayıtlar, Sır Saklama Yükümlülüğü, Hasta

*Uzm, Marmara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Doktora Öğrencisi; Marmara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Lisans Öğrencisi. velidurmus@hotmail.com

**Avukat, Kocaeli Barosu, betulozulku@hotmail.com

ABSTRACT

Principle of the Privacy Obligation is generally depend on trust relations. Result of the relations between physician and patient can access to some private informations about a patient who can share with his/her physician about disease. And then a physician can easily reach to medical record related patients. These medical records that should be protected means privacy obligation of the physician.

In this study, in order to explain pravicy obligation, some supreme court decisions, some legal regulations and law doctrine were examined.

In the result of this study, some medical records that have to do by hospital, physician and other health care employees are trade and customer pravicy in terms of patients. Result of that situation, it has been easily to sue against pravite hospital (not public hospital) as a claimant. Because of the fact that consumer court do not take any claim fee, it leads to increase in lawsuits related to medical law.

Key Words: Trade privacy, Consumer, Medical records, Privacy obligation.

1.Giriş

Sağlık hizmetleri insan hayatı için büyük önem taşımaktadır. Tıp, insanı iyileştirebilecek olanaklara sahip olmasına rağmen, bazı durumlarda tedavisi mümkün olmayan sonuçlar da doğurmaktadır. Bu tedavi süresince sağlık sunucuları tarafından hastaya yönelik elde edilen bilgiler sır niteliğindedir. Genel manada sır, bir şahsın görmek, işitmek veya hissetmek suretiyle öğrendiği, saklı ve gizli tutulması gereken şeydir. Sır, niteliği itibariyle tevdi edilmiş olduğu şahsın saklaması icap eden ve saklamasında sahibinin yararı bulunan şeydir (Çağlayan, 1997 :132). Bunlara hastanın özel hayatına, vücut özelliğine, hastalığına, maddi durumuna, mesleğine ilişkin bilgiler de dahil olabilir. Örneğin, bir kadının çocuk düşürmesi, evli olmayan kadının hamile kalması, intihar, eşcinsellik, evli eşlerden birinin evlilik dışı cinsel ilişkide bulunması, toplumda ayıplanacak veya tiksinti yaratacak verem, AIDS, frengi gibi hastalıkları ruh hekimine anlatan onur ve saygınlıkla ilgili olay ve bilgiler hakkında yapılan açıklamalar sır sayılabilir (Aşçıoğlu, 1982 :48).

Tüm hukuki kurumların sosyal hayatın bir parçasını oluşturması, hukuk biliminin insanı esas almasından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, sır saklama yükümlülüğünün hukuk ve tıp etiğiyle yakından ilgili olduğu söylenebilir. Tıp uygulayıcılarınca yerine getirilecek bu yükümlülük, önemi nedeniyle hem hukuk hem de tıp etiği tarafından şekillendirilmektedir (Kızılyel, 2009 :329).

Günümüzde ise hekimin sır saklama yükümlülüğü, sözleşmelerde, meslek ve ceza hukuku kurallarında eşzamanlı düzenlenmiş (Deutsch ve Spickhoff, 1997) ve tüm sağlık mensuplarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Örneğin, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, kişisel verilerin özellikle tıbbi verilerin korunmasını, Sözleşmenin 8. maddesinde garanti edilen, kişinin özel ve aile yaşamına saygı hakkının kullanılabilmesi bakımından önemini vurgulamakta, sözleşmeye taraf ülkelerin yasal düzenlemelerinde sağlık kayıtlarının

gizliliğini sağlamanın temel prensip olduğuna da dikkat çekmektedir. Mahkeme, önemli olanın sadece hastanın gizliliğine saygı değil aynı zamanda tıbbi görevlilere ve sağlık hizmetine duyulan güveninde korunması olduğunu belirtmektedir (Aktaran: Özdemir, 2010 :137).

2. Sağlık Hizmetlerinde Sır Saklama Yükümlülüğü

Hasta hakları açısından tıbbi etik ilkelerden biri olan (Çobanoğlu, 2009 :73) sır saklama ilkesi gereğince, hastane yönetimi hastalara ait bilgilerin gizliliğinin korunmasından genel olarak sorumludur (Çobanoğlu ve Ünal, 1998). Bu nedendir ki, hastalıkların gruplandırıldığı dosyalar ve bilgisayarda tutulan kayıtlar, gizlilik kuralları açısından denetlenmelidir.

Hastane işletmecisinin sözleşmeden kaynaklanan birtakım yükümlülükleri bulunmaktadır. İlk yükümlülüğü, başka ifade ile asıl borcu, hastanın tedavisidir. Bunun dışında, hastanenin bakımını sağlama, hastayı aydınlatma, sadakat ve özen gösterme, kayda geçirme, sır saklama gibi yan yükümlülükleri de bulunmaktadır (Hakeri, 2007 :165). Hekimlerin yükümlülükleri ve sorumlulukları özel hukukta kapsamlı olarak ele alınmaktadır. Kişisel edim, öykü alma, muayene, teşhis, tedavi, reçete yazma, tıbbi teknik kullanma, tedaviyi kesme, kayıt tutma, sır saklama hekimlerin başlıca yükümlülükleridir (Hakeri, 2007b :196). Tıbbi kayıtlar; hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan kayıtlara tıbbi kayıt denilmektedir. Hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerini kapsayan kayıtlarına ise hasta kaydı denilmektedir (Yalçın, 2014 :33). İster hasta kaydı isterse tıbbi kayıt olsun hastane yönetimi ve/veya hekimin hastaya ait tıbbi verileri üçüncü şahıslara karşı saklamakla yükümlüdür. Çünkü kayıtlarda yazılan bilgiler hastanın kişisel bilgileridir. Sağlık çalışanı bu bilgilerin gizliliğinden de sorumludur. İster kasten ister ihmaliyle olsun bu bilgilerin ortaya çıkmasına yol açıldığında bilgilerin açıklanmasından zarar gören kişinin uğradığı zarar karşılanmak zorundadır. Bu bilgilerin açığa çıkmasıyla kişi işini kaybetmiş, toplum içinde utanmış, ticaret yaşamı zarar görmüş olabilir. Bütün bu durumlarda bilgilerin gizliliğinden sorumlu olan kişi tazminat ödemek zorunda kalacaktır. Bazı durumlarda sır saklama yükümlülüğüne aykırı bir durum oluştuğunda sağlık hizmeti veren kurum çalıştırdığı kişilerden dolayı dava edilebilir. Böyle bir durumda da hastane ya da klinik ödemek zorunda kaldığı tazminatı kusuru olan şahsa rücu edebilir.

Ancak, hekimin hastaya ait sırları açıklamasını yasal hale getirecek bazı hallerde bulunmaktadır. Sır sahibi hastanın, kendisine ait sırların açıklanmasına rıza göstermesi haricinde bir de, halk sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların bildirilmesi hekimin hasta mahremiyetini ihlalini meşrulaştıracak başka bir sebeptir. Zira burada halk sağlığı tehdit altındadır. Kamunun menfaati kişisel menfaatten (hastanın mahremiyet hakkından) daha üstün tutulacaktır. Hastaya ait HIV (+) bilgileri de bu sırlardan biridir. Mesleğin kuralı gereği sır saklama yükümlülüğü olan hekim, bulaşıcı hastalık taşıdığını teşhis ettiği veya taşıyor olabileceğini düşündüğü kişiyi ihbar etmekle yükümlüdür. Bu yükümlülük hem yasaya hem de hekimin öncelikle toplum sağlığını koruma anlayışına dayanmaktadır. Nitekim, Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 57. maddesi 64. madde yaptırımıyla bulaşıcı hastalıkların

bildirilmesini zorunlu kılar. Burada kamu menfaati isabetli olarak alınacak önlemlerle hastanın bireysel menfaatlerinden üstün tutulmuştur (İpekyüz, 2006 :114). Burada önem kazanan bir diğer nokta, kişinin özel bilgilerini saklamanın hekim-hasta arasındaki sözleşme gereği, güven sağlayıcı önemli bir ilke olduğu için çok zorlayıcı yaşamsal bir sebep, reddedilmesi başka değer kayıplarına yol açacak hukuki bir şahitlik durumunda veya hastanın onayı dışında asla açıklanmamasıdır.

Sır saklama yükümlülüğü altında olan ve hekim tarafından düzenlenmiş hastaya ait her türlü belgeler ile röntgen filmlerinin mülkiyeti hekime aittir (Ayan, 1991 :96). Hastanın, bu tip kayıtlar ve belgeler üzerinde mülkiyet hakkına dayalı herhangi bir yetkisi yoktur (Çobanoğlu, 2009 :151). Hastanın söz konusu belgeleri görme veya devrini talep etme hakkına sahip bulunup bulunmadığı ise doktrinde tartışmalıdır. Bu konuda üç değişik görüş bulunmaktadır. Birinci görüşe göre, hekime hasta kayıtlarını gösterme veya talep halinde bunları geri verme yükümlülüğü tahmil edilmemelidir. Çünkü hasta kayıtları, çoğu zaman zorunlu olarak sübjektif nitelikli bilgi ve değerlendirmeler ihtiva ederler (Ayan, 1991 :96). Bu nedenle, hekim onları hastaya göstermekten ve geri vermektan kaçınabilmelidir. İkinci görüş, hekime teslim edilmiş veya bizzat hekim tarafından düzenlenmiş bütün kayıt ve belgelerin hastaya geri verilmesini savunmaktadır. Bu tam geri verme yükümlülüğü, bir taraftan hesap verme borcu ve diğer taraftan sır saklama yükümlülüğü neticesidir (Ott, 1975 :44). Üçüncü görüş ise, karma bir sistem önerisinde bulunmaktadır. Buna göre, hekimin geri verme yükümlülüğünün bulunup bulunmadığı belirlenirken, kayıt ve belgelerin tarafların çıkarları bakımından taşıdıkları önem göz önünde tutulmalıdır (Çobanoğlu, 2009 :152).

2.1. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirme Yükümlülüğü ve Sır Saklama Yükümlülüğünün Çatışması

Türk Ceza Kanunu'nun “Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi” başlığını taşıyan 280. maddesine göre, “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirtiyle karşılaşmasına rağmen durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” TCK 280. madde; suçun failinin kamu görevlisi olmayan sağlık mesleği mensupları suçun faili olmasına karşılık, sağlıkla ilgili görevi özel olarak yapmakta bulunduğu sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşan kamu görevlisi sağlık mesleği mensubunun da suçun faili olabileceğini belirtmektedir. Söz konusu madde de anılan sağlık mesleği mensupları ile kastedilen sadece hekimler değil, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler olarak anlaşılmalıdır. Bu kişiler hastanın sırrını saklama yükümlülüğü altındadır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 4. maddesinin 1. fıkrasına göre, “Tabip, diş tabibi meslek ve sanatın icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez. Sağlık hizmetlerinin verilmesi nedeniyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz”. Genel hüküm olan TCK 280. maddesi, sağlık mesleği mensuplarının kimler olduğunu belirterek, suçu bildirme görevini sağlık personeli kamu görevlisi olsun ve olmasın herkese yüklemiştir. TCK 280. maddesi özel sektör sağlık personeline uygulanırken, TCK 279. maddesi de kamu sektörü sağlık personeline uygulanır.

Türk Ceza Kanunu 280. maddede yer alan ve özel bir hüküm olan “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde ve..”ifadesiyle hekime görevini yaptığı sırada suç teşkil eden hususu görürse bunu adli makamlara bildirmek zorunluluğu yüklemiştir. Bu düzenleme nedeniyle kendisine başvuran ve suçun faili olan hastayı ve varsa diğer failleri hekim hemen ihbar etme mükellefiyeti altındadır. Bu durumda suçu bildirme ve sır saklama yükümlülüklerinin yarışması ortaya çıkabilir. Suçu bildirme yükümlülüğü kamu düzeninin bir gereği olduğu için sır saklama yükümlülüğünden önce geldiği söylenebilir. Benzer bir yükümlülük yarışması da şu şekilde ortaya çıkabilir. Memuriyet sıfatıyla kamu kurumuna karşı ve aynı zamanda hekim sıfatıyla hastaya karşı yükümlülüğü bulunan hekimin bu yükümlülükleri çatışabilir. Bu durumda öncelik hekimlik sıfatındadır. Örneğin yaptığı işler bakımından amirine bilgi vermek yükümlülüğü ile hastaya karşı sır saklamak yükümlülüğü çatıştığında sır saklama yükümlülüğü baskın çıkacaktır. Fakat suç niteliğindeki bir durumu ihbar etmesi müstesnadır (Atabek, 1986 :10; Bayındır, 2007 :567).

Sır saklama yükümlülüğü ile ihbar yükümlülüğü birbirini tamamlayan ancak birbirinin tersi iki kavramdır. Hekimin, suçun niteliğini ve mağdurun yasalar karşısındaki durumunu nasıl takdir edeceği sorun teşkil eder. TCK’da yer alan düzenlemeye göre tedavi gören şahsın mağdur ya da fail olup olmadığına bakılmaksızın suç işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşılmasına rağmen durumu yetkili makama bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu hüküm tıp etiği açısından sakıncalı görünmektedir. Nitekim hasta kendisi hakkında cezai takibat yapılacağı endişesiyle sağlık kuruluşları ve hekimlere ulaşmayacak bu da kişinin yaşamına dahi mal olabilecektir. TCK 280. maddede ihbar yükümlülüğünün zamanının tayin edilmemiş olması da hastaya sağlıklı müdahalede bulunmayı engelleyen bir eksikliklerdir. İhbar yükümlülüğünün sınırları genişledikçe, sır saklama yükümlülüğünün sınırları daralmaktadır. Sır saklama ve ihbar yükümlülüğünün her ikisinin de TCK’da düzenlenmiş olması ve sınırlarının belirsizliği hekimler ve sağlık personelinin tıbbi etik açısından ön planda tutulan hasta ve yaşam hakkı ile ihbar yükümlülüğü arasında bırakılmaktadır (Gültepe, 2008 :102-104; Aktaran:Öztürk, 2009 :25).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 86. maddesine göre yataklı tedavi kurumlarında muayene ve tedavi edilen vakıaların müstesna haller dışında gecikmeksizin Cumhuriyet Savcılığı’na haber verilmesi zorunludur. Yaralı ve cesetten elde edilen delil niteliğini haiz eşyanın adli makamlara aynen ve gecikmeksizin teslimi gerekmektedir. Resmi ve özel sağlık kurumlarında çalışan hekimler muayene ve sağaltım yaptıkları hastaları ile ilgili kayıtları titizlikle tutmak ve gerekirse adli kurumlara bilgi vermek zorundadırlar (Polat, 2005 :297).

Aydınlatma, sır saklama, mahremiyete saygı gösterme, dürüstlük, ayrımcılıktan kaçınma, saygılı davranma ve eşit hizmet sunma, iletişim ve onam, yeterliği olmayan hasta için karar verme süreci, mesleki gizlilik temel ilkeler arasında yer almamakla birlikte, sağlık etiği ilkeleri arasında sayılmaktadır (Williams, 2009 :37).

Sağlık kuruluşlarında, serbest veya ifa yardımcısı olarak çalışan hekim, tedavisini üstlendiği hastaya ilişkin bilgileri düzenli bir şekilde kayda geçirmek ve bu kayıtlarla birlikte sair belgeleri saklamak mecburiyetindedir (Ayan, 1991 :95; Hochloch, 1982 :2578). Ott (1975 :43)’e göre, bu yükümlülüğün kabulü, hekimin korunması düşüncesinden değil, bilâkis sözleşmeden doğan bir yükümlülük olarak hastanın menfaatlerine hizmet etme düşüncesinden kaynaklanır (Aktaran: Çobanoğlu, 2009 :150).

3. Meslek Sırrı

Doğrudan doğruya meslekleri sebebiyle kendilerine tevdi edilmiş veya mesleklerinin icrası sırasında bir sırda vakıf olan avukatlar, müdafiler, noterler, borçlar hukuku hükümleri gereği sır saklaması gereken denetçiler, hekimler, diş hekimleri, eczacılar, ebeler ve bunların yardımcıları mesleki sırda sahiptirler (Langmack, 1974 :451). Meslek, genel olarak kişilerin hayatlarını kazanmak için yaptıkları faaliyet olarak tanımlanmaktadır (Donay, 1978 :7). Bu nedenle belirli bir meslek icra ettiği kabul edilen tüm kişilere tevdi edilen veya bunların bu mesleklerini icra ettikleri sırda öğrendikleri sırların açıklanması meslek sırrının açıklanması suçunu meydana getirir (Donay, 1978 :7; Doğan, 2007 :107).

Hekimler açısından meslek sırrı yalnızca hastanın aktardıklarından ibaret değildir. Hekimin muayene bulguları da sır kapsamındadır. Dikkatsizlik veya önlem almama gibi nedenlerle sırrın başkası tarafından öğrenilmesi hekimin cezalandırılmasını gerektirmez. Ancak hukuki sorumluluk doğurur. Sırrın geçerli olmayan nedenlerle açıklanması ise suç oluşturacaktır (Öztürk, 2009 :24). Olgu tartışmaları, bir hekimin diğer bir hekime bilgi vermesi, hastane protokol defterine kayıt yapılması gibi meslek sırrı ile bağlı olan diğer meslek mensuplarına yapılan açıklamalar ve hastanın ailesine hastalığın prognozu hakkında bilgi verilmesi suç teşkil etmemektedir (Polat, 2005 :297). Ancak doktrinde bunun sınırı da “tedavinin geleceği için açıklamanın zorunlu olması” olarak belirlenmiştir (İpekyüz, 2006 :114).

Sır teşkil eden durumların nitelik olarak “Meslek Suçu” olabilmesi için iki şartın gerçekleşmiş olması gerekir. Bunlar;

3.1. Sırrın Hekimlik Mesleği İle Doğrudan İlgili Olması

Sırrın mesleğin icrası sırasında öğrenilmesi yeterli olmayıp, icra edilen meslek ile doğrudan ilgisinin olması gerekir (Özdemir, 2010 :141). Ancak, hekimin bir dostunun şahsına ilişkin sorunları dostane ilişkiye dayanarak hekime anlatmasında hekimin söz konusu ilişkiye aykırı davranmasında meslek sırrını ifşa söz konusu değildir (Donay, 1978 :8).

3.2. Sırrın Hekimlik Mesleğinin İcrası Sırasında Tevdi Edilmesi Veya Öğrenilmesi

Meslek ile sırda vakıf olma arasında zaruri bir illiyet ve sebebiyet bağı olmalıdır (Çağlayan, 1997 :132). Hekimin hastasına ait sırları öğrenmesi iki şekilde mümkündür. Birinci ihtimal, hekim hastaya ait anamnez alma onun öyküsünü dinleme durumunda hasta tarafından hekime gerekli bilgiler verilir. Çünkü hekime başvuran hasta zorunlu olarak yaşamı ve sağlığı ile ilgili tüm bilgileri vermek zorundadır, aksi takdirde hekim teşhis ve tedavide yanılabilir. İkinci ihtimal ise, hasta kendisi bizzat hekime bilgileri vermemiş olabilir. Örneğin, hekimin hastası

adına yaptığı deneyler veya terapiler sonucu hastanın cinsel problemleri ve bu problemlerin ileride doğuracağı sonuçları hekim öngörebilir. Bu durumda, hekimin öğrenmiş olduğu bilgiler, sır saklama yükümlülüğüne dâhil bilgilerdir (Özdemir, 2010 :142).

4. Sır Saklama Yükümlülüğünün Hukuki Dayanakları

Sağlık çalışanlarının sır saklama yükümlülüğü pozitif hukuk alanında da yerini almıştır. Anayasa, Türk Medeni Kanunu, Türk Borçlar Kanunu, Türk Ceza Kanunu ve Mesleki Mevzuatta sır saklama ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır.

4.1. Anayasa ve Türk Medeni Kanununda Sır Saklama Yükümlülüğü

Türk Anayasasında ve Medeni Kanununda hekimin sır saklama yükümlülüğünü açıkça düzenleyen herhangi bir hüküm bulunmamaktadır. Ancak Anayasamızın 17. maddesinde, “*herkesin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir*” hükmü ile yine Anayasamızın 20. maddesinde “*herkesin özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahip olduğu ve özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamayacağı*” ifade edilmiştir.

2010 yılında yapılan Anayasa değişikliği sonrası Anayasa’nın 20. maddesine kişisel verilerin korunması ile ilgili bir hüküm eklenmiştir. Buna göre, “*1) Herkes, kendisiyle ilgili kişisel bilgi ve verilerin korunması hakkına sahiptir. 2) Bu bilgiler, ancak kişinin açık rızasına veya kanunla öngörülen meşru bir sebebe dayalı olarak kullanılabilir. Herkes, kendisi hakkında toplanmış olan veya kayıtlarda yer alan bilgilere erişme, bunlarda düzeltme yaptırma ve bu bilgilerin amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenme hakkına sahiptir*”. Bu düzenlemeyle, hastaların hekimlere karşı sır saklama yükümlülüğüne dayanılarak anayasal taleplerinin kuvvetlendirildiği söylenebilir.

Türk Medeni Kanununda ise, sır saklamaya ilişkin herhangi bir özel düzenleme bulunmamasına rağmen, 23, 24 ve 25. maddelerde kişiliğin korunması ile ilgili genel hükümler yer almıştır. Bu hükümlere dayanılarak hekimin sorumluluğu yoluna gidilebilir. MK. 23 ve 24’e göre kişilik hakları hukuka aykırı ihlal edilen ilgili kişi m. 25 göre, maddi manevi tazminat talep edebileceği gibi tazminat dışında kınama, cevap ve düzeltme gibi haklarını da kullanabilir.

4.2. Türk Borçlar Hukukunda Sır Saklama Yükümlülüğü

Sır saklama yükümlülüğüne ait Borçlar Kanununda açıkça düzenlenmiş bir madde bulunmamaktadır. Ancak hasta hekim arasındaki ilişkilerin genel olarak vekâlet sözleşmesi hükümlerine tabi olduğu da aşikârdır. Dolayısıyla, vekil durumundaki hekimin hastasıyla ilgili sırları saklama yükümlülüğü “sadakat ve özen gösterme” kenar başlıklı 506. madde kapsamında değerlendirilebilir. Buradan hareketle sır saklama yükümlülüğü, asli bir edim olarak düzenlenmeyip tali bir edim olarak yer almıştır (Özdemir, 2010 :145).

4.3. Türk Ceza Hukukunda Sır Saklama Yükümlülüğü

Sır saklama yükümlülüğüne ait Türk Ceza Kanununda açıkça düzenlenen bir madde bulunmamaktadır. Ancak, hekimin sır saklama ilkesinin gerekliliği Türk Ceza Kanunu, “özel

hayatın gizliliğini ihlal” kenar başlıklı 134. maddesi ve “verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme” kenar başlıklı 136.maddesi ile ilişkilendirilebilir. Bu genel nitelikteki düzenlemeye ek olarak TCK 137 /I b. bendinde, bu suçun belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle işlenmesi halinde, verilecek cezanın yarı oranında artırılacağını” suçun nitelikli hali olarak düzenlemiştir Dolayısıyla bir hekimin, mesleki faaliyeti sırasında hastası veya yakınları hakkında öğrendiği kişisel bilgileri açıklaması, sır saklama yükümlülüğünün ihlâli olup, cezai yaptırıma tabi olabilecektir. Kanun metninde yer verilen kişisel bilgi, sır kavramından daha geniş yorumlanabilir.

4.3.1. Ticari Sır ve Müşteri Sırrının Sır Saklama Yükümlülüğü ile Olan İlişkisi

Türk Ceza Kanununda yer alan ve dikkat edilmesi gereken bir başka madde ise “Ticari sır, bankacılık sırrı veya müşteri sırrı niteliğindeki bilgi veya belgelerin açıklanması” kenar başlıklı 239.maddenin sağlık hizmetlerinde sır saklama yükümlülüğü açısından ele alınıp alınamayacağıdır.

Ticari Sır, Banka Sırrı ve Müşteri Sırrı Hakkında Kanun Tasarısına göre “Ticari Sır”, bir ticarî işletme veya şirketin faaliyet alanı ile ilgili yalnızca belirli sayıdaki mensupları ve diğer görevlileri tarafından bilinen, elde edilebilen, özellikle rakipleri tarafından öğrenilmesi halinde zarar görme ihtimali bulunan ve üçüncü kişilere ve kamuya açıklanmaması gereken, işletme ve şirketin ekonomik hayattaki başarı ve verimliliği için büyük önemi bulunan; iç kuruluş yapısı ve organizasyonu, mali, iktisadi, kredi ve nakit durumu, araştırma ve geliştirme çalışmaları, faaliyet stratejisi, hammadde kaynakları, imalatının teknik özellikleri, fiyatlandırma politikaları, pazarlama taktikleri ve masrafları, pazar payları, toptancı ve perakendeci müşteri potansiyeli ve ağları, izne tâbi veya tâbi olmayan sözleşme bağlantılarına ilişkin veya bu gibi bilgi ve belgelerdir. Yine aynı kanun tasarısına göre “Müşteri Sırrı” ise, ticari işletme ve şirketlerin, bankaların, sigorta şirketlerinin, sermaye piyasasında ve mali piyasalarda faaliyet gösteren aracı kurumların, kendi faaliyet alanlarıyla ilgili olarak müşterileriyle ilişkilerinde, müşterinin şahsi, iktisadî, malî, nakit ve kredi durumuna ilişkin doğrudan veya dolayısıyla edindikleri tüm bilgi ve belgeleri ifade eder.

6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun 3.maddesi gereğince, hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişkinin vekalet ilişkisi olması nedeniyle meydana gelen hukuk işlem bir tüketici işlemi olmaktadır. Bu durumda tüketici konumunda olan hastaların teşhis ve tedavi adına sağlık hizmeti sunucularıyla paylaştığı kişisel bilgileri müşteri sırrı olarak nitelendirilebilir. Nitekim, psikolojik tedavi görmekte olan bir hastanın özel hayatının ve hastalıkla ilgili bilgilerinin ifşa edildiği iddiası ile ticari sır, bankacılık sırrı veya müşteri sırrı niteliğindeki bilgi veya belgelerin açıklanması suçundan hüküm verilmesi talep edilmiştir.

Özel hastaneler şirket statüsünde bulunduğu ve ticari faaliyet yaptıklarından dolayı yanlış tanı ve hatalı tıbbi uygulama sonucu ölüm ve vücut bütünlüğünün yitirilmesinden doğan zararların tazmini davalarında görevli mahkeme ticaret mahkemesidir. Özel hastanelerin bir ticari işletme olduğu statüsünden hareketle hastaların bir müşteri ve bu hastalara ait her türlü tıbbi bilgilerin de müşteri sırrı olduğu düşünülebilir. Örneğin bir hastanede çalışan ve bilgisayar ortamına girebilen hemşire ya da doktorun kayıtlı hastalara ait verilere ulaşması gibi. Bu veriler bankacılık sırrı veya müşteri sırrı niteliğinde ise Türk Ceza Kanunu 239. maddede yer alan suçun oluşabileceği söylenmelidir. Ancak 239. maddede düzenlenen hüküm söz konusu verilerin yetkisiz kişilere verilmesi veya ifasını

cezalandırıldığından daha çok Türk Ceza Kanunu 136. maddede düzenlenen “Verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme” suçu ile daha yakından ilgilidir (Özbek, 2008 :954).

Ayrıca şu hususta önemle belirtilmelidir ki, her ne kadar eser ve vekalet sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıkların çözüm merci tüketici hakları mahkemesi olarak ifade edilse de, bir tıbbi uyuşmazlık türü olan bir malpraktis davasından tüketici mahkemeleri sorumlu değildir. Örneğin, doğum sonrası ölen bir anne için hastaneye karşı Asliye hukuk mahkemesinde açılan tazminat davasında dava, mahkeme tarafından Tüketici Mahkemesine gönderilmiş olmasına rağmen Yargıtay 13.Hukuk Dairesi tarafından davacının 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanununda tanımlanan şekilde tüketici olmadığı ve insan hayatının “eşya” olmadığını ölümlü bir dosyanın tüketici mahkemesinde görülemeyeceğini vurgulayarak davaya bakmakla görevli mahkemenin genel mahkemeler olduğunu ifade etmiştir.

4.4. Diğer Mesleki Mevzuatlarda Sır Saklama Yükümlülüğü

Hekimin sır saklama yükümlülüğü, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 4. maddesine göre; “*Tabip ve dış tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırların, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz*”. Aynı şekilde Hasta Hakları Yönetmeliği’nde de yasal istisnalar dışında hastaların sağlık durumları hakkında bilgi verilmesinin yasaklanabileceğine yer verilmiştir. Buna göre; “*İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir*” (m.20).

Uluslararası alanda hekimin sır saklama yükümlülüğü ile ilgili çıkarılan bildirelere paralel olarak Türk Tabipler Birliği tarafından kabul edilen “ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” içinde de “*sır saklama yükümlülüğü*” düzenlenmiştir. Buna göre, “*Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz. Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir. Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez. Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevden çekilebilir*”.

Türk Tabipler Birliği’nin genel Meslek Etiği Kurallarının yanı sıra, Türkiye Psikiyatri Derneği’nin 22 Haziran 2002 tarihinde 1. Olağan Genel Kurulunda karara bağlanan “Ruh Hekimliği(Psikiyatri) Meslek Etiği Kuralları” da psikiyatri hekiminin sır saklama borcunu düzenlemektedir (m. 6). Buna göre, “*Herhangi bir psikiyatrik muayene ve sağıaltım altındaki kişiyle ilgili bütün bilgiler hasta-hekim ilkeleri çerçevesinde saklı tutulmalıdır. Bu bilgi yalnızca hastanın ruh sağılığını korumak ve geliştirmek amacı ile ve hastanın oluru alınarak gerektiğinde ve hastanın yararı için gereken ölçüde aile ile paylaşılabilir ya da başka uzman hekimlerle danışma amacı ile kullanılabilir. Ruh hekimleri, kişisel haklar, tedavi hakkı, yanlış mesleki uygulamalar vb. durumlarla ilgili olarak hastasının yararı söz konusu olmadıkça,*

kendi siyasal, yönetsel, medyatik ya da maddi çıkarları, akademik, meslekî veya kişisel yararları doğrultusunda hastasıyla ilgili bilgileri açıklamamalıdır”.

Hekimlerin ve psikiyatri hekimlerinin yanı sıra eczacıların da, sır saklama yükümlülükleri bulunmaktadır. Türk Eczacılar Deontoloji Tüzüğü'nün 4. maddesine göre, “Eczacı meslek ve sanatının icrası sırasında öğrendiği sırları, kanuni sorumluluk olmadığı sürece ifşa edemez”. Hasta, tedavisine bağlı olarak ilaçlarını temin ederken eczacılara ya da onlarla birlikte çalışanlarla irtibat kurmak zorundadır (Sert, 2000 :190). Eczacılar da aynen hekimler gibi reçeteler dolayısıyla öğrenmiş oldukları hastalara ait bilgileri sır saklama yükümlülüğü dâhilinde saklamakla yükümlüdürler (Belgesay, 1946 :127; Aktaran: Özdemir, 2010 :151). Eczacıların yanı sıra, kendilerine yardım etmek amacıyla görev alan yardımcı kişilerin de sır saklama yükümlülükleri söz konusudur (Sert, 2003 :858). Eczacılar yanlarında çalışan kalfaların yanı sıra, eczanede bulunan ziyaretçiler, özel şahıslar, diğer servis elemanları, ilaç mümessilleri ve eczane ile ilgili olmayan şahıslarda sır saklama yükümlüsüdürler (Değer, 1997 :135).

5. Sonuç ve Öneriler

Taraflar arasında yapılan teşhis ve tedavi sözleşmesi her ne şekilde görünürse görünsün, hekim, sır saklama yükümlülüğüne aykırı davrandığında, hastanın uğrayacağı zararı tazminle yükümlüdür (Belgesay, 1946 :116-145). Sırların açıklandığının ispatı ise hastaya aittir (Langmack, 1974 :452).

Hastaya ait sırların hukuka aykırı olarak (kanuni zorunluluklar dışında) açıklanması halinde hekime Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliğinin 5/c maddesine göre, “geçici meslekten men cezası” verilebilir. Geçici meslekten men cezası, oda bölgesinde 15 günden altı aya kadar meslek uygulamasında alıkonulmayı kapsar. Bu cezayı alan kimseler, bu süre zarfında Türkiye'nin hiçbir yerinde muayene açamaz, herhangi bir yolla mesleğini uygulayamaz, resmi kurum veya kuruluşlarda da mesleğini yürütemez. Üç defa meslekten geçici alıkonanlar oda bölgesinde, sürekli olarak meslekten men edilirler.

Sır saklama yükümlülüğünün bir sonucu olarak, özel hastane işleticisinin, hasta, tarafından kendisine teslim edilen belge ve kayıtları başkalarına veremez. Fakat aynen hekim için açıklanan haklı sebeplerin varlığı durumunda özel hastane işleticisi kayıtları ve bilgileri verebilir. Bunlara örnek olarak, hekimin aleyhine açılan bir davada kendini savunmak zorunda kalması, bir ihbar yükümlülüğünün bulunması sebepleri gösterilebilir (Özdemir, 2010 :162).

Hekimler yasal olarak uymak zorunda oldukları gizlilik kurallarına uygun davransalar da, bilgisayarlara girilen bilgilere o bölümde ya da başka bölümde çalışan kötü niyetli birisi kolaylıkla girebilir. Böylelikle hastanın cinsel yaşamı da içinde olmak üzere tüm bilgilerine ulaşabilir. Hatta, hastanenin bilgisayar hatlarına girmeyi başaran herhangi biri bile bu bilgileri elde edebilir. Bu konuda hekimlerin gerekeni yapmasına karşın bir kötü hekimlik ya da hekim hatası uygulaması gibi sürmekte olan bu sorun çözümleninceye kadar, kuralların düzenlenmesini beklemeksizin etik yaklaşımlarla özen göstererek önlem alınması veya yönetim denetimi sağlanmalıdır.

Kaynakça

- 1.AŞÇIOĞLU, Ç. (1982). *Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu*, Olgaç Matbaası, Ankara.
- 2.ATABEK, Reşat, (1986). *Hastanelerin Sorumluluğu*, İstanbul Barosu Dergisi, Yıl 1986, Cilt: 60, ss.10-12.
- 3.AYAN, M. (1991). *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*, Ankara 1991.
- 4.BAYINDIR, M.Savaş, (2007). *Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu*, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. XI, Sayı 1-2, ss.552.
- 5.ÇAĞLAYAN, M. Muhtar (1997). *Meslek Sırrı*, Adalet Dergisi, Adalet Bakanlığı Yayınları, Yıl:68, Sayı:5-6, Ankara-1997.
- 6.ÇOBANOĞLU, N - ÜNAL S., (1998): *AIDS ve Hekim Sorumluluğu*, III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri, Ed: S. Ş. Pelin, B. Arda, G. Özçelikay, A. Özgür, F. Ç. Şenler, Biyoetik Derneği Yayını, YÖK mat. Ankara, s. 283 – 295.
- 7.ÇOBANOĞLU, N. (2009). *Tıp Etiğinden Tıp Hukukuna Hasta Hakları Olarak Aydınlatılmış Onam*, Sağlık Hukuku Digestası, Ankara Barosu Yayınları, Yıl:1, Sayı:1.
- 8.DEĞER, M. (1997). *Hastane Eczacılığında Sır*, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuk- Tarihi Dergisi, C. 5, S. 3, Ankara.
- 9.DEUTSCH, Erwin and SPICKHOFF, Andreas, *Medizinrecht*, Heidelberg-New York 2003, k.no.471; Deutsch, Erwin, *Medizinrecht*, Heidelberg-New York 1997, k.no.371.
- 10.DOĞAN, C. (2007). *Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü*, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları.
- 11.DONAY, S. (1978). *Meslek Sırrının Açıklanması Suçu*, İstanbul 1978.
- 12.HAKERİ, Hakan, (2007a). *Hastane Yönetiminin Sorumluluğu*, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 1-3 Kasım 2007, Ankara Barosu Yayınları, ss.165.
- 13.HAKERİ, Hakan, (2007b). *Tıp Hukuku*, Seçkin Yayınları, Ankara, ss. 196.
- 14.HOCHLOCH, G. (1982). *Artzliche Dokumentation und Patientenvertrauen- Zum Streitum Dokumentationspflicht und Einsichtsrecht*, NJW 1982, 2578 vd.
- 15.İPEKYÜZ, F.Y. (2006). *Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi*, Vedat Yayınevi, İstanbul.
- 16.KIZILYEL, Serkan. (2009). *Sağlık Hizmetinin Sunumunda Sır Saklama Yükümlülüğünün İdare Hukuku ile Etkileşimi Üzerine*, Sağlık Hukuku Digestası, Ankara Barosu Yayınları, Yıl:1, Sayı:1
- 17.LANGMACK, H. (1974). *Ceza Hukuku Açısından Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü* (Çev. Erdener Yutcan), İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, C. 39, S. 1-4.
- 18.OTT, W.E. (1975). *Voraussetzungen der zivilrechtlichen Haftung des Arztes*, Zürich 1975.
- 19.ÖZBEK, V.Ö. (2008). *TCK İzmir Şerhi, Yeni Türk Ceza Kanununun Anlamı Özel Hükümler*, Cilt 2, Seçkin Yayınları, Ankara 2008.



- 20.ÖZDEMİR, H. (2010). *Hadım Etme ve Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü*, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. XIV, Sayı 1
- 21.ÖZTÜRK, S. (2009). *Ticari Sır, Bankacılık Sırrı veya Müşteri Sırrı Niteliğindeki Bilgi Veya Belgelerin Açıklanması Suçu*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 22.POLAT, O. (2005). *Tıbbi Uygulama Hataları Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları*, Seçkin Yayınları, Ankara 2005.
- 23.SERT, G. (2000). *Hasta Hakları*, Babil Yayınları, İstanbul 2000.
- 24.SERT, G. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Meslek Sırrı ve Tanıklıktan Çekinme*, Uluslar arası Katılımlı 3. Ulusal tıp Birliği Kongre Kitabı, C. 2. Bursa, 2003.
- 25.WILLIAMS, John R. (2009), *Medical Ethics Manuel*, World Medical Association Publication, 2nd Edition, France.
- 26.YALÇIN, N.D. (2014). *Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

AYDINLATILMIŞ ONAM KARMAŞASI: AYDINLATILMIŞ HASTA MI? SORUMLULUKTAN KURTARILMIŞ SAĞLIK PERSONELİ Mİ?

Tuba SAYGIN*

Nurdan ORAL KARA**

Belma KEKLİK***

Ömer ANTALYALI****

ÖZET

Bu çalışma kapsamında, hastalara operasyon öncesi imzalatılan aydınlatılmış onam formlarının içeriğine dair hasta farkındalığı ve hastaların bu formlara bilinçli yaklaşımları durumundaki tutum farklılıkları araştırılmıştır.

Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında tıbbi tedavi öncesi, hastalara aydınlatılmış onam adı verilen formlar imzalatılmaktadır. Hastanın bilgilendirilme hakkının ve tıbbi etik ilkelerinden özerkliğe saygı ilkesinin bir sonucu (Çobanoğlu, 2009: 50) olarak hastanın aydınlatılarak rızasının alınması, tıbbi tedavi sürecinin önemli bir aşamasıdır. Ancak birçok hastanede bu formlar tıbbi girişimden hemen önce imzalatılmakta hastalara açıklama yapılmadığı gibi, formun imzalanmaması halinde tıbbi girişim yapılamayacağı ve formun bir önemi olmadığı prosedür gereği imzalanması gerektiği söylenmektedir. Hastaların çoğu belgeyi zorunluluktan bazen de vakit olmadığı için okumadan imzalamaktadır. Bu şekilde imzalatılan formlar, hastanın aydınlatılarak rızasının alındığının belgesi olmaktan son derece uzak kalmaktadır.

Araştırma kapsamında bir hastanenin (A hastanesi) aydınlatılmış onam formları analiz edilmiştir. Formların hastalara tıbbi girişim hakkında genel bilgi vermesinin yanı sıra komplikasyonlar arasında bazı maddelerin aslında tıbbi hata kabul edilebilecek olduğu, tıbbi girişim esnasında yapılacak dikkatsizlikler sonucu meydana gelebileceği görülmüştür. Örneğin, "Tıbbi girişim sırasında fazla kan kaybı olursa kan verilebileceği ve verilen kan ile AIDS, hepatit B ve C gibi kan yolu ile bulaşan hastalıkların bulaşabileceği" maddesi en dikkat çekici ifadelerden biridir. Bu ifadelerden yola çıkarak araştırmada "hastaların bu ifadelerin ne kadar farkında olduğu" ve "farkında oldukları takdirde bu ifadelere onay verip vermeyecekleri" sorularına cevap aranmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Aydınlatılmış onam, tıbbi müdahaleye rıza, hasta rızası, tıbbi hata.*

*Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tubasaygn@gmail.com

**Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nurdankarasdu@gmail.com

***Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.

****Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İletişim Fakültesi.

INFORMED CONSENT CHAOS: INFORMED PATIENT OR IRRESPONSIBLE HEALTHCARE PROFESSIONALS?

ABSTRACT

In this study, patient awareness to content of informed consent which is signed before medical interventions, and attitude differences when patients read these consents carefully is investigated.

In Turkey before medical interventions patients sign a letter which is named as informed consent. Informed consent as a result of rights to be fully informed about their health status and self-determination (Cobanoğlu, 2009:50) is an important step of medical intervention. But in too many hospitals patients are wanted to sign it just before the implementation and also it is said to patient that "If you do not sign it you may not have medical service. This letter is not essential, it is just one procedure". Most of patients sign this letter because of obligation or time limitation. These letters are not close the aim of informed consent.

Informed consents which belong to a public hospital (hospital A). In some consents in addition to information about medical intervention, some statements which may be considered as medical errors, are mentioned in between complications. For instance, "If you lose too much blood, blood can be injected and you may be Hepatitis B, C or AIDS during the intervention" is one of the remarkable statements. It is investigated that "if patients are aware of these statements" and "whether they confirm the consent even if they are aware of these".

Key Words: *Informed consent, consent to medical intervention, patient consent, medical error.*

1. Giriş

Hastanın aydınlatılarak rızasının alınması, bireyin tıbbi müdahale hakkındaki tüm riskleri anladıktan sonra, müdahaleye rıza göstermesidir. Aydınlatılma kavramı bilgilendirilme kavramından farklıdır. Aydınlatılmayı bilgilendirilmeden ayıran en önemli unsur aydınlatılan kişide oluşan idraktır. Hasta, tedavinin tüm risklerini ve tedavi olmaz ise oluşabilecek durumları idrak ettikten sonra tedaviye izin verme veya tedaviyi reddetme hakkına sahiptir.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biri olan hastanın aydınlatılarak rızasının alınması (Hakeri, 2009: 89) sağlık hukukunun önemli bir alanıdır. Türkiye'de uygulamada hastaların aydınlatılması ödevinin bir kenara bırakılarak çoğunlukla, operasyon öncesinde hastaların eline tutuşturulan bir kâğıt parçası olan onam formlarının amacının hastanın aydınlatılması mı, sağlık profesyonellerinin sorumluluktan kurtarılması mı olduğu tartışılmaya ve araştırılmaya değer bir konudur.

1.1. Hastanın Aydınlatılarak Rızasının Alınmasının Sağlık Hukukundaki Yeri

Aydınlatma borcu, tedavinin ve rızanın geçerlilik şartıdır (Günay vd., 2000: 50). Dolayısıyla hastanın rızasının geçerli sayılması ve tedavinin yasal olması için hastanın aydınlatılmış olması şarttır.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 5. maddesine göre, "*Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir*". 28-30 Mart 1994'te yapılan Amsterdam Kongresi'nde kabul edilen Hasta Hakları Bildirgesinde de "*Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön şartıdır.*" denilerek hastanın aydınlatılarak rızasının alınması vurgulanmıştır.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesine göre; *tabipler, dış tabipleri ve dişçiler, yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar. Büyük ameliye-i cerrahiler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. Hilafında hareket edenlerden alakadarın şikâyetine bağlı olmak şartıyla on liradan iki yüz liraya kadar hafif cezai akd alınır.* Hasta Hakları Yönetmeliği 22. maddeye göre yasalarla öngörülen haller dışında rızası alınmadan hiçbir tıbbi müdahaleye tabi tutulamaz. Yönetmeliğin 31. maddesinde rıza alınmadan önce hastanın aydınlatılması gerektiği vurgulanmıştır. Tıbbi müdahaleye rıza göstermek için ehil sayılma şartları; Türk Medeni Kanununda fiil ehliyetine sahip olma şartları olarak sıralanan, temyiz kudretine sahip olma, mahcur olmama, reşit olmadır (Reşit olma 18 yaşının ikmalıyla başlar).

1.2. Hastanın Rızasının Alınmasında Şekil ve İçerik

Doğan (2008: 145)'in da vurguladığı gibi aydınlatma sorumluluğunun kapsamına kati bir kural getirilmesi kolay değildir. Hastanın rızasının alınması kanunlar tarafından bir şekil şartına tabi kılınmamıştır. Ancak hastanın nasıl aydınlatılması gerektiği ve aydınlatmanın kim tarafından hangi şartlarda, kime yapılacağı hususundaki düzenlemeler, uluslararası hukukta olduğu gibi ulusal hukukta da yer almaktadır. Çobanoğlu (2009: 67-68)'na göre, hastanın rızasının geçerli olması için, alınan rızanın şu koşulları taşıması gerekmektedir:

- Hasta bireyin aydınlatılması,
- Bilgilendirmenin bir yönlendirme çabası içermemesi (örneğin bir tıbbi girişimin yararlarının fazla abartılması),
- Rıza gösterecek kişinin rıza göstermek için gerekli şartları taşıyor olması,
- Hasta birey karar verecek durumda değil ise, bir vekilin kendisi adına rıza göstermesi,
- Bazı şartlarda hasta bireyin en çok yararına olan uygulamanın varsayılan onama dayanarak yapılması.

Aydınlatmanın kapsamı ile ilgili iki farklı yaklaşım bulunmaktadır: Birinci görüşe göre hekim müdahaleye ilişkin tüm riskleri hastaya açıklamalıdır. İkinci görüşe göre ise, hekim hastanın tedaviden cayma ihtimalini de göze alarak görülme ihtimali çok düşük bazı riskleri açıklamayabilir. Bu görüşe dayanak olarak örneğin, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 14. Maddesinde yer alan, "Hastalığın vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur" ifadesi ele alınabilir.

2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanunun 7. maddesine göre ise, hekim hastasını; hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavinin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yol açacağı sonuçlar, diğer tedavi şekilleri ve riskleri hakkında aydınlatmalıdır.

Türk Tabipler Birliği tarafından yayınlanan Aydınlatılmış Onam Kılavuzunda aydınlatılmış onamın bileşenleri şu şekilde sıralanmıştır: Bilginin hastaya açıklanması, bilginin hasta tarafından anlaşılması, onamın gönüllü olması, hastanın onam vermeye yeterli olması, anladığının bilgilendirmeyi yapan tarafından denetlenmesi ve yetkilendirme. Aynı kılavuzda aydınlatılmanın içeriğini hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar ve olası tedavi seçenekleri ve risklerinden oluşması gerektiği ifade edilmiştir. Dolayısıyla tedavi yönteminin tüm risklerinin hastaya açıklanması gerektiği ifade edilmiştir. Buna ek olarak hastayı aydınlatarak rızasını olacak kişinin birincil hekim olduğu ve bu şartları taşımayan aydınlatılmış onamların geçersiz sayılması gerektiği vurgulanmıştır.

Hastanın aydınlatılmış olduğunun belgeye dökülmesinde bir diğer önemli husus, aydınlatılmış onam belgelerinde tıbbi hata olarak değerlendirilebilecek ifadelerin yer almasıdır. Örneğin bir aydınlatılmış onam formunda yer alan “Steril şartlarda çalışmamaya bağlı olarak nadiren enfeksiyon gelişebilir” ifadesinde açıkça görüldüğü üzere uygun ortamın sağlanması halinde meydana gelmeyecek bir durum için hastanın rıza göstermesi istenmektedir. Bu noktada tartışılması gereken istenmeyen olay ya da tıbbi hata olarak değerlendirilebilecek durumların aydınlatılmış onam formlarında yer almasının gerekliliğidir. Zira Türk Tabipler Birliğinin ilgili kılavuzunda da istenmeyen olay ya da tıbbi hatalara formlarda yer alması gerektiğine dair bir bilgi yoktur. Hastanın meydana gelebilecek tüm olumsuzluklar için bilgilendiriliyor olması etik açıdan kabul edilebilir olsa da, hastalıkla ilgili komplikasyonların ve risklerin arasında sağlık profesyonelinin veya sağlık kuruluşunun işini doğru yapmamasıyla ilgili ifadelerin yer alması, sağlık profesyonellerinin veya sağlık kuruluşunun sorumluluğunu ortadan kaldırmayacaktır.

Hastanın aydınlatılarak rızasının alınması ile ilgili olarak çeşitli araştırmalar yapılmıştır. 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada, katılımcı hastaların %37'sinin aydınlatılmış onam bilgilerini sözlü olarak doktordan aldığı tespit edilmiştir (Ertem vd, 2013). Konya’da yapılan bir çalışmada ise, 70 katılımcıdan sadece 22’si imzaladığı onam belgesini tamamen okuduğunu ifade etmiştir (İncesu, 2014). Hollanda’da yapılan bir araştırmada da cerrahlar ve bireyler arasında aydınlatılarak rıza alınması süreci hakkındaki bilgi düzeyi %55 olarak bulunmuştur (Lerclerq vd., 2013).

2. Yöntem

A Hastanesine ait tüm aydınlatılmış onam formlarının incelenmesi, yazın incelemesi, araştırmacıların gözlemleri ve üç uzman görüşü sonucu oluşturulan anket, A Hastanesinde operasyon geçirdiğini ifade eden kişilere yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. Anket tasarımı şu şekilde yapılmıştır: Ankette, araştırmanın amacı doğrultusunda, A hastanesinin onam formlarında en sık tekrar edilen, ilgi çekici olduğu düşünülen beş ifadeye yer verilmiş ve hastalara bu ifadelere onay verip vermeyecekleri sorulmuştur. Ardından hastaların aydınlatılmış onam konusundaki bilgi düzeyini ölçen sorular ve aydınlatılmış onam formu imzalayıp imzalamadıklarına dair bir soruya yer verilmiştir. Formu imzaladığını ifade eden bireylere formun şekli ve aydınlatılma süreci ile ilgili sorular sorulmuştur.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, hastaların operasyon öncesi imzalatılan aydınlatılmış onam formlarının içeriğine dair farkındalığı ve bu formlara bilinçli yaklaşımları durumundaki tutum farklılıklarının ortaya konması amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini A hastanesinde operasyon geçiren bireyler oluşturmaktadır. Örneklem ise, hastanede operasyon geçirmiş 18 yaşından büyük, gönüllü 200 kişiden oluşmaktadır.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri incelenmiş ve aşağıdaki şekilde tablolastırılmıştır:

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Değişken	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	112	56
Erkek	88	44
Yaş		
0-35	66	33
36-55	76	38
60 ve üstü	58	29
Eğitim		
İlköğretim	96	48
Lise	56	28
Lisans ve üstü	48	24
Gelir		
0-999	120	60
1000-1999	53	26.5
2000 ve üstü	27	13.5

Tablo 1'de görüldüğü üzere, katılımcıların 112'si (%56) kadın; 88'i (%44) erkektir. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, 0-35 yaş grubundaki katılımcı

sayısının 66 (%33), 36-55 yaş grubundaki katılımcı sayısının 76 (%38) ve 60 yaş ve üstü yaş grubunda yer alan katılımcı sayısının 58 (%29) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların A hastanesinde geçirdikleri operasyon tarihine göre dağılımı aşağıdaki şekilde tablolaştırılmıştır:

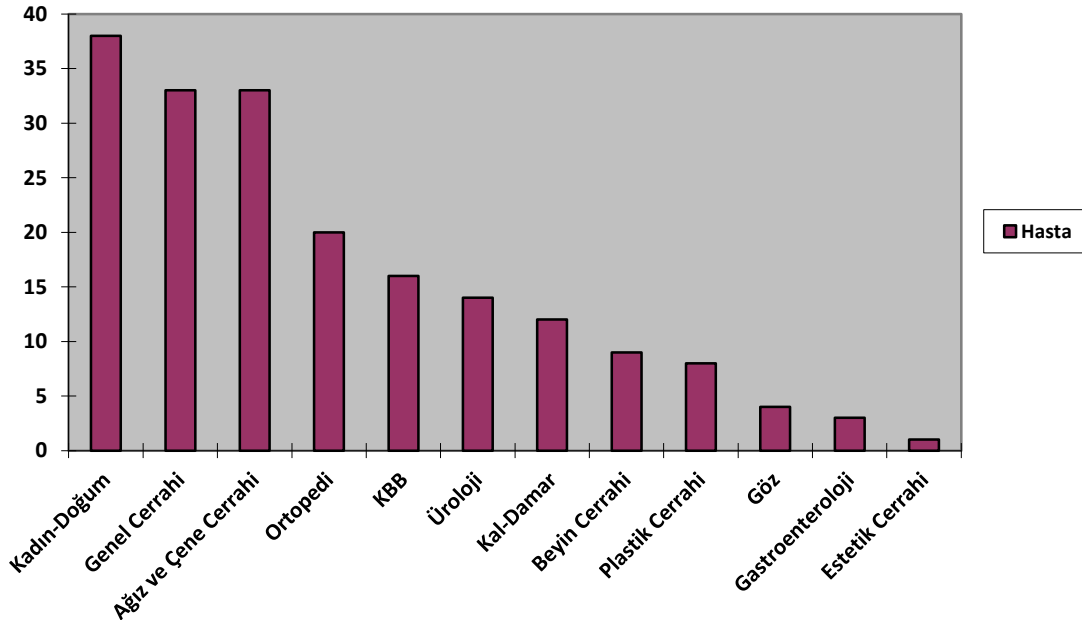
Tablo 2: Operasyon Zamanı

Operasyon Zamanı	Sayı	Yüzde
180 gün içinde	56	28
181 gün - 1 yıl içinde	39	19.5
1 yıldan daha uzun süre içinde	105	52.5

Tablo 2'de görüldüğü üzere katılımcıların büyük bir bölümü (%52.5) 1 yıldan daha uzun bir süre önce A hastanesinde operasyon geçirdiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %28'i operasyonu 181 gün ile 1 yıl aralığında bir süre önce geçirdiğini ifade etmişken; %19.5'i de 180 gün içinde operasyon geçirdiğini belirtmiştir.

Katılımcıların operasyon geçirdikleri birime göre dağılımı aşağıdaki grafikte gösterilmiştir:

Tablo 3: Operasyon Geçirilen Birim

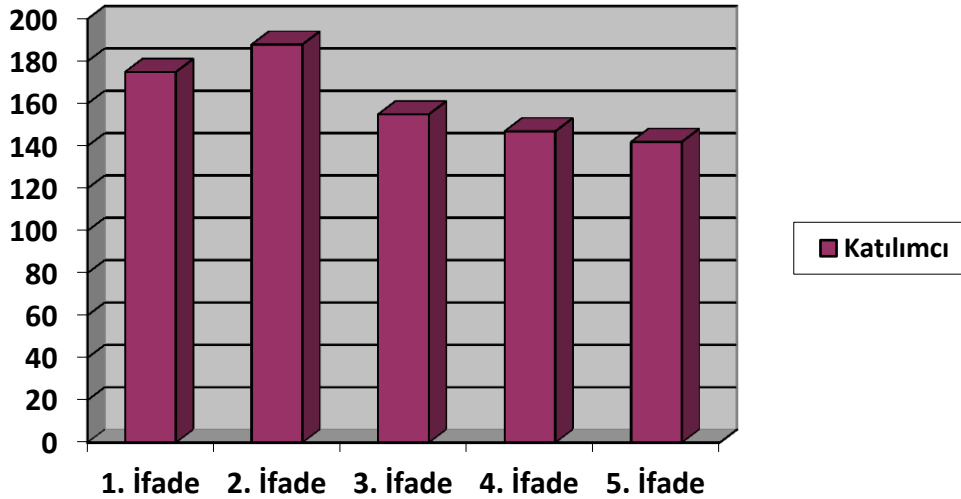


Tablo 3'te görüldüğü üzere katılımcıların çoğunluğu (38 kişi) Kadın Hastalıkları ve Doğum biriminde operasyon geçirdiğini ifade etmiştir. Genel Cerrahi ve Ağız ve Çene Cerrahisi birimlerinde operasyon geçiren katılımcı sayısı ise aynıdır (33 kişi). Ortopedi ve travmatoloji biriminde operasyon geçiren katılımcı sayısı ise 20'dir.

Birinci soruda katılımcılara, "Operasyondan önce size imzalatılan formda aşağıdaki ifadelere onay verir misiniz?" sorusu yöneltilmiş ve verilen cevaplar her bir ifade için ayrı ayrı analiz edilmiştir. Bu ifadeler, A hastanesi aydınlatılmış onam formlarının tamamının incelenmesi sonucu, en çok tekrar edilen ilgi çekici ifadelerdir. İfadeler formda yazılı olduğu haliyle ankete alınmıştır. İfadeler, sırasıyla şunlardır:

- Ameliyat sırasında batın içinde alet, spanç, kompres gibi malzemelerin unutulması gibi komplikasyonlar görülebilir.
- Çok nadiren de enjeksiyon yapılırken iğne kırılabilir.
- Steril şartlarda çalışmamaya bağlı olarak nadiren infeksiyon gelişebilir.
- Çok nadir olarak uygunsuz yapılan teknik ile akciğer dokusu yaralanabilir.

Katılımcılar arasında bu ifadelerle "Hayır" cevabını verenlerin sayısına aşağıdaki grafikte yer verilmiştir:



Tablo 4'te görüldüğü gibi katılımcıların çok büyük kısmı ifadelerle onay vermeyeceğini ifade etmiştir. 1. ifadeye onay vermeyeceğini söyleyen kişi sayısı 175; ikinci ifadeye onay vermeyeceğini söyleyen kişi sayısı 188, 3. ifadeye onay vermeyeceğini ifade eden kişi sayısı ise 155'tir. Katılımcıların 147'si 4. ifadeye onay vermeyeceğini belirtirken; 5. ifadeye onay vermeyeceğini dile getiren katılımcı sayısı 142'dir. Diğer katılımcıların tamamı ifadelerle "Evet" demiş olmayıp, "Kararsızım" seçeneğini seçen katılımcılar da bulunmaktadır.

İkinci soruda bireylere "Aydınlatılmış Onam Formu nedir, biliyor musunuz?" sorusu yöneltilmiştir ve katılımcıların sadece 51'i "Evet" cevabını vermiştir. Katılımcıların geri kalanı (149 kişi) ikinci soruya "Hayır" cevabını vermiştir. Üçüncü soruda ise, bireylere Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılmasının kanunen zorunlu olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların 91'i bu soruya "Bilmiyorum" diye cevap vermiştir. Bireylerin 36'sı soruya "Hayır" cevabını verirken 73 kişi "Evet" demiştir.

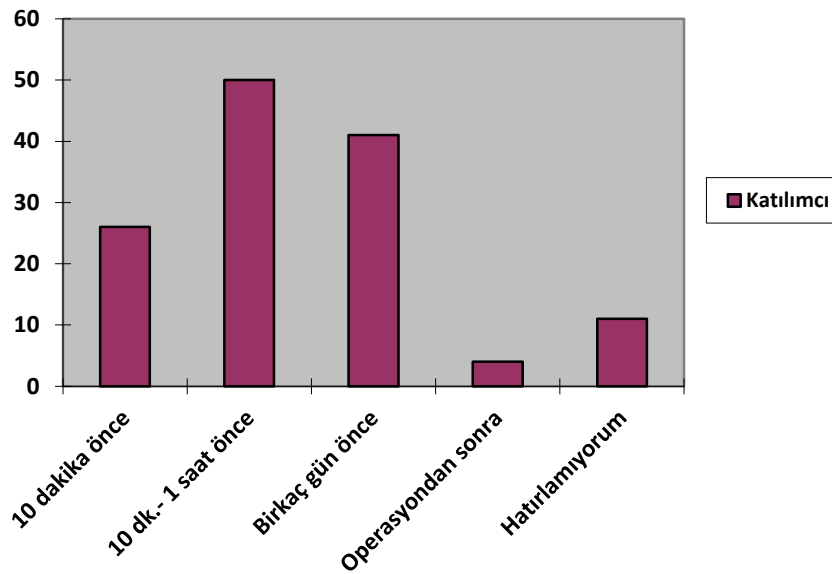
Dördüncü soruda katılımcılara kendilerinin operasyon öncesinde veya sonrasında aydınlatılmış onam formu imzalayıp imzalamadığı sorulmuştur ve katılımcıların 133'ü bu

soruya "Evet" cevabını vermiştir. Sorudaki diğer cevap seçenekleri "Hayır, Yakınım İmzaladı, Hatırlamıyorum, Bilincim Yerinde Olmadığı İçin Hatırlamıyorum" ifadeleridir. Soruya Evet cevabını veren katılımcılara imzaladıkları formun detaylarıyla ilgili olan sorular yöneltilmiştir.

Beşinci soruda, aydınlatılmış onam formu imzaladığını ifade eden bireylere aydınlatılmış onam formunun imzalanmasının kim tarafından talep edildiği sorulmuştur. Katılımcıların 36 tanesi "Hekim" seçeneğini, 36 tanesi "Asistan Hekim" seçeneğini, 27 tanesi "Hemşire" seçeneğini, 4 tanesi "Stajyer Hemşire" seçeneğini, 15 tanesi "Tıbbi Sekreter" seçeneğini seçerken 5 katılımcı "Hatırlamıyorum" seçeneğini seçmiştir. Ayrıca, 6 katılımcı bu soruda "Diğer Personel" seçeneğini seçmiştir.

Aydınlatılmış onam formu imzaladığını ifade eden bireylere altıncı soruda formun ne zaman imzalandığı sorulmuştur. Katılımcıların verdikleri cevapların dağılımına aşağıdaki grafikte yer verilmiştir:

Tablo 4: Aydınlatılmış Onam Formunu İmzalama Zamanı



Tablo 4'te görüldüğü üzere aydınlatılmış onam formu imzaladığını ifade eden katılımcıların büyük çoğunluğu (50 kişi) formu operasyondan 10 dk - 1 saat önce imzaladığını ifade etmiştir. 26 kişi formu operasyondan 10 dakika önce imzaladığını söylemiş, 41 katılımcı ise formu operasyondan birkaç gün önce imzaladığını söylerken, 4 kişi operasyondan sonra imzaladığını ifade etmiştir. Katılımcıların bir kısmı (12 kişi) ise, "Hatırlamıyorum" seçeneğini seçmiştir.

Yedinci soruda, aydınlatılmış onam formu imzalayan bireylere "Aydınlatılmış Onam Formunu imzalamak zorunda olduğunuzu hissettiniz mi?" sorusu yöneltilmiştir. Bu soruya bireylerin 90'ı "Evet" cevabını vermiştir. Sekizinci soruda ise bireylere bu formu okumak için yeterli zamanları olup olmadığı sorulmuştur. 60 kişi bu soruya "Evet" derken, 58 kişi "Hayır" demiştir. Dokuzuncu soruda ise bireylere formu okuyup okumadıkları sorulmuş ve sadece 55 kişi formu okuduğunu ifade etmiştir. 23 kişi ise formu kısmen okuduğunu söylemiştir.

Ankette aydınlatılmış onam formu imzaladığını ve bu formun tamamını okuduğunu ifade eden bireylere formda onay vermek istemediği ifadeler olup olmadığı sorulmuştur ve 28 kişi bu soruya Evet cevabını vermiştir. Bu kişilere bu ifadelerin neler olduğu sorulduğunda "Ölüm riski ve hastanenin sorumluluk almaması" ifadeleri ile sıkça karşılaşmıştır. Bu ifadelere itiraz ettiğini söyleyen birey sayısı sadece 3'tir. 23 kişi ise "İtiraz etme hakkım olmadığını düşündüm" seçeneğini seçmiştir. On üçüncü soruda bireylere bu ifadelerin bir kısmını onaylayıp bir kısmını onaylamama hakları olup olmadığı sorulmuştur ve bireylerin sadece 7'si "Evet" cevabı vermiştir.

Bireylere hekimlerinin aydınlatılmış onam formunda yazanları sözlü olarak kendilerine anlatıp anlatmadıkları sorulmuş ve sadece 49 kişi bu soruya "Evet" cevabını vermiştir. 39 kişi bu soruya "Hayır" derken, 9 kişi "Kısmen" seçeneğini seçmiştir. Bu soruya olumlu cevap veren kişilere yöneltilen Hekiminiz bu detayları açıklarken sizin anlayabileceğiniz bir dil kullandı mı? sorusuna "Evet" cevabını veren katılımcı sayısı 48'dir. Ayrıca, 16 kişi de hekim dışında bir personelin kendilerine aydınlatılmış onam formunda yazanları açıkladığını ifade etmiştir.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma, aydınlatılmış onam formlarının hastalar tarafından dikkatlice okunması durumunda, hastaların bu ifadelere onay verip vermeyecekleri sorusuna cevap bulmayı hedeflemiştir. Ve bir hastanenin aydınlatılmış onam formlarının tamamının detaylı incelenmesinin ardından, formlardaki ilgi çekici ifadelerden en sık tekrarlananlardan beşi seçilerek o hastanede operasyon geçirmiş kişilere bu ifadelere onay verip vermeyecekleri sorulmuştur. A Hastanesinde operasyon geçirmiş ve hastanenin aydınlatılmış onam formlarını imzalamış 133 kişinin 95'i anketin ilk sorusundaki beş ifadeye de onay vermeyeceğini ifade etmiştir (Diğerleri arasında kararsızım seçeneğini işaretleyenler de mevcuttur). Bu da bireylerin aydınlatılmış onam formlarına bilinçli yaklaşımları veya formu dikkatli okumaları halinde onay vermeme eğiliminde olduklarını göstermiştir. Ayrıca bu sonuç; 133 kişi arasından sadece 55'inin formun tamamını okuduğunu ifade ettiği gerçeğiyle birlikte değerlendirildiğinde daha anlamlı hale gelmektedir.

Mevzuatta veya aydınlatılmış onam kılavuzunda operasyonla ilgili olarak meydana gelebilecek istenmeyen olayların veya tıbbi hataların formda yer alması gerektiğine dair bir ifade bulunmadığından, bu gibi ifadelerin aydınlatılmış onam formunda yazılmaması gerektiği kanaatindeyiz. Örneğin, "uygunsuz yapılan teknik ile akciğer dokusunun zedelenmesi" ifadenin kendisinden anlaşıldığı üzere teknik bir hatadan kaynaklanmaktadır ve tedavi sürecinden olan bir komplikasyon değildir.

Katılımcıların (200 kişi) 149'u aydınlatılmış onam formunun ne olduğunu bilmediğini, 91'i ise bu formun imzalatılmasının yasal olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Ayrıca 36 kişi yasal olmadığını ifade etmiştir. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliğinin sağlık kuruluşlarının duvarlarına asılmasının yeterli olmadığını göstermektedir.

Hastaları aydınlatmak ilgili hekimin sorumluluğunda olmasına rağmen form imzaladığını belirten katılımcıların sadece 36'sı formun hekim tarafından imzalandığını söylemiştir. Ayrıca sözlü olarak formda yazanlar hakkında hekimi tarafından

bilgilendirildiğini ifade eden katılımcı sayısı da yalnız 49'dur. Dolayısıyla aydınlatılmış onam formu imzalayan katılımcıların çoğunun hekim tarafından aydınlatılmadığını söylemek mümkündür. Asistan Hekim tarafından aydınlatıldığını söyleyen 36 katılımcı bulunmaktadır. Ancak çeşitli araştırmalarda asistanların hastaları aydınlatma konusunda yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (Houghton vd., 1997; Soin vd., 1993; Makay vd., 2007).

Hastalara aydınlatılmış onam formu imzalatılmasının zorunlu olmasına rağmen, 24 kişinin form imzalamadığını ifade etmiş olması endişe vericidir. Ancak bu kişiler arasında, formu imzalamış ancak imzaladıkları şeyin aydınlatılmış onam formu olduğunu fark etmemiş kişiler olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta aydınlatıldıktan sonra kendisine düşünüp karar vermek için yeterli süre tanınmalıdır (Çilingiroğlu, 1993: 71; Polat, 2005: 96; Doğan 2010: 151). Daha somut bir ifade ile hasta ameliyattan en az bir gün önce aydınlatılmalıdır (Hakeri, 2009: 136). Ancak araştırmaya katılan bireylerden 58'inin formu okumak için yeterli vakitleri olmadığını ifade etmesi ilgi çekicidir. Ayrıca form imzalayan bireylerin 26'sı operasyondan 10 dakika önce, 4'ü de operasyondan sonra formu imzaladığını ifade etmiştir.

Rızanın geçerli olabilmesi için, hasta artık süreci değiştiremeyeceği izlenimine kapılmamış olmalıdır (Hakeri, 2009: 136). Ancak araştırmaya katılan ve aydınlatılmış onam formu imzaladığını belirten 133 kişiden 90'ının formu imzalamak zorunda olduğunu belirtmiş olması dikkat çekicidir.

Bireylerin büyük çoğunluğu aydınlatılmış onam formunda yazılı olan ifadelerin tamamını onaylamak veya tamamını reddetmek zorunda olduğunu düşünmektedir. Formda yazanların bir kısmını kabul edip bir kısmını kabul etmeme hakkı olduğunu bilmemektedir. Zira ilgili soruya sadece 7 kişi olumlu cevap vermiştir. Ayrıca imzaladığı formda onay vermek istemediği ifadeler bulunduğunu belirten 25 kişiden 11'i bu ifadelere itiraz etme hakkı olmadığını düşündüğünü ifade etmiştir.

Hastaneler ve hekimler tarafından sorumluluktan kurtulma aracı olarak algılanan aydınlatılmış onam formları aslında bu uygulama şekliyle onları sorumluluktan kurtaramamaktadır. Bunun yanında asıl işlevi olan hastaları aydınlatma işlevini de yerine getirmeyen bu belgeler, hastanın aydınlatılarak rızasının alınmasından son derece uzaktır. Hekimlerin hasta yoğunluğundan ötürü aydınlatma yapmaya vakit bulamadıklarını ifade etmeleri bu sorunun çözümüne katkı sağlamamaktadır. Öncelikle hekimlerin, bunun işlerinin önemli bir parçası olduğunu kabul etmeleri, aslında doğru şekilde yapılmış aydınlatmanın ardından alınan rızanın kendilerini korumak amacı da taşıdığına inanmaları gerekmektedir. Diğer yandan hastaların da hekimlerden açıklama talep etme haklarının olduğunu ve tıbbi müdahalelerde kendi rızalarının esas alındığını bilmesi önemlidir.

Bu çalışma sonunda, tıp fakültelerindeki iletişim derslerinde hastayı aydınlatma ile ilgili bir bölüm olması önerilebilir. Halen çalışmakta olan hekimlere de hastanın aydınlatılmasının ve ardından rızasının alınmasının ciddi bir iş olduğunu ve "Aydınlatılmış Onam Formu" adıyla içi boşaltılmış kağıtlarla bir ilgisi olmadığını anlatan eğitimler verilmelidir.

Sağlık kuruluşlarında, bazı birimlerdeki yoğunluktan dolayı sık yapılan operasyonlar için matbu formlar imzalatılması zorunlu bir durum ise, bu formların ilgili birimdeki hekimler tarafından oluşturulmasının ardından Sağlık Bakanlığı'ndaki bir birimin onayından geçtikten sonra hastaların rızasının alındığının göstergesi olarak hastalara imzalatılması hastaların tıbbi hata denebilecek ifadelerin altına imza atılmak durumunda bırakılmalarını önleyebilir. Ayrıca, hastalara bu belgeyi tamamen okumaları gerektiği ve belgenin içindekilerin bir kısmına onay verip bir kısmına onay vermeme hakları olduğu, belgenin verildiği esnada belirtilmelidir.

Kaynaklar

- 1.ÇİLİNGİROĞLU, Cüneyt (1993) *Tıbbi Müdahaleye Rıza*, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- 2.ÇOBANOĞLU, Nesrin (2009), *Tıp Etiği*, Eflatun Yayınevi, Ankara.
- 3.DOĞAN, Cahit (2010), “*Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması*”, KKTC Girne-Amerikan Üniversitesi Sağlık Hukuku Sempozyumu, Adalet Yayınevi: 111-219.
- 4.Dünya Sağlık Örgütü (1994), Hasta Hakları Bildirgesi, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf, Erişim Tarihi: 09.07.2014.
- 5.ERTEM, Aysel, Yava A., Demirkılıç U., "Kardiyak Cerrahi Yapılan Hastaların Ameliyat Öncesi Verilen Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Görüş Ve Önerilerinin Belirlenmesi", *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 21(2):378-391.
- 6.GÜNAY, Yasemin, Elçioğlu Ö., Koç S., (2000), "Hasta ve Hekim Hakları Açısından Hasta Rızası", *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*: 8: 1: 50.
- 7.Hasta Hakları Yönetmeliği, R.T. 01.08.1998, R. N. 23420, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Hasta%20Haklar%C4%B1>, Erişim Tarihi: 11.08.2014.
- 8.HAKERİ, Hakan (2009), *Tıp Hukuku*, Seçkin Yayınevi, Ankara.
- 9.İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, R. T. 11. 06. 2011, R. N. 27961, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110611M1-4.htm>, Erişim Tarihi: 11.08.2014.
- 10.HOUGHTON DJ, Williams S, Bennett JD, G Back, AS Jons, (1997) "Informed consent: patients' and junior doctors' perceptions of the consent procedure", *Clin. Otolaryngol*, 22:515-518, DOI: 10.1046/j.1365-2273.1997.00059.x.
- 11.İNCESU, Emrah, (2014), "Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların, Bilgilendirilme Ve Aydınlatılmış Onam Alma Süreçlerinin Değerlendirilmesi", 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi 1-4 Mayıs 2014, Marmaris.
- 12.WOUTER KG., Leclercq, Bram J Keulers, Saskia Houterman, Margot Veerman, Johan Legemaate and Marc R Scheltinga, (2013), "A survey of the current practice of the informed consent process in general surgery in the Netherlands", *Patient Safety in Surgery*, 7:4 doi:10.1186/1754-9493-7-4



- 13.MAKAY Ö., Samancılar Ö.,Terek C.M., Apaydın A., Palamar M., Dökümcü Z., Şimşir A., İçöz G., Kaplan H., (2007), "*İlk Yıl Asistanı Aydınlatılmış Onam Alabilir mi?*",Ege Tıp Dergisi: 46 (3): 123-127.
- 14.Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun, R. T. 03.06.1979, R. N. 16655, http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc062/kanuntbmmc062/kanuntbmmc06202238.pdf, Erişim Tarihi: 08.08.2014.
- 15.POLAT, Oğuz, (2005) *Tıbbi Uygulama Hataları*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- 16.Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, R. T. 14. 04. 1928, R. N. 863, http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc006/kanuntbmmc006/kanuntbmmc00601219.pdf, Erişim Tarihi: 11.08.2014.
- 17.SOİN B, Smellie WAB, Thomson HJ., (1993), Informed consent: a case for more education of the surgical team. Ann. R. Coll. Surg. England: 75:62- 65.
- 18.Türk Tabipler Birliği, "*Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi*", R. T. 19.02.1960 R. N.10436,http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52&Itemid=31, Erişim Tarihi: 09.07.2014.
- 19.Türk Tabipler Birliği, "*Aydınlatılmış Onam Kılavuzu*", http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:ona m&catid=26:etik&Itemid=65 Erişim Tarihi: 09.07.2014.

SAĞLIK HİZMETLERİ UYUŞMAZLIKLARIN ÇÖZÜMÜNDE YENİ BİR YAKLAŞIM: SAĞLIK HUKUKUNDA UZLAŞMA KURUMU

Veli DURMUŞ *

ÖZET

Mağdur durumunda olan hastaların uğradıkları haksız eylemler nedeniyle gördükleri zararlarını makul süre içerisinde ve tamamen karşılayamamaları, bireyler arasındaki tüm uyuşmazlıkların yargı eliyle çözülmek istenmesi nedeniyle yargı organlarındaki iş sayısının her geçen gün artması ve uyuşmazlıkların çözülme sürelerinin gittikçe uzaması gibi sebepler alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemlerinin ve dolayısıyla uzlaşma kurumunun sağlık hukukunda da ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Uzlaşma kurumu, uyuşmazlığın yargı dışı yolla fakat adli makamlar denetiminde çözümlenmesini amaçlayan bir yöntemdir. Klâsik ceza muhakemesine alternatif olarak kabul edilmektedir. Uzlaşma; bu kapsama giren suçlarda, fail ve mağdurun suçtan doğan zararın giderilmesi konusunda anlaşmalarına bağlı olarak, devletin de ceza soruşturması veya kovuşturmasından vazgeçmesi ve suçun işlenmesiyle bozulan toplumsal düzenin barış yoluyla yeniden tesisini sağlayıcı nitelikte bir hukuksal kurumdur. Nitekim, Sağlık Bakanlığının 01.07.2003 tarihinde başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeler/esaslar arasında “Uzlaşmacılık” kavramı da yer almaktadır.

Sağlık alanında işlenen her suç Ceza Hukuku açısından uzlaşma kapsamında değildir. Bunun için öncelikle, tıp mesleğinin icrası sırasında işlenen suçların niteliğine göre Türk Ceza Kanunu açısından uzlaşma kapsamında olup olmadığının belirlenmesi gerekir. Sağlık hizmeti esnasında meydana gelen ve uzlaşma kapsamında değerlendirilen suçlardan bazıları; Basit tıbbi müdahaleyle giderilebilecek yaralama (m.88/1), Taksirle yaralama (m.89/5), Tehdit (m.106/1 maddesinin 2.cümlesi), Sırrın açıklanması (m.239), Kişilerin huzur ve sükûnunu bozma (m.123) gibi şikâyete bağlı suçlar olarak sayılabilir.

Sağlık hukukunda uzlaşma müessesesi, 2012 yarihli 6325 sayılı Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanunu ile Sağlık Hukukunda tanınmaya başlandığı söylenebilir. Dolayısıyla henüz yeni bir disiplin olduğu için sağlık çalışanları arasında bilinebilirliğinin çok sınırlı olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uzlaşma, Sağlık Hukuku, Türk Ceza Kanunu, Sağlık Çalışanları.

*Uzm, Marmara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Doktora Öğrencisi; Marmara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Lisans Öğrencisi. velidurmus@hotmail.com

ABSTRACT

Injury of victims who are patients exposed to action given by health care employees. This patients are not compensated effectively by health care employees who lead to damage on body in reasonable time period. Due to the fact that patients generally want to sue to hospital or health persons, there have accumulated much more cases about it day by day. This situation leads to come out a new regulation whose name is mediation in health care law.

Mediation in health care is particularly a method of which purpose try to solve or control medical disputes under a judicial institution. Mediation is believed as a alternate method of penalty law. There are also encouraging findings about the potential opportunities for implementing mediation programs in medical malpractice cases particularly in reducing costs, handling emotional issues, and dealing with the complexities of medical malpractice cases. In fact, there is a term of mediation that mentioned in health care transformation pack which is regulated and implemented by Ministry of Health on July first 2013, in order to be able to improve health services in Turkey.

All kinds of crime in medical law is not covered by mediation in penalty and criminal law. First of all, in order to determine whether a crime covered by mediation in health law, it needs to be describe under penalty codes. these are some kind of crimes which covered by mediation in health care law as follows: a crime of wound, a crime of threat and disturb to someone's ease.

Mediation in health care law in Turkey is a new regulation to solve disputes before the court. Due to that, mediation in health care law is not effectively and properly known by health employees.

Key Words: *Mediation, Health Care Law, Turkish Penalty Law, Health Care Employee*

1.Giriş

Sağlık hizmetleri, karmaşıklığın var olduğu bir sistem örneğidir. Tıpkı sağlık hizmetleri gibi karmaşık bir yapıya sahip olan sistemlerde başarısızlıkların ve hataların meydana gelme potansiyeli oldukça yüksektir (Sybbilis, 2012). Bu nedenle, hastane gibi sağlık hizmeti sunan kurumlarda hizmet sunumu esnasında hata yapma eğilimi her zaman vardır. Bu tıbbi hatalar sonucu oluşan uyuşmazlıklar sıklıkla duygusal bir takım davranışlarla ve modern sağlık hizmetlerindeki karışık yapıyla daha da artabilir. Hatta yüksek meblağlı davaların açılmasına neden olabilir (Szmania vd., 2008 :72). Sağlık hizmetlerinde meydana gelen bu uyuşmazlıkların çözümünde, dava açma yerine taraflar arasında (sağlık çalışanı – hasta ya da hizmet sunan ile hizmet alan) uzlaşmanın sağlanabilmesi için uzlaşmayı sağlayacak tarafsız üçüncü kişinin sağlıktaki bu tür dinamikleri de ele alması gerekir (Marshall and Robson, 2003).

Uyuşmazlık her kurumda var olan bir durumdur. Özellikle karmaşık sağlık sistemlerinin yapısında bu daha da artmaktadır. Günümüzde, sağlık hizmetleri yönetimi ve sağlık hizmet sunumu genellikle farklı görevlerle, amaçlarla ve sorumluluklarla sıkı işbirliği gerektirmektedir. Hayati kararlar hızlı bir şekilde verilmek zorundadır. Elbetteki bu kararların bir çatışma yaratması şaşırtıcı değildir (Joseph, 1995).

Hekim-hasta ilişkisi karmaşık bir ilişkidir. Kişi gerçekten hasta olduğunda bir hekime muayene olma eğilimindedir. Hasta olma durumunda kişi, aşırı derecede sinirli olabilir, duygularının hakimiyetini kaybedebilir ya da kendine olan güveni azalabilir (Currie, 1998 :217). Dolayısıyla, sağlık hizmetleri ortamı potansiyel olarak uyuşmazlığın yaşanabileceği yerlerdir (Gibson, 1999). Hatta en iyi eğitim görmüş hekimler bile sonuçları sakatlıklara ve hatta ölümlere varabilen tıbbi hatalar yapabilirler (Szmania vd., 2008 :72).

Sağlık çalışanları ile hastalar arasında meydana gelen uyuşmazlık, özellikle çekişmeli ve düşmanca yöntemlerle yönetildiği takdirde hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisine zarar verebilir. Uyuşmazlığın gelişmesine bağlı olarak bir hasta sağlık uygulayıcısının işlerini ilgisizce ve baştan savmacı bir şekilde görebilir. Buna rağmen, bir sağlık uygulayıcısı da hastayı potansiyel tehdit ve nankör olarak görebilir (Brown ve Simanowitz, 1995).

Son zamanlarda, tıbbi uyuşmazlıklar yerini genellikle dostane olmayan, sert tartışmalara bırakmaktadır. Meydana gelen zararlara ilişkin olarak, mahkemeler aracılığıyla taraflar birbirlerini dava edebilmektedir (Brown ve Simanowitz, 1995). Doktor-hasta ilişkisinin güvene dayalı olması beklenir. Çünkü, hastalar hastalıklarının tanı ve tedavisi için hekimlerinin söylediklerine uymak ve onların söylediklerine güvenmek durumundadır (Liebman and Hyman, 2005). Bu güven ilişkisinin eksikliğinde ise gerek hasta açısından gerekse hekim açısından olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir (Sommers, 1984). Tanı ve tedavi aşamasında bir hata meydana geldiğinde bu güven ilişkisi zarar görür.

Sağlıkta meydana gelen uyuşmazlıklar genellikle duygusal bileşenler taşır. Dolayısıyla, mağdur durumda olan bir hasta karşı taraftan bir açıklama, daha fazla bilgi, hayal kırıklıklarını açığa vurma fırsatı ya da basit bir özür arzu edebilir (Joseph, 1995). Başka bir deyişle, hastalar, hekimlerden sağlık durumlarının ciddiyetle tanınmasını ararlar. İlgisizlik hissiyatının olduğu, ihmal edilme ve kötü davranma düşüncelerinin var olduğu zayıf bir hasta-hekim ilişkisinde hastalar bu ilişkiden kaynaklanan öfkelerini açığa vurma eğilimindedirler. Bu gibi nedenlerden dolayı hastalar, hekimlerini bunlardan sorumlu tutmak isterler (May ve Stangel, 1990; Hickson ve ark., 1992; Huycke ve Hucyke, 1994; Vincent ve ark., 1994).

Tüm bu sorunların aksine sağlık hizmetlerinde uzlaşma kurumunun uygulanması sonucu;

1. Kısa Sürede Daha Az Maliyet: Sağlık hizmetlerindeki uyuşmazlık mahkemeler aracılığıyla çözümlenmeye çalışıldığında başvuru ve yargılama süreci de dahil davanın sonuçlanması yılları alabilir. Bununla birlikte çeşitli yargılama giderleri ve diğer masraflar da davanın maliyet yükünü artırır. Ancak, uzlaştırma gibi uyuşmazlık çözüm yöntemlerinin kullanılmasında zamandan ve maliyetten tasarruf yapılarak, kısa sürede de taraflar arası anlaşma sağlanarak makul bir çözüme ulaşılabilir (Benesch, 2011).

2. Esneklik: Mahkeme sürecinin aksine taraflar kendilerine özgü çözüm önerilerini ortaya koyabilir, ortak bir çözüm yoluna gidilebilir ve bu çözümde anlaşarak makul sürede sonuca ulaşılabilir (Benesch, 2011). Dolayısıyla, uyuşmazlığı çözülmesinin arkasındaki asıl amaç olan, toplumsal düzenin devamı sağlanmış olur (Muldrew, 1996; Meierhenrich, 2008).

2. Kavram Olarak Uzlaşma Ve Türk Hukukundaki Yeri

Uzlaştırmanın Latince karşılığı olan *conciliation* sözcüğü “düşüncede birleşme” veya “düşüncede bir araya gelme” anlamındaki “*conciliare*” sözcüğünden türemiştir (Özümücü, 2013). Hukuki terminolojide “Uzlaştırma”, uyuşmazlığa düşmüş olan tarafları, (olası) bir anlaşmanın koşullarını müzakere edebilmeleri amacıyla bir araya getirmeye çalışan, tarafların uzlaşmasını veya birbirlerini anlamalarını sağlamak için taraflar arasındaki iletişimi kolaylaştıran, tarafsız bir üçüncü kişinin katılımıyla yürütülen gönüllü bir usuldür (Özbek, 2013 :555).

Uzlaşma, faili cezalandırmaktan ziyade, fail ile mağdur arasındaki ihtilafı ceza muhakemesi sahasının dışına çıkarmak ve bahsedilen bu ihtilafı fail ile mağduru uzlaştırmak suretiyle çözüme kavuşturmak gibi bir amaca sahip olduğundan, klâsik ceza muhakemesine alternatif olarak kabul edilmektedir (Özbek, 2004 :118).

Anayasa Mahkemesi’nin vermiş olduğu bir kararın gerekçesinde uzlaşma kurumunun tanımı ve amacı ifade edilmiştir. Buna göre uzlaşma kurumu, “Uyuşmazlığın yargı dışı yolla ve fakat adli makamlar denetiminde çözümlenmesini amaçlayan bir yöntemdir”. Uzlaşma; bu kapsama giren suçlarda, fail ve mağdurun suçtan doğan zararın giderilmesi konusunda anlaşmalarına bağlı olarak, devletin de ceza soruşturması veya kovuşturmasından vazgeçmesi ve suçun işlenmesiyle bozulan toplumsal düzenin barış yoluyla yeniden tesisini sağlayıcı nitelikte bir hukuksal kurumdur. Uzlaşma ile şüpheli veya sanık işlediği suçun sorumluluğunu kabul edip üstlenerek, suçun sonuçlarını da gidererek toplumla yeniden bütünleşme olanağını elde etmekte, ayrıca devlet, yaptırım uygulamak yönünden katlanacağı birçok masraftan da kurtulmuş olmaktadır.

Uzlaşmanın amacı, kural olarak, failerin kendi fiillerinin sonuçlarını görerek bizzat anlamaları için, suçun faili ile mağduru arasında doğrudan iletişim kurulmasıdır. Uzlaşma, mağdurların ve failerin, gerçek anlamda sorumluluklarını bilmeleri ve uzlaşmaları için neye ihtiyaç duyduklarını anlamalarını sağlar (Adalet Bakanlığı, 2009).

Uzlaşmanın temel özelliği, mağdurun zararının giderilmesidir. Mağdurun zararının; aynen iade, maddi ve manevi tazminat, mağdura verilen hediyeler ya da kamuya yararlı olan müesseselere verilen parasal tazminatlar gibi maddi edimlerle de, özür dileme ve barışma konuşması yapma gibi manevi edimlerle de giderilmesi mümkündür (Özbek, 1999 :22). Uzlaştırma süreciyle oluşan gayri resmi atmosfer ile taraflar kendilerini hem daha rahat hissederler hem de karşı tarafın algılarına daha açık olurlar. Gerçekte de taraflar daha gayri resmi atmosfer ortamında uyuşmazlığı çözmeyi arzu etmektedirler. Çünkü, böyle bir atmosfer taraflara baskı hissiyatı oluşturmaz. Dolayısıyla baskı hissetmeyen taraflar birbirlerini daha da dinleme eğiliminde olmakta aynı zamanda karşılıklı olarak daha faydalı çözüm önerileri sunmaktadırlar (Zusman, 1996).

Uzlaşmanın hukukiliğinin sağlanması; uzlaştırmacı vasıtasıyla bir araya gelen tarafların vardıkları neticenin adli makamlarca denetlenerek ve onaylanarak hukuki bir sonuca bağlanması ile olur. Bunun için de uzlaşmanın, müzakerelerin sonunda tarafların üzerinde

anlaşmaya vardıkları hususları ihtiva eden ve uzlaştırmacının da imzasının bulunduğu bir tutanakla tespit edilmesi gerekmektedir. Tutanağa geçirme muamelesi ile muhakeme dışı bir yol olan uzlaşma, hukuki mahiyet ve teminat kazanır (Soygüt Arslan, 2008 :34).

Uzlaşma Kurumu, esasında Avrupa Parlamentosu ve Konseyinin verdiği direktif tasarılarıyla Türk hukuk sistemine girmiştir. Ceza hukuku alanında bir alternatif uyuşmazlık çözüm yolu olan uzlaşma müessesesi, 01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu ile Türk hukuk sistemine dahil edilmiştir. İlk olarak Uzlaşma kavramı 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 73/8. maddesinde yer almasına karşılık 2006 yılında mülga edilmiştir. Bununla birlikte, 01.05.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 253'üncü maddesinin ilk halinde yer alan düzenleme; uzlaşma kurumunun ceza adaletine yapması gereken katkıyı yeterince sağlayamaması düşüncesiyle 06.12.2006 tarihli ve 5560 sayılı “Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun” ile tümüyle değiştirilmiştir. Bu değişiklik uzlaşma kurumunu daha kolay uygulanır hale getirmiştir. Ayrıca, 26.07.2007 tarihli ve 26594 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Ceza Muhakemesi Kanununa Göre Uzlaştırmannın Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik” yürürlüğe girerek kanunla yapılan düzenlemelerin daha anlaşılır uygulanmasını sağlamak ve kolaylaştırmak hedeflenmiştir (Uzlaşma El Kitabı, 2009).

3. Uzlaşmanın Şartları

Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 253, 254 ve 255'inci maddeleri esaslarında uzlaşmanın uygulanabilmesi için bazı şartların varlığı öngörülmüştür.

3.1.Suçtan Zarar Görenin Varlığı

“Ceza Muhakemesi Kanununa Göre Uzlaştırmannın Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik” madde 6/1'e göre, uzlaştırma yoluna gidilebilmesi için mağdur ya da suçtan zarar görenin gerçek kişi veya özel hukuk tüzel kişisi olması gerekir. Bu durumda suçtan zarar gören kişi bir sağlık kuruluşundan hizmet almak isteyen bir hasta ya da hasta yakını olabileceği gibi sağlık hizmeti sunan bir çalışan da olabilir. Bu madde ile kanun koyucu suçtan zarar görenin gerçek kişi yanında özel hukuk tüzel kişisi de olabileceğini belirtmiştir. Dolayısıyla mağdur kapsamı biraz daha genişlemiş ve nitekim özel hastanelerinde mağdur statüsünde olabileceği öngörülmüştür. Çünkü özel hastaneleri, özel hukuk tüzel kişisi olarak değerlendirmek mümkündür (Deryal, 2006 :101).

3.2.Şüpheli veya Sanığa İsnat Edilen Suçun Uzlaşma Kapsamında Olması

Uzlaştırma usulünün uygulanabilmesinin ikinci şartı, şüpheli tarafından uzlaşma kapsamında kalan bir suçun işlenmiş olması, mağdur ya da suçtan zarar görenin usulüne uygun şikayette bulunmuş olması gerekir (Centel ve Zafer, 2008 :452). Şüpheli veya sanık tarafından işlendiği iddia edilen suçun, 5271 sayılı CMK'nın 253'üncü maddesinin birinci fıkrasında belirtilen ve uzlaşma kapsamında kalan suçlardan olması gerekir. Bu suçlar şunlardır:

a) Soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlı suçlar.

b) Şikâyete bağlı olup olmadığına bakılmaksızın, Türk Ceza Kanununda yer alan;

1. Kasten yaralama (üçüncü fıkra hariç, madde 86; madde 88),
2. Taksirle yaralama (madde 89),
3. Konut dokunulmazlığının ihlali (madde 116),
4. Çocuğun kaçırılması ve alıkonulması (madde 234),
5. Ticari sır, bankacılık sırrı veya müşteri sırrı niteliğindeki bilgi veya belgelerin açıklanması (dördüncü fıkra hariç, madde 239) suçları.

3.3. Şikayete Bağlı Bir Suçun Varlığı

Şikayet, soruşturması ve kovuşturması şikayete bağlı bir fiilden dolayı, şikayete yetkili kişinin süresi içinde, yazılı olarak, yetkili makamlardan bu fiil hakkında kovuşturma yapılmasını istemesidir (Öztürk ve Erdem, 2006).

Sadakat borcuna aykırı davranıldığı düşüncesinde olan hasta, vekalet sözleşmesine dayanarak hekim hakkında tazminat davası açabileceği gibi, koşulları oluşmuşsa inancın kötüye kullanılması suçu sebebiyle hekim hakkında ceza kovuşturması yapılması için şikayetçi de olabilir (Demircan, 2006 :42).

Kural olarak Türk Ceza Kanunu ve özel kanunlarda şikayete tabi olan tüm suçlar ceza miktarına bakılmaksızın (Karaaslan, 2007 :29) uzlaşma kapsamındadır. Kanunun gerekçesinde uzlaşmanın şikayete bağlı suçlar ile sınırlandırılmasının gerekçesi için şunlar söylenmiştir: “Uzlaştırma sadece soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlı suçlar için geçerlidir. Böylece sadece küçük ihtilafları içeren suçlar bakımından bu yola gidilebilecektir. Bu ayırım ile Türk Hukukunda yargı organlarının daha ağır suçlara tahsis edebileceği zaman aralığı genişletilmekte ve küçük suçlarda tamamen yenileştirilmiş bir yaptırım sistemi geliştirilmektedir” (İpek ve Parlak, 2011 :55).

5237 sayılı Türk Ceza Kanununda ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununda, soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlı suçlarda, “uzlaşma” müessesesi kabul edilmiştir. Uzlaşma kurumuna ilişkin mevcut düzenleme de, uzlaşma kurumuna başvurulabilmesini CMK m.253’de sayılmış olan istisnai suçlar dışında ancak soruşturulması kovuşturulması şikayete bağlı suçlar açısından kabul etmiş bulunmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, kanunun soruşturulması ve kovuşturulmasını şikayete bağlı kıldığı bir suçtan dolayı uzlaşma kurumuna başvurulabilmesi için, öncelikle usulüne uygun bir şikayet başvurusunun yapıp yapılmadığının ve bu başvurunun şikayete ilişkin bütün koşulları taşıyıp taşımadığının belirlenmesi gerekmektedir. Şayet yapılan başvuru şikayete ilişkin koşulları taşımıyorsa, bu nedenle başvuru reddedilerek muhakemenin bulunduğu aşamaya göre kovuşturmaya yer olmadığına (CMK m.172) veya davanın düşmesine (CMK m.223/8) karar verecektir (Yıldız,

2010 :94). Ancak, soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlı olsa bile, etkin pişmanlık hükümlerine yer verilen suçlar ile cinsel dokunulmazlığa karşı suçlarda, uzlaştırma yoluna gidilemez (CMK m.253/3).

4. Uzlaşma Kurumunun Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Açısından Önemi

Sağlık kurumlarının hizmet sunduğu toplumun sağlık ihtiyaçlarını sağlamaya yönelik plan ve düzenlemelerde, hizmet kullanıcılarının memnun edilmesi ya da hizmetten tatmin sağlamlarını ön planda tutmalarının kurumsal başarı ve rekabet edebilme gücü açısından zorunlu olduğu açıktır. Sağlık kurumları yönetiminin temel görevlerinden en önemlisi, topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmektir (Akgün ve Öztürk, 2002).

Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır (Kavrakoğlu, 1993). Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları, hastanelerin kendi yetersizliklerini tanıma ve tanımlama ile hizmetin kalitesini geliştirmek için uygulanacak olan politika ve stratejileri belirleme de hastaların geri bildirimini almaya yönelmektedir (Aktaran: Aslantekin ve ark., 2007 :63).

Şekil 1.'de görüldüğü üzere, sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşu, müşteri/hasta ile sağlık ekibini ve doktoru bir araya getiren ve tedavi için uygun ortamı sağlayan bir aracı rolü üstlenmektedir. Güven unsurunun son derece önemli olduğu sağlık etkileşiminde, müşteri sadakati doğrudan doktora yönelik olup, kurum ikinci planda kalmaktadır (Bekaroğlu, 2005).

Şekil 1. Sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati bakımından unsurlar arasındaki ilişki.



Kaynak: (Gutek, and Welsh, 2000 :62). (2000).

Toplam Kalite Yönetiminin amaçlarından biri de iletişim alanında etkin yöntemler oluşturulmaktır (Tengilimoğlu, 2011 :301). Uyuşmazlık sonrası sağlık sunucusu ve alıcısı arasında bilgi paylaşımına ve etkili bir iletişime izin veren uzlaşma kurumu sayesinde mağdur-fail yani zarar gören ve zarar veren arasında etkili bir iletişim oluşturmasına zemin hazırlanabilir.

Güvenli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için uluslararası hasta güvenliğinin hedeflerinden bir tanesi de hastalarla etkili iletişimin iyileştirilmesidir (Tengilimoğlu, 2013 :186-187). Günümüzde iletişim, sadece bilgi aktarımı olarak değil insanların birbirlerini daha iyi anlayarak yakınlaşmalarını sağlayan bir uygulamalar bütünü olarak değerlendirilmektedir. Hastalar, haklı olarak, güvenli bir hastane, kalite seviyesi yüksek hizmet ve saygılı iletişim sağlanması gibi beklenti içindedirler. Sağlıkta uzlaşma yoluyla sağlık hizmeti sunucuları ile hasta arasındaki iletişim ve işbirlikçi davranış teşvik edilir (Liang and Small; 2003). Uzlaşma yoluyla taraflar uyuşmazlıklarına daha özel ve yaratıcı çözümler ile yaklaşabilirler. Bu, tarafların karşılıklı diyaloglarını devam ettirir. Aynı zamanda ilişkilerin sürdürülmesini sağlar (Sybblis, 2012). Böylece hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisi uyuşmazlık esnasında da devam ettirilebilir. Çünkü, bir dava süreci özellikle geçmiş odaklı iken, uzlaşma süreci ise gelecek ve gelecekteki ilişkilere odaklıdır (Gitchell and Plattner, 1999 :425).

5. Sağlık Hukukunda Uzlaşma Ve Malpraktis

Dünya Tabipler Birliğine göre tıbbi hata hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır. Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri'nin 13. Maddesinde hekimliğin kötü uygulaması (malpraktis); bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi olarak tarif edilmiştir. Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nın 3. maddesinde ise “Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı kullanılmış ve bu kavram; sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum olarak tanımlanmıştır (Temel, 2005 :84).

Tıp mesleğinin icrası sırasında işlenen suçların hukuki niteliğinin, uzlaşma açısından incelenmesi söz konusu suçun uzlaşma kapsamında olup olmadığının belirlenmesinde önemli rol oynar. Kast unsurunun varlığına ve niteliğine göre fiilin uzlaşma kapsamında olup olmadığı belirlenir. Örneğin, Türk Ceza Kanununa göre, taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz. Meğerki taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olmasın (md.89/5). Kasten yaralamada ise sadece yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde mağdurun şikayeti aranır ve uzlaşma kapsamında değerlendirilir (md.86/2).

Malpraktis vakalarının önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması şüphesiz ki, sadece sağlık sunucuları için değil aynı zamanda hastaların ve hukukçuların karşılıklı ortak istekleridir. Ancak, hastaya verilen tıbbi bir zarar neticesinde hasta hekim ilişkisi yerini hukuki çözüm sürecine bırakır. Dolayısıyla, hastalar genellikle malpraktise yönelik dava açma yolunu seçerek istenmeyen sonucun telafisini hukuki alanda giderme gayreti içerisine girerler.

Hâlbuki bu telafinin sağlanmasında en etkili yöntemlerden biri de mağdur ve failin uzlaştırılması olabilir (Balcerzak ve Leonhardt, 2008). Çünkü, bir malpraktis davasının aşağıda sıralanan olumsuz (Forehand, 1999; Meili ve Packard, 1994) yönlerinden sakınmak uzlaşma ile mümkün olabilir.

1. Hekim hasta ilişkisi üzerinde yıkıcı etkisinin olması,
2. Davanın finansal açıdan kişiye yük getirmesi,
3. Kişileri duygusal yönden etkilemesi,
4. Prosedür olarak verimsiz ve ağır işleyen bir davanın zaman kaybına neden olması.

Beklenmedik bir tıbbi hata sonucu malpraktis meydana geldikten sonra sağlık sunucuları tarafından bu durumun ortaya çıkarılmak istenmemesinin birkaç nedeni olabilir. Bunların başında, hukuki ve cezai yaptırımlar gereği suçlanma endişesi vardır. Bu da doktorların hem kendi arasında hem de çevrelerinde kötü bir üne sahip olmalarını sağlar. Çünkü, dava edilen bir doktorun ya da sağlık çalışanının potansiyel olarak suçlu gözüyle bakılmaları mesleki hayatlarını etkileyebilir. Başka bir neden de, dava sonucu aleyhine bir takım finansal yaptırım kararlarının verilmesi düşüncesi olabilir (Berman, 2002; Balcerzak ve Leonhardt, 2008). Buna yönelik JCHAO (2007) tarafından yapılan bir açıklamada, hasta ve hekim arasındaki güven ilişkisinin geliştirilmesi, iletişimin artırılması dava edilme olaylarının azalmasına etkisi olacağı değerlendirilmiştir. Nitekim, uzlaştırma işlemi, davanın yıkıcı etkisi yerine tarafların iletişiminin ve güven ilişkisinin devam ettirilmesini sağlayabilir (Sybblis, 2012). Ayrıca, bir malpraktisin ya da beklenmedik olayın meydana gelmesinden sonra tespit edilerek ve bunların sınıflandırılması hatalardan ders çıkarılmasını sağlar. Sistem içerisinde tıbbi hataların azaltılmasına yönelik tedbirlerin alınması kolaylaştırır ve sonunda hasta güvenliğinin gelişmesine katkı sağlar (JCAHO, 2007).

6. Sonuç Ve Öneriler

Hekimlerin uzlaşma yöntemlerine karşı bir güvensizliği vardır. Bu güvensizliğin nedeni olarak yonteme yeteri kadar aşına olmadıkları gösterilebilir (Dauer, 2005; Lebed ve McCauley, 2005). Alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemlerinin sürecini ve amacını anlatan bir eğitim verilmeksizin hekimler ve diğer profesyonel sağlık sunucuları, özellikle malpraktis davalarında bu yöntemleri davaya alternatif güvenilir bir seçenek olarak görmeyebilirler (Szmania ve ark., 2008 :73).

Tüm çabalara rağmen hekim-hasta uzlaşması sağlanamasa bile uzlaşma için yapılan uyuşmazlık çözümleri sayesinde taraflara uyuşmazlığın altında yatan olasılıkları görmelerine, anlamalarına ve idare edilebilir seviyede olmalarına yardımcı olabilir.

Geleneksel hukuki ve adli yollara başvurmaya kıyasla, uzlaşma sadece ekonomik ve zaman bakımından tasarrufu sağlamaz aynı zamanda hem hasta için hem de sağlık çalışanları için gerek iletişim gerekse kalite ve prestij açısından avantajlar sunabilir.

Sağlık Hizmetlerinde uzlaştırma sürecinin amacı tarafların uzlaşmasını sağlamasının yanı sıra hatalardan ders çıkarma ve aynı hataların gelecekte tekrar oluşmaması için yönetim tarafından gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak şeklinde de düşünülebilir. Böylece uzlaşma



kurumu, hasta-hekim arasındaki güven ilişkisini geliştirerek sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilir.

Sağlık hukukunda sağlık hizmeti sunanların ve alanların arasında meydana gelen uyuşmazlığın dava yolu ile değilde karşılıklı anlaşılarak sıkı bir iletişim kurularak uzlaştırılması hem her iki taraf için daha etkili çözüm önerilerinin ortaya çıkmasını hem de hasta ve sağlık çalışanı arasındaki güven ilişkisinin azalmasının önüne geçilmesini sağlayabilir (Balcerzak ve Leonhardt, 2008).

Uzlaşma, her ne kadar hukuksal bir netice doğursa da, hem birey açısından hem de toplum açısından bir kültürdür, bir anlayış biçimidir. Bu anlayış biçiminin sağlık çalışanı – hasta ilişkisini güçlendirmesi sağlamak ve hukuk davalarının sağlık hizmetlerinde yıkıcı etkisini azaltmak için bu konuya yönelik sağlık kurumlarında kültür oluşturulmalı, sık sık bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Kaynakça

- 1.Adalet Bakanlığı, (2009). *Uzlaşma El Kitabı*, Ankara, s.13.
- 2.AKGÜN, H.S. ve ÖZTÜRK, A. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini*”, *Modern Hastane Yönetimi*. Cilt 6 Sayı:2.
- 3.ASLANTEKİN, F., GÖKTAŞ B., ULUŞEN M., ERDEM R. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6.
- 4.BALCERZAK, GA. and LEONHARDT, KK. (2008). *Alternative Dispute Resolution in Healthcare*, Journal of Patient Safety and Quality Healthcare, July/August 2008, s.53-68.
- 5.BEKAROĞLU Ş. (2005). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma*, Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (9), 18-32
- 6.BENESCH, K. (2011), *Why ADR and Not Litigation For Healthcare Disputes?* , Dispute Resolution Journal August, 1-7.
- 7.BERMAN, S. (2002), *Reporting outcomes and other issues in patient safety: An interview with Albert Wu*. Journal on Quality Improvement, April-28, s.197-204.
- 8.BROWN, H. ve SIMANOWITZ, A, (1995). *Alternative Dispute Resolution and Mediation*, Journal of Quality and Healthcare, 1995 (4) :151-158.
- 9.CENDEL, N. ve ZAFER, H. (2008). *Ceza Muhakemesi Hukuku*, Beta Yayıncılık, 6.Bası, Kasım 2008.
- 10.CURRIE, CM. (1998), *Mediation and Medical Practice Disputes*, Journal of Conflict Resolution Quarterly, Spring 1998, Vol.15 issue 3, page: 215-226.
- 11.DEMİRCAN, YT (2006). *Diş Hekiminin Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumlulukları*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü İstanbul.
- 12.DERYAL, Y. (2006). *Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması*, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 3, Sayı 2 (Özel Sayı), s.101-147.
- 13.FOREHAND, S. (1999), *Helping the Medicine Go Down: How a Spoonful of Mediation Can Alleviate the Problems of Medical Malpractice Litigation*, 14 Ohio State Journal of Dispute Resolution, p.907.
- 14.GIBSON, K. (1999). *Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible?* Hastings Center Report, (29), pages 6–13.
- 15.GITCHELL, RL and PALTTNER, A (1999). *Mediation: A Viable Alternative to litigation for Medical Malpractice Cases*, *DePaul University DePaul Journal of Health Care Law*, Spring 1999, p.443
- 16.GUTEK, B.A. and WELSH, T. (2000). *The Brave New Service Strategy: Aligning Customer Relationships, Market Strategies, and Business Structures*. AMACOM, New York: 62.

- 17.HICKSON, GB., CLAYTON, EW., GITHENS, PB., and SLOAN, FA. (1992), *Factors That Prompted Families to File Medical Malpractice Claims Following Perinatal Injuries*. Journal of the American Medical Association, 1992,267 (10), 1359-1363.
- 18.HUYCKE, LI, and HUYCKE, MM. (1994), *Characteristics of Potential Plaintiffs in Malpractice Litigation*. Annals of Internal Medicine, 1994, 120 (9), 792-798.
- 19.İPEK, Aİ. ve PARLAK, E. (2011). *Ceza Muhakemesinde Uzlaşma*, Adalet Yayınevi, 2.Baskı, Ankara.
- 20.Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2007). *Disclosing medical errors: A guide to an effective explanation and apology*. Oak Park, IL: Joint Commission Resources.
- 21.JOSEPH, DM (1995) *The role of health care ADR (Alternative Dispute Resolution) in reducing legal fees*”, Journal of Physician Executive [Physician Exec] 1995 November, Vol. 21 (11), pp. 26-30.
- 22.KARAASLAN, E. (2007). *Ceza Yargılamasında Uzlaşma*, Adalet Dergisi, Eylül 2007, ss.29.
- 23.KAVRAKOĞLU, İ.(1993). *Türkiye'nin Çağı Yakalama Fırsatı ve Toplam Kalite*, Bizden Haberler Dergisi, Toplam Kalite Özel Eki, İstanbul, 1993, s.4.
- 24.LEBED, MR., and McCAULEY, JJ. (2005) *Mediation Within the Health Care Industry: Hurdles and Opportunities*. Georgia State University Law Review, 2005, 21(4), 911–929.
- 25.LIANG, B. ve SMALL, S. (2003), *Communicating about Care: Addressing Federal-State Issues in Peer Review and Mediation to Promote Patient Safety*, Houston Journal of Health Law & Policy, p.219-240.
- 26.LIEBMAN, CB and HYMAN, CS (2005), *Medical Error Disclosure, Mediation Skills and Malpractice Litigation: Demonstrate Project in Pennsylvania*, The report printed in the United States of America, p 2-72.
- 27.MARSHALL, P. and ROBSON, R. (2003). *Conflict Resolution in Healthcare: An Overview*, Legal Focus on Risk & Insurance Strategies, Volume 7 No:10, p.74-83.
- 28.MAY, M. L., and STENGEL, D. B.(1990), *Who Sues Their Doctors? How Patients Handle Medical Grievances*. Law G Society Review, 1990,24 (11, 105-120).
- 29.MEIERHENRICH, J. (2008), *Varieties of Reconciliation*, Law and Social Inquiry vol:33, Issue 1, 195-231, Winter 2008. Pages: 195-210.
- 30.MEILI, S. ve PACKARD, T. (1994), *Alternative Dispute Resolution in a New Health Care System: Will It Work for Everyone?*, 10 Ohio State Journal on Dispute Resolution 23, 26 (1994).
- 31.MULDREW, C. (1996), *The Culture of Reconciliation: Community and the Settlement of Disputes in Early Modern England*, The Historic Journal (39):915–942.
- 32.ÖZBEK, M.S. (2004). *Alternatif Uyuşmazlık Çözümü*, Ankara 2004.
- 33.ÖZBEK, VÖ (1999). *Ceza Hukukunda Suçtan Doğan Mağduriyetin Giderilmesi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- 34.ÖZBEK, M.S. (2013). *Alternatif Uyuşmazlık Çözümü*, Yetkin Basım Yayın Dağıtım, Ankara, s.555.

- 35.ÖZMUMCU, S. (2013). *Uzak Doğu'da Arabuluculuk Anlayışı ile Türk Hukuk Sisteminde Arabuluculuk Kurumuna Genel Bir Bakış*, On İki Levha Yayıncılık, 3.Baskı İstanbul, Nisan 2013: 260.
- 36.ÖZTÜRK, B. ve ERDEM, M. (2006). *Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku*, 9. Baskı, Seçkin Yayınevi, Ankara.
- 37.SOMMERS, P.A. (1984). *Malpractice Risk and Patient Relations*, Journal of the National Medical Association, Vol.76, No:10, s.953-956.
- 38.SOYGÜT ARSLAN, MB. (2008). *Türk Ceza ve Ceza Usul Hukukunda Uzlaşma Kurumu*, Galatasaray Üniversitesi Yayınları, 1. Basım, İstanbul 2008.
- 39.SYBBLIS, S. (2012), *Mediation in the Health Care System: Creative Problem Solving*, Pepperdine Dispute Resolution Law Journal, Vol.6, Iss.3, Art.6.pages: 493-517.
- 40.SZMANIA, S.J, JOHNSON, A.M. and MULLIGAN, M. (2008). *Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice: A Survey of Emerging Trends and Practices*, Conflict Resolution Quarterly, vol. 26, no. 1, Fall 2008, Wiley Periodicals, Inc. and the Association for Conflict Resolution, pages 71-87.
- 41.TEMEL M. (2005). *Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis*, Hemsirelik Forum Dergisi, 2005; 84-90.
- 42.TENGİLİMOĞLU, D. (2011). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2011.
- 43.TENGİLİMOĞLU, D. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi: Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon, Belgelendirme ve Kalite Ödülleri*, Editör: Prof.Dr. Sıdıka KAYA, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2864, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821.
- 44.UZLAŞMA EL KİTABI (Ceza Uyuşmazlıklarında), 2009. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı-Adalet Bakanlığı, Ankara. ss.3.
- 45.VINCENT, C., YOUNG, M., and PHILLIPS, A. (1994), *Why Do People Sue Doctors? A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action*. Lancet, 1994,343 (8913), 1609-1 613.
- 46.YILDIZ, AK. (2005). *Uzlaşma-Şikayet İlişkisi (YTCK m.73)*, Ceza Muhakemesi Hukukunda Uzlaşma, Arıkan Yayınevi İstanbul, s.259-280
- 47.YILDIZ, AK (2010). *Uzlaşma-Şikayet İlişkisi*, Bahçeşehir Üniversitesi Kazancı Hakemli Hukuk Dergisi, Uzlaşma Özel Sayı:1.
- 48.ZUSMAN, Debra E.(1996). *Mediation and Other Alternative Dispute Resolution Methods: An Analysis*, Master of Arts Thesis, Faculty of the School of International Service of the American University, p.29.

HASTA MAHREMİYETİ AÇISINDAN MEDULA SİSTEMİ

Tuba SAYGIN*

Pınar GÜNEŞ**

ÖZET

Uluslararası hukukta olduğu gibi Türk hukukunda da yasal zeminde yer bulmuş olan hasta mahremiyetinin korunması, gelişen tıbbi teknolojilerle birlikte daha karmaşık bir hal almaktadır. Bireylerin yararına olacağı düşünülen bazı gelişmelerin tıbbi etik açısından sorunlar doğurduğu bilinmektedir.

Araştırmada MEDULA sisteminin eczane ve hastane modülleri incelenerek sistemi kullanan sağlık profesyonellerinin hasta mahremiyetine ilişkin duyarlılıklarının ve sistemden kaynaklanan hasta mahremiyeti ihlallerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla bir kamu hastanesinde çalışan 100 sağlık profesyoneli ile Isparta'da faaliyet göstermekte olan 50 eczacı ve ayrıca 195 birey ile görüşülmüştür.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları ve eczacıların %45.3 kadın, %54.7'si erkek, hastaların ise, %60'ı kadın, %40'ı erkektir. Sağlık çalışanları ve eczacıların %33.3 ü hasta hakları ve mahremiyetiyle ilgili herhangi bir çalışma hakkında bilgi sahibidir, %66.7'si ise hiçbir çalışma hakkında bilgi sahibi değildir. Sağlık çalışanları ve eczacıların %44.7'si mezuniyet öncesi ve sonrası hasta mahremiyeti hakkında eğitim almış, %55.3' ü ise eğitim almamıştır. Sağlık çalışanları ve eczacıların %43'ü MEDULA sisteminde daha zırhlı bir koruma sisteminin oluşturulması gerektiği ifadesi için "kesinlikle katılıyorum" seçeneğini işaretlemiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Mahremiyeti, MEDULA Sistemi, Hasta Hakları.

*Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tubasaygn@gmail.com.

** Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Mezun Öğrencisi, pinar.gunes92@gmail.com.

MEDULA SYSTEM IN PATIENT PRIVACY

ABSTRACT

Patient privacy which has taken place at Turkish Law as International Health Law has being more complex issue with technological improvements. Some of these improvements which is thought that is useful for people cause lots of problems with regards to medical ethics.

In this study pharmacy and hospital modules of MEDULA has investigated and it is aimed that to determine sensibility of healthcare professionals. It is also aimed that to identify violation of patient privacy. For these aims 100 healthcare professionals are working at a public hospital, 50 pharmacists are working at Isparta, and 195 patient had met face to face.

Some important findings are these: 45.3% of healthcare professionals and pharmacists are women and 54.7% of healthcare professionals and pharmacists are men. 60% of patients are women and %40 of patients are men. 33.3% of healthcare professionals and pharmacists said they knew any study about patient safety on the other hand 66.7% of healthcare professionals and pharmacists said they don't know. 44.7% of healthcare professionals and pharmacist said they didn't take any education about patient privacy and 55.3% of healthcare professionals and pharmacists said they took during or after the graduation. 43% of healthcare professionals and pharmacists said "I definitely agree" for the statement about the system of MEDULA needs more powerful defense system.

Key Words: Patient Privacy, Patient Safety, MEDULA System.

1. Giriş

Hastanın mahremiyet hakkı ilk kez, Hammurabi Kanunlarında (Çobanoğlu: 148); bilinen ilk hekim andı İmhotep Andı'nda ve Hintli Hekimlerin Andı'nda yer almıştır (Sert, 2008: 83). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 8. maddesine göre: *Herkes, özel ve aile yaşamına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.* Ayrıca, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak Amsterdam Bildirgesi, Bali Bildirgesi ve Dünya Tabipler Birliği Kalite Bildirgesi'nde geçen ifadeler ile de hastanın mahremiyet hakkı koruma altına alınmıştır. Ancak dünyada meydana gelen teknolojik ve politik değişimler sonucunda hastanın mahremiyetinin, özel bilgilerinin korunması konuları sağlık hukukunun önemli problemlerinden biri haline gelmiştir.

1.1. Hastanın Mahremiyet Hakkı

Türkiye'de uluslararası hukuktaki gelişmeleri takiben, hasta hakları ve özelde mahremiyet hakkı ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları yönetmeliği 21. maddeye göre: *“Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin*

korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.”

9 Aralık 2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 5013 sayılı Kanun ile yürürlüğe giren Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesinde de “Herkes, kendi sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.” denilmek suretiyle hastanın mahremiyet hakkı koruma altına alınmıştır. Kişisel verilerin kaydedilmesi ve işleme tabi tutulmasında hukuka ve dürüstlük kuralına uygunluk esasına uyulması gerekmektedir (Deryal, 2012: 56).

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hekim ve hasta arasındaki ilişki sebebiyle, bedensel, düşünsel ve kişisel verileri içeren bilgilerin mahremiyeti söz konusudur (Çobanoğlu, 2009:148). *Özel yaşam ya da mahremiyet hakkı, kişilerin yalnız başına kalabildikleri, istedikleri gibi düşünüp davranabildikleri, başkalarıyla hangi yer, zaman ve koşullarda ne ölçüde ilişki ve iletişim kuracaklarına bizzat kendilerinin karar verebildikleri alan üzerinde sahip olunan hak* (Yüksel, 2003: 182) şeklinde tanımlanmıştır. İnsan haklarının doğal bir sonucu olan hasta mahremiyetinin korunması, bireylerin sağlık sistemine ve hekimlerine güvenmeleri açısından oldukça hassas bir konudur.

1.2. MEDULA Sistemi

MEDULA, Genel Sağlık Sigortası Web Servisleri Kullanım Kılavuzunda da, Genel Sağlık Sigortası ile sağlık tesisleri arasında sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplamak, hizmetlerin ödenmesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünleşik sistemi olarak tanımlanmıştır. Bu web servisi ile müstahaklık sorgusu yapabilmekte, hasta kabul ve sevk işlemleri yapılabilmektedir. Bir sağlık tesisi hastayı başka bir sağlık tesisine sevk etmek isterse bu web servisini kullanır. Sağlık tesisi hastaya verdiği hizmetin, hasta için kullandığı tıbbi malzemenin ve ilaçların masraflarını geri ödeme kurumuna bu web servisi ile bildirir. MEDULA; e-eczane, e-optik ve e-hastane ile oluşur. E-Eczane sistemi eczacılara yönelik olarak hazırlanmış bir reçete giriş sistemidir. Sisteme SGK tarafından verilen kullanıcı adı ve şifreyle girilebilmektedir. Sitemizde eczane servisine kolay erişim imkânı sağlar. E-Optik sistemi optisyenlere yönelik olarak hazırlanmış bir giriş sistemidir. Sisteme Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından verilen kullanıcı adı ve şifreyle girilebilmektedir. E-hastane; hasta kabul, hizmet kayıt, fatura bilgisi kayıt ve rapor bilgisi kayıttan oluşur (<http://medulamedula.com/medula>, E. T. 08.07.14).

MEDULA sisteminde hastaların kişisel bilgilerinin yanı sıra yararlandıkları sağlık hizmetleri ve kullandıkları ilaçların bilgileri de yer almaktadır. Bu bilgiler ilaç firmaları ve sigorta şirketleri için çok önemli bilgiler olup, bu bilgilerin güvenliğinin nasıl sağlanacağı konusunda ve bu bilgilere erişimin kolay olmasının hasta mahremiyeti ihlallerinin önünü açacağına dair endişeler mevcuttur. Dolayısıyla sistemin güvenliğinin sağlanması konusunda yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, MEDULA sisteminin eczane ve hastane modülleri incelenerek, sistemi kullanan sağlık personelinin hasta mahremiyetine ilişkin duyarlılıklarının ve sistemden kaynaklanan hasta mahremiyeti ihlallerinin belirlenmesidir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma kapsamında Isparta'da bir devlet hastanesi çalışanlarından 100 kişi ve 195 hasta ile, ayrıca Isparta il merkezinde faaliyet gösteren 50 eczacı ile görüşülmüştür.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan anketler, detaylı bir yazın incelemesi sonucunda, konuyla ilgili olarak daha önce yapılmış araştırmalarda kullanılan anketlerde yer alan soruların uzman görüşleriyle seçilmesi yoluyla oluşturulmuştur. Anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile sağlık çalışanlarına ve hastalara ayrı anketler uygulanmıştır.

3. Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ait bilgiler, Tablo 1’de yer almaktadır:

Tablo 1: Demografik Özellikler

Demografik Özellik	Sağlık Çalışanları		Hastalar	
	N	%	N	%
Cinsiyet				
Kadın	68	45.3	117	60
Erkek	82	54.7	78	40
TOPLAM	150	100.0	195	100
Yaş				
20-30	30	20	99	50.8
30-40	94	62.7	75	38.4
40-50	26	17.3	21	10.8
TOPLAM	150	100.0	195	100.0

Tablo 1’den anlaşıldığı üzere, katılımcı sağlık çalışanlarının %45.3’ü kadın, %54.7’si erkektir. Katılımcı hastaların ise, % 60’ı kadın, %40’ı erkektir. Katılımcı sağlık çalışanlarının %20’si 20 ila 30 yaş grubunda, %62.7’si 30 ila 40 yaş grubunda ve %17.3’ü 40 ila 50 yaş grubundadır. Katılımcı hastaların ise, %50.8’i 20 ila 30 yaş grubunda, %38.4’ü 30 ila 40 yaş grubunda ve % 10.8’i 40 ila 50 yaş grubundadır.

Sağlık çalışanlarına hasta mahremiyeti hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yöneltilen Evet/Hayır sorularının cevaplarına Tablo 2’de yer verilmiştir:

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Hakkındaki Bilgi Düzeyi

No:	İfade	E	%	H	%	T
1.	Dünyada hasta hakları ve mahremiyetiyle ilgili bir çalışma biliyor musunuz?	50	33.3	100	66.7	150
2.	Hasta hakları ile ilgili mezuniyet öncesi ve/veya sonrası eğitim aldınız mı?	67	44.7	83	55.3	150
3	Resmi gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliğini okudunuz mu?	69	46	81	54	150
4.	Hastalarınızın kişisel bilgilerinin yeterince güvende olduğunu düşünüyor musunuz?	55	36.7	95	63.3	150
5.	Hasta hakları ve mahremiyetiyle ilgili hayatınızın bir sürecinde sorun yaşadınız mı?	37	24.7	113	75.3	150
6.	1 Ocak 2013'ten itibaren özel sağlık kuruluşları ve muayenehanelerinde çalışan tüm hekimlerin hastalarına ait tıbbi bilgilerin elektronik ortamda kaydedilmesi zorunluluğunu içeren düzenlemeyi doğru buluyor musunuz?	50	33.3	100	67.3	150
7.	Hastanın kişisel bilgilerine ulaşmak suretiyle hastaya maddi ve manevi her türlü zararı veren hekim veya sağlık personelleri cezai müeyyidelere tabi tutulmalı mıdır?	104	69.3	46	30.7	150

Tablo 2’de görüldüğü üzere, sağlık çalışanlarının %66.7’si dünyada hasta hakları ve mahremiyeti ile ilgili bir çalışma bilmediğini ifade etmiştir. Hastane çalışanlarının sadece %33.3’ü hasta hakları ve mahremiyeti ile ilgili bir çalışma bildiğini ifade etmiştir. “Hasta hakları ile ilgili mezuniyet öncesi ve/veya sonrası eğitim aldınız mı?” sorusuna evet cevabı veren sağlık çalışanları, katılımcı sağlık çalışanlarının sadece %44.7’sini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %54’ü Hasta Hakları Yönetmeliğini okumadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sadece %36.7’si hastalarının verilerinin güvende olduğunu düşündüğünü belirtmişken, “Hasta hakları ve mahremiyetiyle ilgili hayatınızın bir sürecinde sorun yaşadınız mı?” sorusuna evet cevabı veren sağlık çalışanı oranının %24.7 olması ilgi çekicidir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına 1 Ocak 2013’ten itibaren yürürlüğe konulan özel sağlık kuruluşları ve muayenehanelerinde çalışan tüm hekimlerin hastalarına ait tıbbi bilgilerin elektronik ortamda kaydedilmesi zorunluluğunu içeren düzenleme hakkındaki görüşleri sorulmuş olup katılımcı sağlık çalışanlarının sadece %33.3’ü düzenlemeyi doğru bulduğunu ifade etmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğuna (%69.3) göre, Hastanın kişisel bilgilerine ulaşmak suretiyle hastaya maddi ve manevi her türlü zararı veren hekim veya sağlık personelleri cezai müeyyidelere tabi tutulmalıdır.

Sağlık çalışanlarının MEDULA Sistemi ve hasta mahremiyeti hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla kendilerine yöneltilen 5’li Likert ölçeği ile hazırlanmış (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum’u ifade etmek üzere) sorulara verilen cevapların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3’te yer almaktadır:

Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının MEDULA ve Hasta Mahremiyeti Hakkındaki Görüşleri

No:	İfade	\bar{x}	ss
1.	Hastanın sağlık durumu, tanısı, tedavisi ve kişiye özel tüm bilgiler ölümünden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.	4.77	0.58
2.	Sağlık çalışanları sır saklama yükümlülüğüne uymak zorundadır.	4.54	0.70
3.	Kendimize bile söylemek istemediğimiz sırlar MEDULA da yer almaktadır.	4.50	0.55
4.	Ölüm olayı mahremiyetin bozulma hakkını vermez.	4.16	1.35
5.	Hasta mahremiyeti halkın yararı için korunmalıdır.	4.62	0.59
6.	Hastane yöneticileri hasta mahremiyetine özen gösteren bir düzenleme yapabilmelidir.	4.34	0.65
7.	Tıbbi kayıtlar hastanenin değil hastanın mülkiyetinde olmalıdır.	4.36	0.70
8.	MEDULA sisteminde daha zırlı bir koruma sisteminin oluşturulması gerektiğini düşünüyorum.	4.11	1.17
9.	Bir sağlık çalışanı olarak hastaların kişisel bilgilerini görmekten rahatsızlık	3.94	0.93
10.	Hasta MEDULA sistemi içerisindeki kişisel bilgilerine kendi belirleyeceği bir şifre ya da parmak izi sistemiyle girmelidir.	3.88	0.71
11.	Sağlık Bakanlığının hasta bilgilerinin güvenliği hakkında elinden gelen çabayı gösterdiğine inanıyorum.	3.86	1.29
12.	Kamu hastanelerinde mahremiyet hakkı daha çok ihlal ediliyor.	3.24	1.08
13.	Mahremiyetle ilgili çok kapsamlı bir mevzuat olmasına rağmen bu hak ihlal ediliyor.	2.93	1.21

Tablo 3’te yer alan bilgilerden anlaşıldığı üzere, “Hastanın sağlık durumu, tanısı, tedavisi ve kişiye özel tüm bilgiler ölümünden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.” ifadesi katılımcı sağlık çalışanlarının en yüksek düzeyde katılım gösterdiği ifadedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları, sağlık çalışanlarının sır saklama yükümlülüğüne uymak zorunda olduğunu düşünmektedir (4.54 ± 0.70). “MEDULA sisteminde daha zırlı bir koruma sisteminin oluşturulması gerektiğini düşünüyorum.” ifadesine katılımcı sağlık çalışanlarının katılım düzeyi ortalaması 3.86 ’dır (± 1.29).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının “Sağlık Bakanlığının hasta bilgilerinin güvenliği hakkında elinden gelen çabayı gösterdiğine inanıyorum.” ifadesine katılım düzeyi

ortalamasının 3.86 (± 1.29) olması ilgi çekicidir. Kamu hastanelerinde mahremiyet hakkının daha çok ihlal edildiğine dair ifadeye katılım düzeyi ortalaması diğer ifadelere kıyasla düşük olsa da orta değer (3) üstündedir (3.24 ± 1.08). Ayrıca katılımcı sağlık çalışanları “Mahremiyetle ilgili çok kapsamlı bir mevzuat olmasına rağmen bu hak ihlal ediliyor.” ifadesine 2.93 (± 1.21) düzeyinde katılım göstermişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanı olmayan hastaların hasta mahremiyeti ve MEDULA sistemi hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla, kendilerine yöneltilen Evet/Hayır sorularının cevaplarının dağılımına Tablo 4’te yer verilmiştir:

Tablo 4: Hastaların Hasta Mahremiyeti ve MEDULA Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

No:	İfade	E	%	H	%	T
1.	Hasta hakları konusunda yeterince bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?	33	16.9	162	83.1	195
2.	Hasta olarak haklarınızdan biri veya birkaçı ihlal edildiğinde başvuracağınız merciyi biliyor musunuz?	72	36.9	123	63.1	195
3.	Hasta mahremiyetinizin ihlal edildiğini öğrenirseniz mahkemeler nezdinde hakkınızı arar mısınız?	162	83.1	33	16.9	195
4.	Kaç düşük yaptığının, hamile olup olmadığımız, girdiğiniz depresyonun, aldığınız ilaçların MEDULA’yı kullanan kişiler tarafından bilindiğini biliyor musunuz?	40	18.3	155	81.7	195
5.	Aile hekiminizin kişisel bilgilerinize ulaşması sizde herhangi bir rahatsızlık oluşturuyor mu?	63	32.3	132	67.7	195
6.	Mahrem bilgilerinizin hekim dışındakilerle paylaşılmasını onaylıyor musunuz?	18	9.4	174	90.6	192
7.	Sağlık Bakanlığının sizin tıbbi bilgilerinizi istediğinde kullanabilmesini onaylıyor musunuz?	48	25.4	147	74.6	195
8.	Şikâyet ettiğinizde hizmetten mahrum kalacağınızı düşünüyor ve bu yüzden mahremiyet ihlallerini şikâyet etmekten çekiniyor musunuz?	72	36.9	123	63.1	195
9.	Hastanın kişisel bilgilerine ulaşmak suretiyle hastaya maddi ve manevi herhangi bir zarar veren hekim veya diğer sağlık personeli cezai müeyyidelere tabi tutulmalı mıdır?	186	100	0	0	186

Tablo 4’te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hastaların %83.1’i hasta hakları konusunda yeterince bilgi sahibi olduğunu düşünmediğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcı hastaların %63.1’inin hasta olarak sahip olduğu haklardan birinin ihlal edilmesi durumunda başvuracağı merciyi bilmediğini ifade etmiş olması dikkat çekicidir. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu (%81.7) bazı bilgilerinin (aldıkları ilaçlar vs.) MEDULA sisteminde yer aldığından haberdar değildir.

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (%67.7) aile hekiminin kendilerinin kişisel bilgilerine erişebilmesinden rahatsızlık duymadığını ifade etmiş iken, katılımcı

hastaların %74.6'sının Sağlık Bakanlığının hastaların bilgilerini istediğinde kullanmasını istemediğini belirtmiş olması dikkat çekicidir. Buna paralel şekilde katılımcı hastaların büyük çoğunluğu (%90.6) mahrem bilgilerinin hekim dışındakilerle paylaşılmasını istememektedir. Katılımcı hastaların %63.1'i “Şikâyet ettiğinizde hizmetten mahrum kalacağınızı düşünüyor ve bu yüzden mahremiyet ihlallerini şikâyet etmekten çekiniyor musunuz?” ifadesine hayır cevabı vermiştir. İlgili soruya cevap veren katılımcıların tamamı, mahremiyet hakkını ihlal eden sağlık çalışanlarına cezai yaptırım uygulanması gerektiğini düşünmektedir.

Bireylere yöneltilen ve 5'li Likert ölçeği ile cevaplamaları istenen, hasta mahremiyeti ve MEDULA hakkındaki ifadeler verilen cevapların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5'te yer almaktadır:

Tablo 5: Hastaların MEDULA ve Hasta Mahremiyeti Hakkındaki Görüşleri

No:	İfade	\bar{x}	ss
1.	Her vatandaş mahremiyetine özel yaşamına saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.	4.66	0.66
2.	Sağlık profesyonelleri hasta mahremiyeti konusunda eğitilmelidir.	4.64	0.66
3.	Halkın yararı için hasta mahremiyeti korunmalıdır.	4.55	1.05
4.	Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle yapılmalıdır.	4.53	0.91
5.	Hasta kendi ile ilgili bilgilere kimin ulaşabileceğine karar verebilmelidir.	4.49	0.89
6.	Hasta MEDULA sistemindeki kişisel bilgilerine kendi belirleyeceği bir şifre ya da parmak izi sistemiyle erişmelidir.	4.41	0.82
7.	Sır olan bir bilgi ancak hastanın izni dâhilinde yasal mercilerle paylaşılabilir.	4.21	1.10
8.	Tıbbi kayıtlar hastanenin değil hastanın mülkiyetinde olmalıdır.	3.86	1.08
9.	Muayene ve tedavi benim mahremiyetimi koruyacak şekilde yapılıyor.	3.27	1.15
10.	Doktorumla sorunlarımı paylaşırken utanıyor ve sıkılıyorum.	2.66	1.19
11.	Tıbbi veri bankaları merkezi sistemle değil yerel bir sistemle oluşturulmalıdır.	2.64	0.49
12.	Kişisel bilgi ve verilerimizin yeterince korunduğunu düşünüyorum.	2.64	1.05

Tablo 5'te yer alan bilgilerden anlaşıldığı üzere, hastaların en yüksek düzeyde katılım gösterdiği ifade “Her vatandaş mahremiyetine özel yaşamına saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.” ifadesidir (4.66 \pm 0.66). Sağlık profesyonellerinin mahremiyet hakkı konusunda eğitilmelerine dair ifadeye, hastaların katılım düzeyi ortalaması 4.64 (\pm 0.66)'dır.

Araştırmaya katılan hastaların “Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle yapılmalıdır.” ifadesine katılım düzeyi 4.53 (± 0.91) iken “Muayene ve tedavim benim mahremiyetimi koruyacak şekilde yapılıyor.” ifadesine katılım düzeyinin 3.27 (± 1.15) olması dikkat çekici bir veridir. “Kişisel bilgi ve verilerimizin yeterince korunduğunu düşünüyorum.” ifadesine bireylerin katılım düzeyi ise 2.64 (± 1.05)’tür.

4. Tartışma ve Sonuç

“Dünyada hasta hakları ve mahremiyetiyle ilgili bir çalışma biliyor musunuz?”, “Hasta hakları ile ilgili mezuniyet öncesi ve/veya sonrası eğitim aldınız mı?”, “Resmi gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliğini okudunuz mu?” ifadelerine verilen cevaplardan çalışmaya sağlık çalışanlarının çoğunluğunun hasta mahremiyeti konusunda bilgi alt yapısının yetersiz olduğu anlaşılmaktadır.

“Hastanın kişisel bilgilerine ulaşmak suretiyle hastaya maddi ve manevi her türlü zararı veren hekim veya sağlık personelleri cezai müeyyidelere tabi tutulmalı mıdır?” ifadesine sağlık çalışanlarının %30’u hayır cevabını verirken bireylerin tamamı evet cevabı vermiştir. Sağlık çalışanlarının bir kısmının hastanın kişisel bilgilerine ulaşarak hastaya zarar veren sağlık çalışanlarının cezalandırılmaması gerektiğini düşünmesi, sağlık çalışanlarının tıbbi etik ilkeler konusundaki duyarlılık düzeyini ortaya koyması bakımından olumsuz bir sonuçtur.

“Aile hekiminizin kişisel bilgilerinize ulaşması sizde herhangi bir rahatsızlık oluşturuyor mu?”, “Mahrem bilgilerinizin hekim dışındakilerle paylaşılmasını onaylıyor musunuz?” ve “Sağlık Bakanlığının sizin tıbbi bilgilerinizi istediğinde kullanabilmesini onaylıyor musunuz?” ifadelerine bireylerin verdiği cevaplardan anlaşılmaktadır ki, hastalar çoğunlukla hekimlerinin kişisel verilerini görmelerinden rahatsızlık duymamaktadırlar. Ancak bireyler, kişisel verilerinin hekim dışındaki kişilerce Sağlık Bakanlığınca kullanılmasını istememektedirler.

“MEDULA sisteminde daha zırlı bir koruma sisteminin oluşturulması gerektiğini düşünüyorum.” ifadesine sağlık çalışanlarının katılım düzeyinin yüksek olması (4.11), katılımcı sağlık çalışanlarının MEDULA’nın şu anki haliyle yeterince güvenli olmadığını düşündüğünü göstermektedir.

“Hasta hakları konusunda yeterince bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?” Hasta olarak haklarınızdan biri veya birkaçı ihlal edildiğinde başvuracağınız merciyi biliyor musunuz?” ifadelerine verilen cevaplardan anlaşılmaktadır ki, hastalar hasta hakları konusunda ve haklarının ihlali durumunda yapacakları konusunda yeterince bilgi sahibi değildir.

Ayrıca, “Tıbbi kayıtlar hastanenin değil hastanın mülkiyetinde olmalıdır.” ifadesine sağlık çalışanlarının katılım düzeyi 4.36 iken hastaların katılım düzeyinin 3.86 olması ilgi çekicidir.

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda hasta hakları ve hasta mahremiyetinin korunmasına yönelik olarak ifade edilebilecek öneriler şunlardır:

- Sağlık çalışanları iş hayatına başladıktan sonra hasta mahremiyeti konusunda eğitim almalıdırlar.
- Sağlık çalışanlarının tıbbi etik ilkelere karşı duyarlılığını arttırmak için, sağlık çalışanlarına iş hayatına başladıktan sonra, belirli aralıklarla tıbbi etik ilkeler hakkında eğitimler verilmelidir.
- Bireylerin hasta hakları konusunda ve haklarından herhangi birinin ihlali durumunda yapılması gerekenlerle ilgili olarak bilinçlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından veya sağlık kuruluşları tarafından kampanyalar yürütülmelidir.
- MEDULA sistemi verilerin korunması bakımından daha güvenli bir hale getirilmelidir.
- MEDULA sistemindeki verilerin, tarafından görüntülenebileceği kişiler sınırlanmalıdır.
- MEDULA sistemindeki verilerin, tarafından görüntülenebileceği kişilere hasta mahremiyeti ve sistemdeki bilgilerin paylaşılması konusunda hassas olunmasının zorunluluğuna dair eğitimler verilmelidir.

Kaynaklar

1. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:EN:PDF>, E. T. 08. 07. 14.
2. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak Amsterdam Bildirgesi, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm>, E. T. 08. 07. 14.
3. Bali Bildirgesi, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm>, E. T. 08. 07. 14.
4. ÇOBANOĞLU, Nesrin, (2009), Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Eflatun Yayınevi, Ankara.
5. DERYAL, Yahya, (2012), Sağlık Hukuku Problemleri, Seçkin Kitabevi, Ankara.
6. Dünya Tabipler Birliği Kalite Bildirgesi,
7. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g10/>, E. T. 08. 07. 14.
8. Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/>, E. T. 08. 07. 14.
9. Genel Sağlık Sigortası Web Servisleri Kullanım Kılavuzu, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/0d00b6b7-09aa-41dd-8417-31b069ac76ef/MEDULA_Kullanım_Kilavuzu_20140516_.pdf?MOD=AJPERES, E. T. 07. 07. 2014.
10. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, <http://www.un.org/en/events/humanrightsday/udhr60/declaration.shtml>, E. T. 07. 07. 14.
11. SERT, Gürkan (2008), Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı, Babil Yayınları, İstanbul.
12. YÜKSEL, Mehmet , (2003), [Mahremiyet Hakkı ve Sosyo - Tarihsel Gelişimi](#) , Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 58(1), s. 181-213.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET HABERLERİNE İLİŞKİN İÇERİK ANALİZİ: İNTERNET MEDYASI ÖRNEĞİ

Mahmut AKBOLAT*
Harun KIRILMAZ**
Fatma AYPARÇASI***

ÖZET

Şiddet, genel olarak bir kişinin istismar edildiği herhangi bir eylem, tehdit, gözdağı veya çalışmasını zora sokacak bir saldırı olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma, son dönemlerde sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının Türkiye'nin en çok ziyaret edilen dört internet haber gazetesinde ne kadar yansıtıldığı ve bu gazetelerin olayları görme ve incelemeleri bakımından aralarında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın evrenini Türkiye'de sadece internetten yayın yapan haber gazeteleri oluşturmaktadır. Örneklem olarak dört internet haber gazetesi seçilmiştir. Çalışma 01/01/2012- 31/12/2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada verilere ulaşabilmek için “doktor”, “hemşire”, “112 çalışanı”, “şiddet”, “darp” ve “hastane” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Haber sitelerinden elde edilen veriler içerik analizine tabi tutulmuştur.

Çalışmanın bulgularına göre, şiddet daha çok kamu hastanelerinde görülmektedir. Gazetelerde şiddet uygulayanlara ilişkin bilgilere yer verilmemiştir. Bunun yanında şiddete en çok uğrayanlar erkek sağlık çalışanlarıdır ve olaylar çoğunlukla acil servislerde gerçekleşmektedir. Şiddet çoğunlukla doktorların uyarıları sonrası ve hastanın isteğinin yerine getirilmemesi durumunda ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, şiddet çoğunlukla acil servislerde görülmekte olup; görsel içeriği olmayan haberler internet medyasında yer almamaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin azaltılması için hasta yükünün gözden geçirilmesi, güvenlik görevlilerinin artırılması, sağlık çalışanlarına iletişim ve stres konularında eğitim verilmesinin önemli olduğu ve kamuoyunda farkındalık yaratma bakımından şiddet haberlerinin medyada yayınlanmasının önem taşıdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Şiddet, Sağlık Çalışanları, İçerik Analizi*

*Yrd. Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Öğretim üyesi makbolat@sakarya.edu.tr

**Yrd. Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Öğretim üyesi hkirilmaz@sakarya.edu.tr

***Arş. Gör. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ayparcasi@sakarya.edu.tr

ABSTRACT

Violence is generally defined as any action which a person is abused, threats, intimidation or an attack to complicate work. This work was carried out to determine how increasing violence against health workers recently is reflected in Turkey's four most visited internet news in the newspaper and whether there are any differences in terms of vision and views of events of these newspaper.

The study population constitutes of newspaper in Turkey that only broadcast in Internet. Four Internet newspapers was selected as sample. The study is carried out between 01/01/2012 and 31/12/2013. In order to achieve the data, "doctor", "nurse", "112 employees", "violence", "assault" and "hospital" keywords were used. The data obtained from news sites were subjected to content analysis.

According to the findings of the study, violence is seen more in public hospitals. Information about those who use violence are not included in newspapers. In addition, male healthcare workers are exposed to violence more than female and events often occur in emergency rooms. Violence often arises after warnings of doctors and in the case non-fulfillment of the desire of patients.

As a result, violence is often seen in emergency services; news that they do not have visual content is not included in Internet media. In order to reduce violence towards health care workers, it is considered as important of increasing security guard, training of health care workers in the topic of communication and stress and publication of violence news in terms of creating public awareness.

Key Words: *Violence, Health Workers, Content Analysis*

1. Giriş

Sağlık hizmetinin sunumundan sorumlu olan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet içerikli davranışlar, çalışan güvenliği kapsamındaki önemli sorunlardan biridir. Sağlık çalışanları çalışma ortamı itibariyle stresli ve sorumluluğu yüksek bir işi yapmaktadırlar. Bu da zamanla hizmet alanlarla hizmeti verenler arasındaki ilişkinin derecesinden kaynaklı olarak şiddet içerikli bir hal almasına neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri kendini çok farklı boyutlarda göstermektedir. Fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet şeklinde tezahür eden bu durumların failleri; kimi zaman hastanın kendisi, büyük çoğunlukla da hasta yakını olmaktadır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki şiddet eğilimi hem doğuştan kazanılan hem de öğrenilen bir davranış olmakla beraber insanların isteklerinin yerine gelmemesi, engellenme hissiyle birlikte ortaya çıkan psikolojik durumlarla da ilişkilidir.

Yapılan bu çalışma da şiddetin birbirinden farklı şekildeki tanımlamalarına yer verilmiş şiddet türleri ve bu eylemin ortaya çıkmasıyla ilgili ortaya atılan yaklaşımlar incelenmeye çalışılmıştır. Şiddetin türleri ve üzerinde çalışılan yaklaşımların araştırma argümanlarıyla uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada yazılı ve görsel basının dışında kalan internet medyasının haber kaynakları olan internet haber gazeteleri incelenerek haberler seçilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik haber metinleri şiddeti gören, şiddeti gösteren, şiddetin türü, şiddetin görüldüğü kurumlar, şiddetin nedenleri ve sonuçları şeklinde önceden belirlenmiş kategoriler çerçevesinde analiz edilmiştir.

2. Kavramsal Çerçeve

Çok geniş bir alanda ortaya çıkan ve çeşitli türleri olan şiddet kavramı; yoğunluk derecesi, meydana geliş biçimi ve zamanı gibi çeşitli faktörleri esas alan teorik çerçeve ile izah edilmektedir (Collins, 2008: 1). Her an karşılaşılabilen ve yaşanan bir durum olarak şiddet davranışı, günlük hayatta her alanda gözlemlenebilmektedir. Bu nedenle gündelik yaşamın bir parçası ve pratiği halinde karşımızdadır. Bu bağlamda şiddet insanın olduğu ve yaşadığı her alanda hissedilebilecek bir davranıştır (Kızmaz, 2006: 248).

Kendini çok farklı biçimlerde gösterebilen şiddet olgusu kendisine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak bedensel bütünlüğe karşı dışarıdan sert ve acı verici davranışları ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanmasıdır (Annagür, 2010; Ünsal, 1996; Güleç vd., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet; bir yaralanma ya da yaralanma tehlikesi, ölüm, psikolojik bozukluğa neden olma, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanan bir kişiye kişinin kendi kendine, bir grup ya da topluma kasıtlı olarak güç kullanımı veya tehdididir (WHO, 2002: 30).

Bu tanımlamaların dışında, şiddet kavramının hukuksal açıdan da ele alınmasında fayda vardır (Kocacık, 2001: 2). Şiddetle ilgili davranışlar kanuna uymamak, kişiye zarar vermek, hakaret etmek, huzura son vermek, birinin haklarını çiğneyerek müdahale etmek, zor kullanmak olarak kendini göstermektedir (Erten ve Adalı, 1996: 143).

Şiddet, çatışan çıkarları olan tarafların arasındaki sosyal ilişkilerden kaynaklanmaktadır (Ergil, 2001: 40). Son dönemde araştırmalara konu edilen şiddet veya saldırganlık davranışı biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi hem sosyal bilimlerin hem de fen bilimlerinin pek çok disiplinin çalışmalarında incelenmektedir. Şiddet olgusunun bu disiplinler tarafından incelenmesi ve çözümlenmeye çalışılması bu davranışın çok karmaşık ve çok boyutlu olduğunu göstermektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 46).

Şiddetin boyutları arasında en önemlilerinden biri öfke durumudur. Öfke konusunda yapılan açıklamalara bakıldığında saldırıya uğramak ve tehdit edilmek öfkeye neden olur açıklaması en temel yargılardan biridir. Ele aldığımız bu çalışmanın kapsamı doğrultusunda öfkeye neden olan pek çok durumdan engellenme ve reddedilme durumu önemlidir. Bireyin gereksinimlerinin giderilmesinin engellenmesi buna bağlı yaşanan çaresizlik hali öfkeye neden olduğu gibi bireyin başka birileri tarafından reddedilmesi durumunda yaşanan incinme, çöküntü ve değersizlik hissi sonrası oluşan öfke davranışı şiddetin önemli boyutlarından biri olmaktadır (Özmen: 2006: 51).

Sağlık kurumlarında şiddet; hasta, hasta yakınları, ya da diğer başka bireylerden gelen sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırdır (Saines, 1999; Altıntaş, 2006; Keser ve Bilgin, 2011). Farklı birçok pozisyonda çalışanı içerisinde bulunduran sağlık kurumları da şiddetin yaşandığı alanlardan biri haline gelmiştir. Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin türlerine bakacak olursak fiziksel şiddet, cinsel şiddet, psikolojik şiddet, sözel ve ekonomik şiddet şeklinde farklı durumların oluştuğunu söyleyebiliriz (Ünlüsoy, 2010; Büyükbayram ve Okçay, 2013). Şiddet türleri olgunun çok yönlü olması nedeniyle değişkenlik göstermektedir (TBMM, 2013: 109).

Fiziksel şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici eylemler olarak tanımlanmaktadır. Başkalarına yönelik şiddet eylemleri dışında intihar gibi insanın kendine yönelttiği ve bedensel bütünlüğüne zarar veren eylemler de şiddet eylemleri içerisinde sayılmaktadır (Köknel, 2000: 31). Fiziksel şiddet genel anlamda güçlüden, güçsüze yönelik davranışları içerisinde barındırır. Psikolojik (duygusal) şiddet, kurbanın kendine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, korkutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran kişinin şiddetin mağdurunu kontrol altına aldığı hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türüdür (TBMM, 2013: 110). Psikolojik şiddet türleri arasında küçük düşürme, etnik ayrımcılığa maruz bırakma, yok sayma gibi davranışlar sayılabilir. Yüksek enflasyon oranları, işsizlik düzeyi ve yetersiz sosyal güvenlik olanaklarının bir çeşit ekonomik şiddet olarak değerlendirilmesi mümkündür. Çok düşük düzeydeki ücretler ve kronik enflasyon insanca yaşamı tehdit eder. Bu durum, insanları daha sorunlu ve gerilimli yaptığı için, olağan şiddete de katalizör etkisi yapar ve saldırgan davranışları artırır (Işıker, 2011: 13). Cinsel şiddet; çocuğa, gence, kadına ve diğer bireylere yönelik olarak laf atma, el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varan geniş bir yelpazede gerçekleşen cinsel taciz ve saldırdır (Köknel, 2000:203). Sözel şiddet ise bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret, azarlama, aşağılama şeklinde uygulanan bir şiddet türüdür Toplumsal yaşamda, terbiye ve disiplin amacıyla bir yöntem olarak kullanılan sözel şiddet, bireylerde ruhsal zarara yol açmakta ve şiddet davranışlarına eğilimi artırmaktadır (Işıker, 2011: 15).

Şiddetin karmaşık bir davranış olması tanımlanmasından başlayarak türlerine, nedenlerine dek üzerinde uzun tartışmaların yapıldığını göstermektedir. Şiddet olgusuna ilişkin birçok yaklaşım üzerinde çalışılmıştır. Bu yaklaşımlar faillerin şiddete karşı eğilimlerini açıklamak bağlamında önemlidir. Şiddet olgusuna yönelik üç ana yaklaşım ileri sürülmektedir. Bunlar biyolojik, sosyal öğrenme- taklit ve zedelenme-engellenme-saldırganlık yaklaşımlarıdır (Walter, 1998; Mohr, 2001).

Biyolojik yaklaşım da bireylerde doğuştan, aileden gelen genetik bir kodla birlikte kişinin hormonları ve nörolojik fonksiyonları sonucu şiddete yatkın oldukları savunulmaktadır (Dolu, 2010; Davidson vd., 2000; Annagür, 2010). Biyolojik yaklaşımındaki unsurlar içerisinde bulunan genetik faktörlerin çevresel şartlarla etkileşimi sonucu agresif davranışların oluşabileceği ve bununda şiddet gösterimi olarak dışa vurumunun olacağı şeklinde bir bakış açısı da savunulmaktadır (Yalçın ve Erdoğan, 2013: 409). Suçluların ikiz, evlat edinilmiş çocuklarında ve birinci derece akrabalarda yürütülen çalışmalar şiddetin genetik yönünün önemine işaret edilmektedir (Güleç vd., 2012: 118).

Sosyal öğrenme yaklaşımına göre şiddet diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilebilir veya taklit yoluyla gözlemlenerek öğrenilen bir davranıştır (Bandura, 1986; Dolu, 2010).

Erken yaşta fiziksel ya da cinsel olarak kötüye kullanılmış olanlarda, çocukluğunda aile içi şiddete tanıklık edenlerde erken yaşta anne ve babasını kaybedenlerde şiddet davranışının arttığı gözlenmiştir (Lewis, 2005; Güleç vd., 2012; Yalçın ve Erdoğan, 2013). Ayrıca bireyler şiddeti, öncesinde buldukları bir ortamda sıklıkla karşılaştıkları için tecrübelerinden, insani ilişkilerinden, arkadaş çevresinden, aile bireylerinden, okullarda öğretmenlerinden, medyadan da yazılı ve görsel basından öğrenebilmektedirler (Şimşek, 2012: 125).

Zedelenme-engellenme-saldırganlık yaklaşımına göre, önemli beklentilerin yerine gelmemesiyle yaşanan düş kırıklığı sonucu şiddet davranışı ortaya çıkmaktadır (Berkowitz, 1990: 495). Başka bir ifadeyle insanların saldırgan tepkiler vermesinin öncelikli sebebi olarak engellenme ile karşılaşmaları gösterilmektedir (Eron, 1994; Arslan vd., 2010). Engellemeler, yerine getirilemeyen sorumluluklar karşısında akılcı olmayan davranış biçimleri olarak da ele alınmaktadır (Gümüş, 2000: 33).

Şiddet eğilimine biyolojik ve genetik faktörlerin, sinir sisteminin, hormonların ve bunların fizyolojisinin, sosyal çevrenin ve bütününde toplumu oluşturan katmanların etkisinin olduğu yadsınamayacak bir gerçektir. Ancak bu faktörlerin hiçbiri tek başına şiddet eğilimini açıklayamamaktadır. Dolayısıyla şiddetin birbirine etki eden faktörlerden oluştuğunu belirtmek gerekmektedir.

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, son dönemlerde sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının Türkiye'nin en çok ziyaret edilen dört internet haber gazetesinde ne kadar yansıtıldığı ve bu gazetelerin olayları görme ve incelemeleri bakımından aralarında bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Türkiye'de sadece internetten yayın yapan haber gazeteleri oluşturmaktadır. Örneklem olarak dört internet haber gazetesi seçilmiştir. Bu internet haber gazeteleri haber7.com, internethaber.com, ensonhaber.com ve trthaber.com'dur (www.alexa.com). Çalışma 01 Ocak 2012 ile 31 Aralık 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri bu haber gazetelerinden elde edilen 142 haberden oluşmaktadır. Araştırmada verilere ulaşabilmek için doktor, hemşire, 112 çalışanı, şiddet, darp ve hastane anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Dört internet haber gazetesinden elde edilen 142 haber içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. Berelson'a göre içerik analizi, iletişimin açık belirgin nesnel, sistematik ve nicel tanımlanmasına yönelik bir araştırma tekniğidir (Gökçe, 2006: 35). İçerik analizi tekniği, önceden belirlenmiş sınıflamalar çerçevesinde belge, doküman veya mülakat kayıtlarının incelenmesini sağlayan “araştırmacıyı toplanan verilere aşına etmekte ayrıca verilerin daha ileri analizler için kullanılmasını da kolaylaştırmaktadır (Geray, 2006: 147; Altunışık vd., 2004: 234).

4. Bulgular

Yapılan bu çalışmada haber7.com, internethaber.com, ensonhaber.com ve trthaber.com internet haber gazetelerinden 01 Ocak 2012 ile 31 Aralık 2013 tarihleri arasında 142 haber seçilmiştir. İçerik analizi uygulamasına tabi tutulan 142 habere ilişkin bulgular alt başlıklar halinde şu şekilde belirlenmiştir.

Tablo 1. İnternet haber gazetelerindeki toplam haber sayıları

İnternet Haber Gazeteleri	Toplam Haber Sayıları
TRTHABER	19
İNTERNETHABER	27
ENSONHABER	48
HABER7	48

İncelemeye alınan haberlerin internet haber gazetelerindeki dağılımında haber7.com ile ensonhaber.com gazetelerinin sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili 48 haberle diğer iki internet haber gazetesine göre daha fazla yer verdikleri belirlenmiştir. Bu haberler aşağıda belirlenen kategoriler içerisinde analiz edilmiştir.

Tablo 2. Şiddet gören sağlık çalışanlarının unvana göre dağılımı

Şiddetin Görenin Unvanı	TRTHABER	İNTERNETHABER	ENSONHABER	HABER7
Doktor	23	26	45	54
Sağlık Personeli	10	13	8	12

Bu kategoride incelemeye alınan haberlerde şiddet gören sağlık çalışanlarının unvanları gösterilmiştir. Elde edilen sayılar ile toplam haberler arasındaki uyumsuzluk dikkate alınmamıştır. Bir haberde birden fazla sağlık çalışanın şiddet gördüğü dolayısıyla birey bazında hesaplama yapılmıştır. Haber7.com gazetesinde yer alan haberlerde 54 doktorun şiddete maruz kaldığı, internethaber.com da ise 13 yardımcı sağlık personelinin şiddet gördüğü belirlenmiştir.

Tablo 3. Şiddet gören sağlık çalışanlarının cinsiyete göre dağılımı

Şiddetin Görenin Cinsiyeti	TRTHABER	İNTERNETHABER	ENSONHABER	HABER7
Kadın	8	14	14	13
Erkek	10	14	24	38
Belirtilmemiş	15	11	15	15

Yapılan analiz çalışmasında haber gazetelerinde yer alan haberlerde en çok erkek sağlık çalışanlarının şiddet gördükleri belirlenmiş olup, haber içerisinde ismi saklanmış olduğu için cinsiyeti konusunda veri bulunamayan sağlık çalışanlarının da toplam içerisinde önemli bir yer tuttuğu görülmüştür.

Tablo 4. Şiddeti gösterenin eğitim seviyesine göre dağılımı

Şiddeti Gösterenin Eğitim Seviyesi	TRTHABER	İNTERNETHABER	ENSONHABER	HABER7
Lise ve altı	0	1	1	1
Üniversite ve üstü	0	0	3	2
Belirtilmemiş	19	22	43	43

Tablo 4’te görüldüğü üzere internet haber gazetelerinin şiddeti gösterenlerin eğitim seviyelerine ilişkin bilgiye haberlerinde yer vermedikleri belirlenmiştir. Ancak haberler içerisinde şiddet gösterenlerin yaşları verilmişse buna uygun düşen eğitim seviyesi belirlenebilmiştir. Bununla birlikte haberlerde bir milletvekilinin, bir askeri personelin ve bir polisin şiddet gösterenler içerisinde yer aldığı belirlenmiştir. Bu bağlamda bakıldığında incelenen dört internet haber gazetesinde şiddet gösterenlere genel anlamda yer verilmediği söylenebilir.

Tablo 5. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin alanlara göre dağılımı

Şiddetin Yaşandığı Alanlar	TRTHABER	İNTERNETHABER	ENSONHABER	HABER7
Olay Yeri	4	5	2	7
Acil	6	10	22	18
Poliklinik	0	5	5	5
Servis	0	3	3	6
Ameliyathane	0	0	2	1
Doğumhane	0	1	1	0
Yoğun Bakım	1	1	1	0
Aile Hekimliği	1	0	3	8
Belirtilmemiş	7	2	9	3

Yapılan incelemeler sonucu elde edilen verilere göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en çok yaşandığı alanlar ve bunların internet haber gazetelerindeki haber dağılımına göre sayıları tablodaki gibidir. En çok şiddet olayının acil servislerde gerçekleştiği en az şiddet olayının yaşandığı yer olarak da kadın doğum servisi, ameliyathane ve yoğun bakım üniteleri olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte şiddet olaylarının geçtiği yerlerin verilmediği haberlerin de sayıca fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kurumlara göre dağılımı

Şiddetin Görüldüğü Kurumlar	TRTHABER	İNTERNETHABER	ENSONHABER	HABER7
Devlet Hastaneleri	10	8	22	21
Özel Hastaneler	2	3	5	5
Eğitim Araştırma Hastaneleri	1	10	12	10
Aile Hekimliği	1	0	3	8

Çalışmanın verilerinin toplandığı dört internet haber gazetesindeki haberler incelendiğinde şiddet olaylarının en çok devlet hastanelerinde gerçekleştiği haberlere yansıtılırken aile hekimliği birimleri ve özel hastanelerde bu olayların görülme sıklığı daha az olmuştur.

Tablo 7. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlere göre dağılımı

Şiddetin Nedenleri	TRTHABER	İNTERNETHABER	ENSONHABER	HABER7
Ambulansın geç gelmesi	0	1	1	3
Doktorun gecikmesi	0	0	0	2
Doktorun uyarısı	1	5	8	9
Yanlış tedavi	0	0	1	1
Ölüm	3	2	4	6
Hastanın isteğinin olmaması	0	4	6	10
İlgisizlik	2	2	6	10
Verilmemiş	15	9	17	14

Yapılan incelemede trthaber.com'dan seçilen haberlerin büyük kısmında şiddetin nedenlerine değinilmemiştir. Bunun yanında haber7.com'dan seçilen haberlerde şiddetin nedenleri haber metinleri içerisinde yer almış olup en çok doktor uyarısı ve hastanın isteğinin sağlık çalışanları tarafından yerine getirilmemiş olması şiddet eylemlerinin en büyük nedenleri olarak belirlenmiştir. Dört haber gazetesinin haberleri incelendiğinde nedeni belli olmayan şiddet olaylarının da haberlerde yer aldığı belirlenmiştir.

Tablo 8. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin türüne göre dağılımı

Şiddetin Sonucu	TRTHABER	İNTERNETHABER	ENSONHABER	HABER7
Darp	12	21	25	30
Silahlı tehdit	5	2	3	10
Hakaret ve saldırı	11	6	9	31
Yaralama	6	8	9	11
Ölüm	1	2	1	2

Ele alınan incelemede sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin türünü bakıldığında iki doktorun yaşanan şiddet sonrası hayatlarını kaybettikleri, darp, hakaret ve saldırı olaylarının yoğun yaşandığı buna bağlı olarak ağır yaralanmaların meydana geldiği belirlenmiştir. Haber7.com'un haber metinleri içerisinde şiddetin sonuçlarına yönelik diğer üç internet haber gazetesinden daha çok bilgi verdiği gözlenmiştir.

5. Değerlendirme Ve Sonuç

İnsan davranışında şiddet artarak devam eden bir olgudur. Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları da medya aracılığıyla toplumun gündemine girmektedir. Yaptığımız incelemede sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları incelenmiştir. İncelemede basılı ve görsel medyanın dışında iletişim çağının en önemli alanı haline gelen internet medyası ele alınmıştır. Anlık haber ve durum paylaşımının sağlandığı bu sanal mecrada her an habere ve olaylara ulaşmak mümkündür. Hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakaları ile özellikle internet medyasındaki gelişmelerin paralellik arz ettiği görülmekte; internet ve diğer iletişim olanakları ile şiddet vakalarının görsel olarak paylaşılması veya çeşitli sosyal medya araçları ile dolaşıma sokulmasının kitlesel bir duyarlılık oluşturduğu düşünülmektedir (Demir, 2014: 80). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının internet haber gazeteciliğine ne kadar yansıdığı belirlendiği bu çalışmada

haber7.com'dan 48, ensonhaber.com'dan 48, internethaber.com'dan 29 ve trthaber.com'dan 19 haber seçilerek önceden belirlenmiş kategoriler çerçevesinde analiz edilmiştir.

Şiddet gören sağlık çalışanlarının unvana göre dağılımı doktor ve sağlık personeli olarak iki kategoride ele alınmış olup; doktor kategorisinde öğretim üyeleri, uzman doktorlar ve pratisyen hekimler sayılırken; sağlık personeli kategorisi altında hemşire, 112 çalışanı, ambulans şöförü, sağlık memuru sayılmıştır. Haberlerde 148 doktorun, 43 sağlık personelinin şiddete maruz kaldığına yer verilmiştir. Bunların 49'u kadın, 86'sı erkek ve 56'sının ise ismi haber metinlerinde açık yazılmadığı için cinsiyeti belirlenememiştir. Buna göre ele aldığımız çalışmada erkeklerin şiddete uğradıkları belirlenmiş olup bu haberlere internet haber gazetelerinin daha çok yer verildiği saptanmıştır. Ayrancı vd. (2002)'nin Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da 1071 sağlık çalışanıyla yaptıkları kapsamlı çalışmalarında erkek çalışanların %48'i, kadın çalışanların ise %52,5'nin şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Samsun'da yapılmış bir çalışmada da hemşirelerin %90'ının, doktorların %71,4'ünün şiddete uğradığı en sık pratisyen doktorların sonrasında hemşirelerin şiddet gördüğü (Gökçe ve Dünder, 2008); Erkol vd. (2007)'nin yaptıkları çalışmada da doktorların %96,7'sinin ebe hemşirelerin %81,8'nin yüksek düzeyde şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Ele aldığımız haber metinlerinde erkek çalışanların şiddete uğrama sıklıklarının kadınlardan daha fazla yer almasının nedeni olarak erkek çalışanların genelinin doktor olması, hastaya müdahale, teşhis ve tedaviden sorumlu olmaları söylenebilir. Ayrıca kadınların şiddet görme risklerinin erkeklerden fazla olması sebebiyle medyanın farklı olanı yansıtmaya çabası da erkeklerin haber metinlerinde yer almasına neden olmaktadır.

İncelenen haber metinlerinde şiddet gösterinin durumuna ilişkin net bilgilere yer verilmediği, bazen sadece yaşı, bazen de cinsiyetinin verildiği saptanmıştır. Farklı olarak ekonomik seviyesi ortalamanın üzerinde ya da bulunduğu pozisyon nedeniyle mesleği hakkında bilgiler verildiği belirlenmiştir. Haber gazeteleri incelendiğinde ensonhaber.com ve haber7.com'dan toplamda 5 haberde şiddet gösterenlerle ilgili açık bilgilere ulaşılmıştır. Bunlardan biri milletvekili, biri polis memuru diğeri ise astsubay olduğu görülmüştür. Bunun dışında kalan diğer haberlerde herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır.

Yapılan analiz çalışmasında şiddetin meydana geldiği alanlar incelendiğinde olayların büyük çoğunluğunun acil servisler başta olmak üzere, hastaya ilk müdahalelerin gerçekleştiği olay yerleri, aile hekimliği birimlerinde en çok meydana geldiği belirlenmiştir. Haber metinlerinde olayın nerede gerçekleştiği belirlenemeyen veya bilgisine yer verilmeyen 21 haber metni saptanmıştır. Sucu vd. (2007), Ayrancı vd. (2006), Şenuzun ve Karadakovan (2005)'in yaptıkları çalışmalarda, ele aldığımız çalışmaya paralel olarak şiddetin en sık yaşandığı birim olarak acil servisler bulunmuştur.

Şiddet olaylarının kurumlara göre dağılımına bakıldığında şiddet olaylarının en sık devlet hastanelerinde daha sonra da eğitim ve araştırma hastanelerinde görüldüğü belirlenmiştir. Devlet hastanelerinin ve birinci basamak sağlık kurumlarının ekonomik güçlükler, yetersiz tedavi olanakları sunmaları, uzun bekleme süreleri, kalabalık insan topluluklarının bulunması, alt gelir grubunun daha çok tercih ettiği hastaneler olması nedeniyle şiddet olaylarının daha sık yaşandığını söylemek mümkündür.

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma nedenleri incelendiğinde doktorun hasta veya hasta yakınına müdahale veya muayene esnasında uyarması şiddete neden olan durumlar

arasında belirlenmiş olup, hastanın isteğinin sağlık çalışanları tarafından yerine getirilmemesi de şiddet olaylarının yaşanmasına sebep olmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastaya karşı ilgisiz davranması veya hastanın vefat etmesiyle birlikte hasta yakınlarının şiddet gösterdikleri belirlenmiştir. Şiddetin neden meydana geldiğine yönelik herhangi bir bulgunun yer almadığı haber metinlerinin fazlalığı da dikkat çekici olmuştur. Özellikle hastanın isteğinin yerine getirilmemesi sonucu oluşan şiddet olaylarının çalışmamızın başında belirttiğimiz engellenme, düş kırıklığı teorisiyle örtüşmüş olup teoriyi doğrular bir nitelik kazanmıştır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sonuçlarına yönelik elde edilen bulgulara göre, iki doktorun yaşanan şiddet olaylarında hayatını kaybettiği belirlenmiş olup, darp olaylarının daha çok yaşandığı bununla birlikte silahlı tehdit ve buna bağlı olarak yaralanmaların da gerçekleştiği saptanmıştır. Balcı vd. (2011)'nin yaptıkları bir çalışmada en çok karşılaşılan şiddet türünün psikolojik ve sözlü şiddet veya hakaret ve fiziksel saldırı olduğu belirlenmiştir. Pala ve Engindeniz (2004)'in Bursa'da yaptıkları çalışmalarında da sağlık çalışanlarının en fazla fiziksel şiddete uğradıkları, Alçelik vd. (2005)'nin Düzce'de yaptıkları bir çalışmada da hemşirelerin %60,3'nün şiddete maruz kaldıkları bunların %92,2'nin sözlü şiddet gördükleri saptanmıştır. Bu çalışmalar, ele aldığımız incelemede şiddetin sonuçlarının farklı ve değişken olabileceğini, yaşanan şiddetin bütün sağlık çalışanlarını etkilediğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutlarının internet haber gazetelerine ne kadar yansıdığına ilişkin yapılan bu çalışma da hazırlanan haber metinlerinde haber yazma kurallarından olan 5N-1K kuralına büyük çoğunluğuyla uyulmadığı görülmüş olup bunun kamunun tam haber alma hakkında bir eksiklik yarattığı buna bağlı olarak iletişim sürecinin olması gerekenin altında gerçekleştiği belirlenmiştir. Ancak bu durumda bile sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili haberlere yer verilmesi toplumda bu konuya farkındalığın artması noktasında da önemli olmuştur.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerine bakıldığında doktor uyarıları ilk sırada gelmektedir. Bu da doktor- hasta ilişkilerinde iletişimin önemli olduğunu, karşılıklı olarak bir empati halinin kurulması gerekliliğini, sağlık çalışanlarının stres yönetimi ve iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Sağlık çalışanlarına kişilerarası ilişkiler ve iletişim konusunda eğitim verilmesinin, hastanelerde yaşanan şiddet vakalarını önemli ölçüde azaltacağı kabul edilmektedir (Demir ve Demir, 2009: 63). Yine bu çalışma yönetim birimlerinin sağlık çalışanlarının güvenliği noktasında eksiklikleri gidermesi gerektiğini göstermiştir.

Kaynaklar

1. Alçelik, Aytekin - Deniz, Fatih - Yeşilday, Nuray - Mayda, Atilla Senih - Ayakta Şerifi, Berna (2005), “AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 4(2), s. 55-65.
2. Altıntaş, Nevin (2006), **Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
3. Altunışık, Remzi - Coşkun, Recai - Bayraktaroğlu, Serkan - Yıldırım, Engin (2004), **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**, Sakarya Kitapevi, Adapazarı.
4. Annagür, Bilge (2010), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, 2(2), s. 161-173.
5. Arslan, Coşkun - Hamarta, Erdal - Arslan, Emel - Saygın, Yeliz (2010), “Ergenlerde Saldırganlık ve Kişilerarası Problem Çözmenin İncelenmesi”, **İlköğretim Dergisi**, 9(1), s. 379-388.
6. Ayranç, Ünal - Yenilmez, Çınar - Günay, Yasemin - Kaptanoğlu, Cem (2002), “Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 3, s. 147-154.
7. Balcı, Elçin - Gün, İskender - Şenol, Vesile - Yağmur, Fatih - Öksüzkaya, Ahmet (2011), “Bir Grup Başkanlığı Bölgesinde Sağlık Personelinin Şiddete Maruziyetleri ve İş Memnuniyetleri”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 10(1), s. 13-18.
8. Bandura, Albert (1986), **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory**, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
9. Berkowitz L. (1990), “On The Formation and Regulation of Anger and Aggression”, **American Psychologist**, 45, s. 494-503.
10. Büyükbayram, Ayşe ve Okçay, Hale (2013), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler”, **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**, 4(1) s. 46-53.
11. Collins, Randall (2008), **Violence: A Micro-Sociological Theory**, Princeton University Press, Princeton.
12. Davidson, R. - Putnam K.M. - Larson C.L. (2000), “Dysfunction in the Neural Circuitry of Emotion Regulation: A Possible Prelude to Violence”, **Science**, 289, s. 591-594.
13. Demir, Bayram (2014), “Sağlık personeline yönelik şiddet duracak mı?”, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Sayı 30, s. 80-81.
14. Demir, Bayram ve Demir, Mehmet (2009), “Hastanelerde gerilim / çatışma / şiddet ve çözüm yolları”, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Sayı 12, s. 58-63.
15. Dolu, Osman (2010), **Suç Teorileri**, Seçkin Yayınları, Ankara.
16. Ergil, Doğu (2001), “Şiddetin Kültürel Kökenleri”, **Bilim ve Teknik Dergisi**, Sayı 399, s.40- 41.

17. Erkol, Hayri - Gökdoğan, Mira - Erkol, Zerrin - Boz, Bora (2007), “Aggression and Violence Towards Health Care Providers – A Problem In Turkey”, **Journal Of Forensic and Legal Medicine**, 14, s. 423-428.
18. Eron, Leonard. D. (1994), “Theories of Aggression: From Drives to Cognitions”, in, **Aggressive Behavior: Current Perspectives**, L. R. Huesmann, (Ed.), Plenum, New York.
19. Erten, Yavuz ve Ardalı, Cahit (1996), “Saldırganlık Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları”, **Cogito**, 6(7) s.143-164.
20. Geray, Haluk (2006), **Toplumsal Araştırmalarda Nicel ve Nitel Yöntemlere Giriş**, Siy
21. Gökçe, Tuğrul ve Dünder, Cihad (2008), “Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 15(1), s. 25-28.
22. Gökçe, Orhan (2006), **İçerik Analizi Kuramsal ve Pratik Bilgiler**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
23. Güleç, Hüseyin - Topaloğlu, Mürüvvet - Ünsal, Demet - Altıntaş, Merih (2012), “Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, 4(1), s. 112-137.
24. Gümüş, T. (2000), **Kendini Kabul Düzeyleri Farklı Lise Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Saldırganlık Düzeyine Etkisi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
25. Işıker, Faruk (2011), **Televizyon Yayınlarında Şiddet**, Radyo Televizyon Üst Kurulu, Uzmanlık Tezi, Erişim Tarihi: 27.05.2014, <http://www.rtuk.org.tr/upload/UT/21.pdf>
26. Keser Özcan, Neslihan ve Bilgin, Hülya (2011), “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet”, **Türkiye Klinikleri Dergisi**, 31(6) s. 1442-1456.
27. Kızmaz, Zahir (2006), “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım”, **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 16(2), s. 247-267.
28. Kocacık, Faruk (2001), “Şiddet Olgusu Üzerine”, **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, 2(1) s. 1-7.
29. Köknel, Özcan (1996), **Bireysel ve Toplumsal Şiddet**, Altın Kitaplar Yayınları, İstanbul.
30. Lewis, Do (2005), “Adult Antisocial Behavior, Criminality and Violence”, in, Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Edition, B. J. Sadock and V. A. Sadock (Eds.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s. 2258-2272.
31. Mohr, W.K. (2001), “Brain, Behavior, Connections and Implications: Psychodynamics No More”, **Archives of Psychiatric Nursing**, 15, 171-181.
32. Özmen, Ahmet (2006), “Öfke: Kuramsal Yaklaşımlar ve Bireylerde Öfkenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Etmenler”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 39(1) s. 39-56.
33. Öztunç, Gürsel (2001), “Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 5(1), s. 1-9.
34. Pala, K. ve Engindeniz, T. (2004), “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi”, **4. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı**, Ankara, s. 311.

35. Saines, J. C. (1999), “Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action”, **Accident and Emergency Nursing**, 7(1), s. 8-12.
36. Sucu, Gülten - Cebeci, Fatma - Karazeybek, Ebru (2007), “Acil Birim Çalışanlarına Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet”, **Türkiye Acil Tıp Dergisi**, 7(4), s. 156-162.
37. Şenuzun Ergün, F. ve Karadakovan, A. (2005), “Violence Towards Nursing Staff In Emergency Departments In One Turkish City”, **International Nursing Review**, 52(2), s. 154-160.
38. Şimşek, Yılmaz (2012), “Kamu Politikalarına Yön Vermesi Açısından PKK Şiddetinin Sosyo-Kültürel Kaynakları”, **Polis Bilimleri Dergisi**, 14(2) s. 119-150.
39. Türkiye Büyük Millet Meclisi (2013), **Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu**, Yasama Dönemi: 24, Yasama Yılı:3, Sıra Sayısı: 454, Erişim Tarihi: 25.06.2014,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>
40. **Ünlüsoy Dinç, Nigar (2010)**, Hemşirelerin İşyeri Şiddetine Maruz Kalma Durumları İle İş Doyumları ve İşten Ayrılma Eğilimleri, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.**
41. Ünsal, Artun (1996), **Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi**, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
42. Walter, Brennan (1998), “Aggression and Violence: Examine the Theories”, **Nursing Standard**, 12(27), s. 36-45.
43. World Health Organization (2002), **Violence and Health: Task Force on Violence and Health**, Geneva.
44. Yalçın, Özhan ve Erdoğan, Ayten (2013), “Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojik, Psikososyal ve Çevresel Nedenleri”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**, 5(4), s. 388-419.
45. <http://www.alexa.com/topsites/countries/TR>
46. <http://www.ensonhaber.com>
47. <http://www.haber7.com>
48. <http://www.trthaber.com>
49. <http://www.internethaber.com>

SAĞLIK KURUMLARINDA MOBBİNG: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ'NDE BİR ARAŞTIRMA

*Taşkın KILIÇ**

*Fatma ÇİFTÇİ***

*Şeyma ŞENER****

ÖZET

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan personellerden yerli çalışan (Gümüşhane doğumlu olanlar) ile yabancı (farklı illerden gelen) çalışanların mobbinge maruz kalma oranlarının tespit edilmesi ve bazı demografik değişkenler ile mobbing arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmış olup; araştırmaya doktor, hemşire, sağlık personeli (hemşire, ATT, Tıbbi Sekreter) gibi farklı alanlarda çalışan 160 personel katılmış olup; elde edilen veriler SPSS programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

Araştırmanın Sonucu: Sonuç olarak; mobbing davranışlarının çalışanların geldikleri illere göre (yerli-yabancı) anlamlı şekilde farklılaştığı ve diğer illerden gelen çalışanların Gümüşhaneli (yerli) çalışanlara göre daha fazla mobbinge maruz kaldıkları saptanmıştır. Ayrıca mobbing davranışlarının diğer demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında ise mobbing davranışlarının çalışanların yaşlarına, cinsiyetlerine, unvanlarına ve eğitim durumlarına göre anlamlı şekilde farklılaştığı; medeni durumlarına ve deneyimlerine göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelime: Mobbing, psikolojik şiddet, psikolojik taciz

* Yrd. Doç. Dr, Gümüşhane Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi Bölümü, taskinkilic79@hotmail.com

** Araş. Gör. Gümüşhane Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi Bölümü, fatma_ciftci@hotmail.com

*** Lisans Öğrencisi, Gümüşhane Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi Bölümü, seyma-snr@hotmail.com

ABSTRACT

***The Purpose of the Study :** The present study is concerned with finding differences and rates of mobbing exposure between local workers and other workers who comes from outside of Gümüşhane Public Hospital. The theoretical part of this study, is developed via literature review. A survey employed to gather data from the health organizations staff in Gümüşhane Public Hospital included; doctors, nurses and other health staff members. Interviews were used and questionnaires were distributed to the hospitals with a final sample of 160 respondents. Statistical analysis of the data were conducted with the use and in the statistical environments of the SPSS software-package.*

***Findings and Results:** As a result; mobbing behavior of employees that differ significantly according to city who come from other cities are exposed to mobbing more than the Gumushane' workers(domestic). In addition, other demographic characteristics of mobbing behaviors that differ significantly Considering the age of the employees of mobbing behavior, gender, and education according to their titles, which differ significantly; according to marital status and experience is determined not differ significantly.*

***Keys Word:** Mobbing, psychological violence, psychological Harassment*

1.Giriş

Mobbing kavramı son 30 yıl içerisinde çalışmalara konu olmuş ve bu bağlamda pek çok sektörde araştırma yapılmıştır. Araştırmaların odak noktası, mobbing davranışlarının neler olduğu ve bu davranışlara maruz kalan kişi ve grupları belirlemeye dönük olmuştur. Ancak bu araştırmalar incelendiğinde yerli (kendi doğduğu ilde çalışanlar) çalışanlar ile yabancı çalışanların (başka yer ve bölgelerden gelenler) mobbinge maruz kalma derecelerinin incelenmediği görülmektedir. Oysa sağlık sektörü yapısı gereği hem birçok meslek grubunu(doktor, teknisyen, temizlik hizmetleri ve idari kadrolar gibi) bir arada istihdam etmekte hem de farklı il ve bölgelerden gelen çalışanların birlikte çalıştığı kompleks bir yapıda hizmet vermektedir. Bu açıdan bakıldığında yerli çalışanlarla yabancı çalışanların hem mobbinge maruz kalma seviyeleri hem de mobbing davranışları farklılaşabilir. Çünkü yerli çalışanların aile ve çevreden aldıkları destekle yabancı çalışanların aldıkları desteğin miktarı ve niteliği birbirinden farklıdır. Bu bakımdan bu konunun ele alınıp bilimsel yönden araştırılması önem arz etmektedir. Yukarıdaki bilgilerden hareketle bu çalışmada temel olarak yerli ve yabancı çalışanların mobbinge maruz kalma seviyeleri ve diğer demografik göstergeler (yaş, cinsiyet vb.) açısından karşılaştırılması ele alınacaktır.

1.1. Mobbing Kavramı

Mobbing kavramı, “mob” kökünden türemiştir. “Mob” kelimesi, İngilizce’ de kanuna uygun olmayan bir şekilde şiddet davranışı uygulayan çete veya kalabalık anlamına

gelmektedir. Bir davranış şekli olarak ise; rahatsız etme, kuşatma, topluca saldırma, psikolojik şiddet ve sıkıntı verme anlamlarına gelmektedir (Kök, 2006: 435).

Mobbing, iş yerinde birinin veya nadir olarak birkaç kişinin, bir veya daha fazla kişi tarafından, her gün ve birkaç ay süre ile sistematik olarak duygusal yönden zarar verici davranışlara maruz bırakılması olarak tanımlanmaktadır (Leymann, 1996: 165-187). Ayrıca Leymann'a göre iş yerinde yaşanan olumsuz davranışın mobbing olarak nitelenebilmesi için o davranışın en az altı ay ve haftada bir kez tekrarlanması gerekmektedir. Bu konuda ilk araştırmayı yapan Leymann 45 ayrı mobbing davranışı tanımlayarak, bunları özelliğine göre 5 grupta toplamıştır. Bu gruplar aşağıdaki gibidir.

1. Grup: İletişim Biçimi ve Etkileri: Kurbanın (mobbinge maruz kalan) üstü tarafından kendini gösterme olanakları kısıtlanır, sözü sürekli kesilir, diğer çalışanlar arasında yüzüne bağırılır, yüksek sesle azarlanır ve yaptığı iş sürekli eleştirilir.

2. Grup: Sosyal İlişkilere Saldırı: Kurbanın çevresindeki insanlar artık onla konuşmazlar, kurbanın başkalarına ulaşması engellenir, sanki bulunduğu ortamda yokmuş gibi muamele görür.

3. Grup: İtibara Saldırı: İnsanlar kurbanın arkasından kötü konuşur, hakkında asılsız söylentiler ortada dolaşır, gülünç durumlara düşürülür ve cinsel imalar da bulunur.

4. Grup: Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı: Kurban için hiçbir özel görev yoktur, daha önce verilen işler geri alınır, çalışması için anlamsız işler verilir, işi sürekli değiştirilir, kişisel eşyalarına zarar verilir.

5. Grup: Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırıları: Kurban fiziksel olarak ağır işler yapmaya zorlanır, fiziksel şiddet tehditleri ile fiziksel zarara ve doğrudan cinsel tacize maruz kalır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Gümüşhane Devlet Hastanesinde çalışmakta olan personellerin mobbinge maruz kalma durumlarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bu kapsamda Gümüşhane doğumlu olup bu ilde çalışan sağlık görevlileri ile diğer illerden gelen yabancı sağlık çalışanlarının mobbinge maruz kalma seviyelerinin karşılaştırılması, buna ek olarak; mobbing ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, unvan ve kurumda çalışma süresi arasındaki farkların belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve örneklem

Bu araştırmanın ana kütesini Gümüşhane Devlet Hastanesinde görev yapan 436 çalışan (doktor, sağlık personeli (hemşire, ATT), idari ve yardımcı personel) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini olarak ise ana küteden kolayda örneklem yöntemi kullanılarak seçilen 160 işgörendir.

2.3. Veri toplama Araçları ve Yöntem

Verilerin tespitinde anket yönteminden yararlanılmıştır. Mobbing düzeyini belirlemek için kullanılan ölçek Heinz Leymann tarafından 1993’ te geliştirilmiş ve 2003 yılında ÖnerToy tarafından Türkçeye çevrilerek “İşyerinde Duygusal Taciz” adlı kitapta yayımlanmıştır. Mobbing konusunda en çok tercih edilen ölçek olmasından dolayı bu ölçeğin kullanılmasına karar verilmiştir. Ölçekte 5’ li Likert tipi kullanılmış ve ölçekteki ifadeler 5 faktör altında toplanmıştır.

2.4. Araştırmanın Hipotezleri

Yapılacak araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

Araştırmanın ana hipotezi:

H₁: Gümüşhane’li çalışanlar ile diğer illerden gelen çalışanların mobbinge (alt faktörlerine) maruz kalmaları açısından anlamlı bir fark vardır.

Araştırmanın alt hipotezleri:

H₂: Mobbingin alt faktörleri ile çalışanların yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Mobbingin alt faktörleri cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H₄: Mobbingin alt faktörleri eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H₅: Mobbingin alt faktörleri medeni duruma göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H₆: Mobbingin alt faktörleri çalışanların unvanına göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H₇: Mobbingin alt faktörleri ile çalışanların deneyimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3. Bulgular

3.1. Araştırmaya katılan Çalışanların Demografik Özellikleri

Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde yapmış olduğumuz araştırma sonuçlarına göre; araştırmaya katılanların % 33,1’ i 18-25, % 26,9’ ü 26-35, % 24,4’ ü 36-45, % 15,6’ si 46 ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan 160 çalışanın % 57,5’ ini kadınlar, % 42,5 ‘ini erkekler oluşturmaktadır. Ankete cevap veren çalışanların memleketlerine bakıldığında % 56,3’ ünün Gümüşhaneli, % 43,8’ inin ise diğer illerden gelen çalışanlar olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan 160 çalışandan % 38,8’ i lise, % 36,3’ ü ön lisans, % 25’ i lisans mezunudur. Ayrıca araştırmaya katılanların % 38,1’ inin bekâr, % 61,9’ unun evli olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların unvanlarına bakıldığında % 12,5’ inin doktor, % 44,4 ‘ünün sağlık personeli (hemşire, ATT, tıbbi sekreter), % 30’ ü memur ve % 13,1’ i diğer çalışan

olduğu görülmektedir. Son olarak araştırmaya katılanların % 18,8’ inin 1 yıldan az çalıştığı, % 45’ inin 1-5 yıl, % 23,1’ inin 6-10 yıl, %13,1’ inin 11-15 yıl çalıştığı görülmektedir.

3.2. Ölçeğin Güvenilirlik Sonuçları

Tablo 1. Mobbing Ölçeğinin Faktörlere Göre Güvenilirlik Hesaplaması

Araştırmanın güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha (iç tutarlılık) katsayısı; doğrudan sağlığı etkileyen saldırılar faktörü için 0,892, yaşam ve iş kalitesine saldırı faktörü için 0,785, sosyal ilişkiler saldırı faktöründe 0,721, iletişim biçimi ve etkileri faktöründe 0,751 ve itibara saldırı faktöründe ise 0,834 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Mobbingin Alt Faktörlerinin Memlekete Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin T Testi Değerleri

Independent Samples Test					
Faktörler		Levene's Test		t-test	
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)
Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı	Eşit Varyans	1,009	,317	-,439	,661
	Eşit Olmayan Varyans			-,423	,673
Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı	Eşit Varyans	11,920	,001	-3,840	,000
	Eşit Olmayan Varyans			-3,623	,000
Sosyal İlişkilere Saldırı	Eşit Varyans	3,923	,049	-2,625	,010
	Eşit Olmayan Varyans			-2,533	,013
İletişim Biçimi ve Etkileri	Eşit Varyans	8,141	,005	-6,352	,000
	Eşit Olmayan Varyans			-6,043	,000
İtibara Saldırı	Eşit Varyans	6,201	,014	-4,244	,000
	Eşit Olmayan Varyans			-4,004	,000

Tablo 1’ ye göre mobbingin alt faktörlerinden yaşam ve iş kalitesine saldırı, iletişim biçimi ve etkileri, itibara saldırı faktörleri memlekete göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Bu sonuçlara göre mobbingin alt faktörlerinden yaşam ve iş kalitesine saldırı ($0,000 < 0,05$), iletişim biçimi ve etkileri ($0,000 < 0,05$) itibara saldırı ($0,000 < 0,05$) sosyal ilişkilere saldırı ($0,013 < 0,05$) faktörlerinin memlekete göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Ancak doğrudan sağlığı etkileyen saldırı ($0,661 > 0,05$) faktörü memlekete göre anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır.

Tablo 2. Mobbingin Alt Faktörleri ile Çalışanların Yaşları Arasında Anlamlı Bir İlişkinin Olup Olmadığına İlişkin Korelasyon Testi Değerleri

Correlations			
		yaş	Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı
Yaş	Pearson Correlation	1	-,037
	Sig. (2-tailed)		,646
	N	160	160
		yaş	Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı
Yaş	Pearson Correlation	1	-,141
	Sig. (2-tailed)		,076
	N	160	160
		yaş	Sosyal İlişkilere Saldırı
Yaş	Pearson Correlation	1	-,123
	Sig. (2-tailed)		,121
	N	160	160
		yaş	İletişim Biçimi ve Etkileri
Yaş	Pearson Correlation	1	-,097
	Sig. (2-tailed)		,224
	N	160	160
		yaş	İtibara Saldırı
Yaş	Pearson Correlation	1	-0,191
	Sig. (2-tailed)		,016
	N	160	160

Tablo 2’ye göre itibara saldırı faktörü ile yaş arasında anlamlı ($0,016 < 0,05$) ve negatif yönlü ($-0,191$) bir ilişki vardır. Yaş arttıkça itibara saldırılar azalmaktadır. Doğrudan sağlığı etkileyen saldırı, iletişim biçimi ve etkileri, itibara saldırı ve sosyal ilişkilere saldırı faktörleri ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 3. Mobbingin Alt Faktörlerinin Cinsiyete Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin T Testi Değerleri

Independent Samples Test					
Faktörler		Levene's Test		t-test	
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)
Sağlığı Doğrudan Etkileyen Saldırı	Eşit Varyans	,217	,642	,352	,725
	Eşit Olmayan Varyans			,354	,724
Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı	Eşit Varyans	3,489	,064	1,683	,094
	Eşit Olmayan Varyans			1,775	,078
Sosyal İlişkilere Saldırı	Eşit Varyans	10,023	,002	2,956	,004
	Eşit Olmayan Varyans			3,122	,002
İletişim Biçimi ve Etkileri	Eşit Varyans	3,341	,069	1,359	,176
	Eşit Olmayan Varyans			1,429	,155
İtibara saldırı	Eşit Varyans	6,951	,009	2,659	,009
	Eşit Olmayan Varyans			2,863	,005

Tablo 3’e göre mobbingin alt faktörlerinden sosyal ilişkilere saldırı ve itibara saldırı faktörleri cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. a göre mobbingin alt faktörlerinden sosyal ilişkilere saldırı ($0,002 < 0,05$) ve itibara saldırı ($0,005 < 0,05$) faktörlerinin cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır. Ancak sağlığı doğrudan etkileyen saldırı ($0,725 > 0,05$), yaşam ve iş kalitesine saldırı ($0,094 > 0,05$), iletişim biçimi ve etkileri ($0,176 > 0,05$) faktörlerinin cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 4. Mobbingin Alt Faktörlerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Anova Testi Değerleri

ANOVA			
Faktörler		F	Sig.
Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı	Gruplar Arası	1,867	,158
	Grup İçi		
	Toplam		
Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı	Gruplar Arası	2,020	,136
	Grup İçi		
	Toplam		
Sosyal İlişkilere Saldırı	Gruplar Arası	1,763	,175
	Grup İçi		
	Toplam		
İletişim Biçimi ve Etkileri	Gruplar Arası	5,903	,003
	Grup İçi		
	Toplam		
İtibara Saldırı	Gruplar Arası	1,087	,340
	Grup İçi		
	Toplam		

Tablo 4’e göre mobbingin alt faktörlerinden iletişim biçimi ve etkileri faktörü çalışanların eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Buna göre mobbingin alt faktörlerinden iletişim biçimi ve etkileri faktörünün çalışanların eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($0,003 < 0,05$). Ancak doğrudan sağlığı etkileyen saldırı ($0,158 > 0,05$), yaşam ve iş kalitesine saldırı ($0,136 > 0,05$), sosyal ilişkilere saldırı ($0,175 > 0,05$), itibara saldırı ($0,340 > 0,05$) faktörleri eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır.

Tablo 5. Mobbingin Alt Faktörlerinin Eğitim Durumuna Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tanımlayıcı İstatistikler				
Faktörler	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma
Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı	Lise	62	1,0677	,21407
	Ön Lisans	58	1,0207	,11662
	Lisans	40	1,1050	,31046
	Toplam	160	1,0600	,21724
Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı	Lise	62	1,2778	,35466
	Ön Lisans	58	1,2490	,36958
	Lisans	40	1,4139	,54838
	Toplam	160	1,3014	,41879
Sosyal İlişkilere Saldırı	Lise	62	1,2290	,34707
	Ön Lisans	58	1,2241	,27035
	Lisans	40	1,3550	,51934
	Toplam	160	1,2588	,37641
İletişim Biçimi ve Etkileri	Lise	62	1,4135	,29661
	Ön Lisans	58	1,3997	,30220
	Lisans	40	1,6068	,37420
	Toplam	160	1,4568	,32927
İtibara Saldırı	Lise	62	1,3935	,33075
	Ön Lisans	58	1,3805	,30230
	Lisans	40	1,4883	,52241
	Toplam	160	1,4125	,37899

Tablo 5'e göre 1,6068 ortalamayla lisans mezunu çalışanların diğer okullardan mezun çalışanlara göre iletişim biçimi ve etkileri faktörüne daha fazla maruz kaldıkları görülmektedir.

Tablo 6. Mobbingin Alt Faktörlerinin Medeni Duruma Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin T Testi Değerleri

Independent Samples Test					
Faktörler		Levene's Test		t-test	
		F	Sig.	t	Sig. (2-tailed)
Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı	Eşit Varyans	,882	,349	-,493	,622
	Eşit Olmayan Varyans			-,561	,576
Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı	Eşit Varyans	3,458	,065	1,410	,161
	Eşit Olmayan Varyans			1,338	,184
Sosyal İlişkilere Saldırı	Eşit Varyans	2,816	,095	1,220	,224
	Eşit Olmayan Varyans			1,193	,235
İletişim Biçimi ve Etkileri	Eşit Varyans	2,283	,133	,559	,577
	Eşit Olmayan Varyans			,530	,597
İtibara Saldırı	Eşit Varyans	,135	,714	1,511	,133
	Eşit Olmayan Varyans			1,461	,147

Tablo 6'ya göre mobbingin alt faktörlerinin medeni duruma göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır ($0,662 > 0,05$; $0,161 > 0,05$; $0,224 > 0,05$; $0,577 > 0,05$; $0,133 > 0,05$).

Tablo 7. Mobbingin Alt Faktörlerinin Unvana göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Anova Testi Değerleri

ANOVA			
Faktörler		F	Sig.
Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı	Gruplar Arası	,028	,994
	Grup İçi		
	Toplam		
Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı	Gruplar Arası	2,085	,104
	Grup İçi		
	Toplam		
Sosyal İlişkilere Saldırı	Gruplar Arası	,752	,523
	Grup İçi		
	Toplam		
İletişim Biçimi ve Etkileri	Gruplar Arası	1,524	,210
	Grup İçi		
	Toplam		
İtibara Saldırı	Gruplar Arası	2,981	,033
	Grup İçi		
	Toplam		

Tablo 7’ye göre itibara saldırının çalışanların unvanlarına göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($0,033 < 0,05$). Ancak doğrudan sağlığı etkileyen saldırı ($0,994 > 0,05$), yaşam ve iş kalitesine saldırı ($0,104 > 0,05$), sosyal ilişkilere saldırı ($0,523 > 0,05$) ve iletişim biçimi ve etkileri ($0,210 > 0,05$) faktörlerinin unvanlara göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır.

Tablo 8. Mobbingin Alt Faktörlerinin Unvana göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Descriptives				
Faktörler	Unvan	N	Ortalama	Standart Sapma
Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı	Doktor	20	1,0700	,16255
	Sağlık Personeli (Hemşire,ATT)	71	1,0620	,24282
	Memur	48	1,0542	,23607
	Diğer	21	1,0571	,11212
	Toplam	160	1,0600	,21724
Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı	Doktor	20	1,1889	,26515
	Sağlık Personeli (Hemşire,ATT)	71	1,3912	,49898
	Memur	48	1,2384	,38009
	Diğer	21	1,2487	,25069
	Toplam	160	1,3014	,41879
Sosyal İlişkilere Saldırı	Doktor	20	1,1900	,24688
	Sağlık Personeli (Hemşire,ATT)	71	1,3070	,42471
	Memur	48	1,2292	,37584
	Diğer	21	1,2286	,29857
	Toplam	160	1,2588	,37641
İletişim Biçimi Etkileri	Doktor	20	1,4455	,25865
	Sağlık Personeli (Hemşire,ATT)	71	1,5147	,39773
	Memur	48	1,3864	,25951
	Diğer	21	1,4329	,24881
	Toplam	160	1,4568	,32927
İtibara Saldırı	Doktor	20	1,3433	,26338
	Sağlık Personeli (Hemşire,ATT)	71	1,5099	,45775
	Memur	48	1,3194	,28944
	Diğer	21	1,3619	,28950
	Toplam	160	1,4125	,37899

Tablo 8’ e göre itibara saldırı faktörüne sağlık personellerinin (hemşire, ATT) 1,5099 ortalamayla doktor, yönetici, memur ve diğer çalışanlara göre daha fazla bu maruz kaldıkları saptanmıştır

Tablo 9. Mobbingin Alt Faktörleri ile Çalışanların Deneyimleri Arasında Anlamlı Bir İlişkinin Olup Olmadığına İlişkin Korelasyon Testi Değerleri

Correlations			
		Deneyim	Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırı
Deneyim	Pearson Correlation	1	,033
	Sig. (2-tailed)		,677
	N	160	160
		Deneyim	Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı
Deneyim	Pearson Correlation	1	-,058
	Sig. (2-tailed)		,470
	N	160	160
		Deneyim	Sosyal İlişkilere Saldırı
Deneyim	Pearson Correlation	1	-,009
	Sig. (2-tailed)		,914
	N	160	160
		Deneyim	İletişim Biçimi ve Etkileri
Deneyim	Pearson Correlation	1	,033
	Sig. (2-tailed)		,675
	N	160	160
		Deneyim	İtibara Saldırı
Deneyim	Pearson Correlation	1	-,049
	Sig. (2-tailed)		,536
	N	160	160

Tablo 9’e göre doğrudan sağlığı etkileyen saldırı, yaşam ve iş kalitesine saldırı, sosyal ilişkilere saldırı, iletişim biçimi ve etkileri ve itibara saldırı faktörleri ile deneyim arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

4. Tartışma, Sonuç Ve Öneriler

İlgili yazında mobbing konusu ile ilgili yapılmış araştırmalar incelendiğinde, mobbing davranışlarına maruz kalmanın kendi doğduğu ilde çalışma ile farklı bir ilde çalışma konusunda (yerli-yabancı işgören) farklılaşıp farklılaşmadığının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda bu çalışma bu konuda öncü bir çalışma niteliğindedir. Daha önce yapılan çalışmalar genellikle mobbinge maruz kalmanın çalışanların yaşına, cinsiyetine, eğitim durumuna, unvanına ve deneyimlerine göre farklılık gösterme durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızda mobbingin alt faktörlerinden yaşam ve iş kalitesine saldırı, iletişim biçimi ve etkileri ile itibara saldırı faktörlerinin memlekete göre farklılaştığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda diğer illerden gelen çalışanlar Gümüşhaneli çalışanlara göre daha fazla mobbinge maruz kaldığı görülmüştür. Literatür taraması aşamasında yapılan araştırmalar incelendiğinde bu konu üzerinde daha önce çalışma yapılmadığı görülmüştür. Bu nedenle tartışma bölümümüz bu açıdan sınırlılık arz etmektedir.

Araştırmamızda mobbing davranışına kadınların daha çok maruz kaldığı saptanmıştır. Ancak Bahçe'nin(2007) Ankara' da iki kamu, iki özel ve bir hizmet sektöründe faaliyet gösteren toplam beş sektör çalışanlarına yaptığı araştırmaya göre; işletmelerde çalışanların mobbing uygulamalarına maruz kalmalarında kadın ya da erkek olmasının önem taşımadığı ve cinsiyet ayrımı olmaksızın mobbing uygulamaları görülebildiği sonucuna ulaşılmıştır. Yıldırım ve Yıldırım (2010) sağlık alanında çalışmakta olan akademisyenlere yönelik gerçekleştirdikleri çalışmada ise cinsiyetin mobbinge maruz kalmada etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

Araştırmamıza katılan çalışanların eğitim durumlarına bakıldığında mobbingin alt faktörlerinden iletişim biçimi ve etkileri faktörünün eğitim durumuna göre farklılaştığı ve lisans mezunlarının daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır. Sezerel' in (2007)yaptığı araştırmada ise ön lisans mezunlarının daha fazla mobbinge maruz kaldıkları belirtilmiştir.

Araştırmamızda çalışanların unvanlarına bakıldığında itibara saldırı faktörünün unvana göre farklılaştığı saptanmıştır. Sağlık personellerinin (hemşire, ATT) diğer personellere göre daha fazla mobbinge maruz kaldığı görülmüştür. Çöl' ün(2008) yaptığı çalışmanın sonuçları ile araştırmamızın sonuçlarının paralellik gösterdiği ve en çok hemşirelerin mobbinge maruz kaldığı görülmüştür.

Araştırmamıza katılan çalışanların medeni durumlarına bakıldığında mobbinge maruz kalma davranışlarının medeni duruma göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Aksoy (2008) yaptığı çalışmada ise, bekâr çalışanların daha fazla mobbinge maruz kaldığı, buna sebep olarak da bekârların genç ve tecrübesiz oldukları belirtilmiştir.

Özetle bu araştırma sonucunda;

Diğer illerden gelen çalışanların Gümüşhaneli çalışanlara göre yaşam ve iş kalitesine saldırılara, iletişim biçimi ve etkileri ile itibara saldırılara daha fazla maruz kaldıkları,

Kadınların erkeklere göre sosyal ilişkilere saldırı ve itibara saldırı faktörlerine daha fazla maruz kaldıkları,

İtibara saldırı faktörü ile yaş arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu,

Eğitim durumlarına göre incelendiğinde lisans mezunu çalışanların diğer okullardan mezun olan çalışanlara göre iletişim biçimi ve etkileri faktörüne daha maruz kaldıkları,

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin (hemşire, ATT) itibara saldırı faktörüne doktor, yönetici, memur ve diğer çalışanlara göre daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır.

Araştırmamız kapsamında daha sonra yapılacak araştırmalara ışık tutması amacıyla aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Mobbinge maruz kalan çalışanlar için yöneticiler gerekli önlemleri almalı.
- Hem yöneticilere hem de çalışanlara mobbing konusunda eğitim verilmeli ve risk altında olanlara daha fazla ağırlık verilmeli.
- Mobbing mağdurlarına yönelik sağlık hizmetleri ve danışma birimleri kurularak mağdurlar bilgilendirilmeli.
- Mobbinge maruz kaldığını düşünen kişiler cesaretlendirilmeli ve bu kişilere her konuda destek sağlanmasına yönelik girişimlerde bulunulmalı.
- Mobbing konusunda örgüt içi prosedür ve kurallar oluşturulmalı ve devam ettirilmesinin sağlanmalı
- Yaşanan sorunları yöneticiler göz ardı etmemeli ve sorunlar üzerine gidilmelidir.

Kaynakça

1. AKSOY, Fikret (2008), “Psikolojik Şiddetin (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi,” Marmara Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul.
2. BAHÇE, Çisem (2007), “Mobbing Oluşumunda Örgüt Kültürünün Rolü: Örnek Bir Uygulama,” Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
3. KÖK, B.Sabahat (2006), “İş Yaşamında Psiko-şiddet Sarmalı Olarak Yıldırma Olgusu ve Nedenleri,” 14. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Erzurum.
4. LEYMANN, Heinz (1996). “The Contend and Development of Mobbing at Work,” European Journal of Work and Organizational Psychology. 5 (2).
5. SEZEREL, Hakan (2007), “Örgütlerde Mobbingin Etkileri Ve Tülomsaş –Türkiye Lokomotif Ve Motor Sanayi A.Ş.’ de Bir Uygulama,” Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
6. YILDIRIM, Dilek, YILDIRIM, Aytolan (2010), “Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştıkları Psikolojik Şiddet Davranışları ve Bu Davranışların Etkileri,” Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, sayı 2.
7. ÇÖL, Ö.Serap (2008), “İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma,” Çalışma ve Toplum Dergisi, sayı 4.

SAĞLIK ALANINDA MOBBİNG

Ayşegül Soydan ÇELİKEL*

Elif Gökçe TENKEKİ**

ÖZET

İşyerinde mobbing; çalışan kişi ya da kişiler üzerinde sistematik bir şekilde baskı yaratma, bunaltma, korkutma, tehdit etme, sindirme ve yılgınlığa uğratma anlamına gelmektedir. Çalışanlar arasındaki etik dışı iletişim kurmak ve düşmanca davranışlarda bulunmak suretiyle, çalışanın işten istifa aşamasına kadar ulaşabilen, post-travmatik stres bozukluğu gibi psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan pek çok probleme neden olan bir süreçtir.

Mobbingin en sık yaşandığı çalışma alanlarından biri de Sağlık Sektörüdür. Hastaneler; "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir kesintisiz sağlık hizmetleri veren kuruluşlar" dır. Hastane çalışanları bu hizmeti verebilmek için; uzun çalışma saatleri, yorucu ve ağır iş yükü, görev tanımlarının yeterince açık ve sınırlandırılmış olmaması, gece vardiyasında görev yapması nedenleri ile mobbinge maruz kalmaktadır. Ayrıca hastanelerin matriks yapısından kaynaklanan karmaşıklığının da mobbinge neden olduğu belirtilmektedir. Araştırmalar, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla olduğunu, hemşirelerin ise diğer sağlık çalışanları arasında üç kat daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar ülkemizde; sağlık, eğitim ve güvenlik sektöründe çalışan 944 kişiden %55'inin ve 112 acil servis çalışanlarının %55.8'inin son bir yıl içinde, bir kamu hastanesinde çalışan 505 hemşirenin %86'sının mobbing yaşadığı bildirilmiştir. Dünya'da yapılan çalışmalarda İspanya'da 285 hemşirenin %14.9'unun araştırma anında, İtalya'da 265 kadın sağlık çalışanının %54'ünün son bir yıl içerisinde, Tayvan'da 222 sağlık personelinin %61,7'sinin iş yaşamı boyunca en az bir kez mobbinge maruz kaldıkları belirtilmiştir.

Sonuç olarak; mobbing'e maruz kalan sağlık personeli kendisine duyduğu güveni kaybetmekte ve görevini tam olarak yerine getirememektedir. Bu nedenle sağlık personelinin mobbing konusundaki bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılması önemli ve gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Mobbing, Sağlık, Sağlık Çalışanı.

*TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkez Başkanlığı Bilkent-Ankara, ascelikel@gata.edu.tr

**GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Etlik-Ankara

MOBBING IN HEALTHCARE

ABSTRACT

Workplace mobbing means systematically putting pressure on individual or individuals, pestering, dismaying, threatening, suppression and intimidating. By means of unethical communication and hostile act among the employee of an organization, it is a period that may end up with the resignation of the employee, and which may cause a lot of problems such as post-traumatic stress disorder in terms of psychological, physiological and social aspects.

Healthcare service sector is one of the most common work areas for workplace mobbing. Hospitals are uninterrupted healthcare institutions that deliver observation, diagnosis, treatment and rehabilitation services. Hospital employee trying to provide the service are exposed to mobbing based upon the long working hours, tiring and heavy workload, lack of clear and limited job descriptions and night shifts. Besides, research indicates that the matrix structure of the hospitals is also causing workplace mobbing. The researches conducted on mobbing underline that the mobbing risk of healthcare employees are 16 times greater compared to other service sector employees, and as for nurses, they are 3 times under risk compared to the other healthcare employee. Research conducted in our country shows that in the recent year, employees from healthcare, education and security service sectors 55 % out of 944 employees, 55.8 % of 112 Emergency Service employees, and 86 % out of 505 nurses in a public hospital are exposed to mobbing. Researches conducted in Spain underlines that out 285 nurses, 14.9 % during the research, in Italy out of 265 female healthcare employees, 54 % in the recent year, in Taiwan out of 222 healthcare employees, 61.7 % are exposed to mobbing at least once during their professional lives.

In conclusion, healthcare employee exposed to workplace mobbing lose his/her self confidence and cannot perform his/her task properly. For this reason, it is of crucial importance to inform and raise the awareness of the healthcare employees about workplace mobbing.

Key words: Workplace mobbing, healthcare, healthcare employee.

1. Giriş

1.1. Mobbing Kavramı ve Tarihi

Mobbing; işyerinde psikolojik şiddet, duygusal şiddet, psikolojik taciz veya yıldırma (Akbolat, 2012:20). İlk olarak 1960'lı yıllarda hayvan davranışlarını inceleyen Avustralyalı etnolog Konrad Lorenz tarafından bazı hayvan hareketlerini tarif etmek için kullanılmıştır. 1970'li yıllarda İsveçli sosyolog Heinz Leymann “bir grup çocuğun tek bir çocuğa karşı çok yıkıcı davranışlarını” ifade etmek amacı ile kullanmıştır. Leymann 1980'li yıllarda, benzer davranışları çalışanlar arasında gözlemleyerek, işyerinde yetişkinler arasındaki grup şiddetini tanımlamak için mobbing (duygusal taciz) terimini gündeme almıştır (Akbolat 2012:20, Geçici Bahçeci, 2011:54). Leymann, “Mobbing’i, bir veya birkaç kişi tarafından, diğer kişi veya kişilere, çok küçük bazı farklılıklarından dolayı, sistematik biçimde

düşmanca ve ahlak dışı uygulamalarla ortaya çıkan “psikolojik şiddet” veya “psikolojik terör” olarak vurgulamaktadır (Alcan, 2013:223, Yiğitbaş, 2011).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Kamu Hizmetler Birliği (PSI);

- bir işyerinde bir veya daha fazla çalışan tarafından, diğer bir çalışana karşı sistemli ve sürekli olarak yürütülen,
- bireyi sindirmek amacıyla yapılan,
- düşmanca ve ahlakdışı bir yaklaşımla uygulanan,
- her türlü kötü muamele, tehdit, aşağılama gibi psikolojik ve fiziksel saldırı eylemlerini

mobbing olarak değerlendirmektedir (Özdemir, 2013:183).

Mobbing, her iş yerinde veya her türlü kuruluşta görülebilir. Herhangi bir kişi Mobbinge maruz kalabilir veya bazı insanlar da belirli özelliklerinden dolayı mobbing yaşayabilir. Leymann; İsveç’te intiharların %15’inin Mobbing kaynaklı olduğunu belirtmiştir (Alcan, 2013:224). Çalışmalarda, Mobbing sendromuna yakalanan bir kişinin topluma maliyetinin yıllık gelirinden fazla olduğu belirtilmiştir. Çalışanların bu konudaki bilgi yetersizliği veya tecrübesizliği mobbing yaşadığını fark etmemesine, bunun nasıl ve ne şekilde ifade edilmesi gerektiğini bilmemesine bağlı adli, hukuki olarak haklarını da arayamamasına neden olmaktadır. Ayrıca çalışanlarından mobbinge maruz kalanlarda ciddi boyutta psikosomatik rahatsızlıklar yaşanabilmektedir. Bu nedenlerle işletmeler Mobbinge dikkat etmeli, personelini eğitmeli, farkındalık yaratmalı ve oluşmasını önlemelidir (Alcan, 2013:224, Akbolat, 2012:22).

1.2. Mobbing Aşamaları

Her sosyal ve psikolojik olayda olduğu gibi psikolojik şiddet de bir süreci takip eder.

Leymann, işyerinde psikolojik şiddet sürecinde, dört aşama belirlemiştir:

1. Anlaşmazlık aşaması: Kritik bir olayla, bir anlaşmazlıkla karakterizedir. Henüz Mobbing değil ancak Mobbing davranışına dönüşebilir.
2. Saldırganlık aşaması: Bu aşamada saldırgan eylemler ve psikolojik saldırılar, Mobbing dinamiklerinin harekete geçtiğini gösterir.
3. Kurumsal güç aşaması: Yönetim, ikinci aşamada doğrudan yer almamışsa da, durumu yanlış yargılayarak, bu negatif döngüde işin içine girer ve kurban, örgütlü ve kurumsal bir güçle baş etmek zorunda bırakılır.
4. İşine son verilmesi aşaması: Psikolojik şiddet sarsıntısı, travma sonrası stres bozukluğunu tetikler. İş kaybetme ya da kovulma olayından sonra, duygusal gerilim ve onu izleyen psikosomatik hastalıklar devam eder. Mağdur kişi işini bıraksa bile psikolojik şiddet baskısından kurtulamaz (Alcan, 2013:226).

1.3. Mobbing Çeşitleri:

Mobbing kuralları, mağdur tarafından değil, mobbingi yapan tarafından belirlenir. Mobbing uygulayan hiyerarşik sıralamada bir üst, bir eşit ya da bir ast olabilir.

1. Yukarıdan aşağı doğru mobbing: mobbing yapan kişi mağdura göre daha üst konumdadır. Rekabet ortamında kendi işlerinin devamlılığını garantilemek için mobbinge başvurular.

2. Eşdeğerler arasında mobbing; mobbing uygulayan ve mağdur olan benzer olanaklarda, benzer görevlerde çalışan iki iş arkadaşı olabilir.

3. Aşağıdan yukarıya mobbing; mobbing uygulayan mağdura göre daha alt konumdadır (Yiğitbaş, 2011:24).

Mobbinge Mağruz Kalanlar :

İşini çok iyi, hatta mükemmel yapan
İlişkileri olumlu, çevresindekilerce sevilen
Çalışma ilkeleri ve değerleri sağlam,
Dürüst ve güvenilir, kuruluşa sadık
Bağımsız ve yaratıcı
(2013:224).

Mobbing Uygulayanlar :

Ayrıcalıklı ve vazgeçilmez olduğuna inanan
Narsist ve sadist kişiliği olan
Düşmanlık yapan
Önyargılı ve duygusal
Kötü ve çalışkan kişilerdir (Alcan, 2013:224).

2. Amaç

Bu derleme sağlık çalışanı olarak bizlerin mobbinge uğrama durumlarının değerlendirilmesi (mobbing konusunda farkındalığın sağlanması), hastane ortamındaki mobbing nedenlerinin, Türkiye ve diğer ülkelerdeki sağlık çalışanlarının mobbinge maruz kalma durumlarının, hastane yönetiminin mobbingi nasıl önlenebileceğinin, literatür ile tartışılması amacıyla hazırlanmıştır.

3. Tartışma ve Sonuç

3.1. Sağlık Alanında Mobbing ve Nedenlerinin Tartışılması

Mobbingde düşmanca davranışın uzun süreli ve sık olmasından dolayı kötü muamele, oldukça büyük zihinsel, psikosomatik ve sosyal ıstırapla sonuçlanır. Leymann, bilgiyi saklamak, izolasyon, dedikodu yapmak, eleştirmek, asılsız söylentilerin dolaşımı, alay etmek, bağırarak, vb. 45 ayrı mobbing davranışı tanımlamıştır. Mobbinge maruz kalan kişi fiziksel ve zihinsel olarak acı çeker, bir hastalığa yakalanır ve sosyal ıstırap duyar (Alcan, 2013:224, Soysal, 2014:152).

Türkiye’de mobbing konusunda yapılan araştırmalarda özellikle; tıp, banka ve sigorta çalışanları, satış ve teknik elemanların yüksek mobbing riski taşıdığı ve mobbing sıklığının % 25 ile % 60 arasında değişim gösterdiği belirtilmiştir (Dikmetaş, 2011:140).

Mobbingin en sık yaşandığı çalışma alanlarından biri de Sağlık Sektörüdür. Hastaneler; "müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir kesintisiz sağlık hizmetleri veren kuruluşlar" dır. Hastane çalışanları bu hizmeti verirken sağlık sektöründe yaşanan mobbing Dikmetaş & arkadaşları (2011) tarafından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda;

- uzun çalışma saatleri, yorucu ve ağır iş yükü,
- görev tanımlarının yeterince açık ve sınırlandırılmış olmaması,
- gece vardiyasında görev yapılması,
- hastanelerde tıbbi olanakların çok yetersiz olması,
- maaşların yetersiz olması,
- bürokratik engellerin varlığı,
- akademik kariyer ve yükselme sırasında ayrımcılık yapılması,
- hastalar arasında statü ve ekonomik duruma bağlı ayrımcılık yapılması,

• idareye yakınlık ve yöneticiye kişisel yaklaşım nedeni ile ayrımcılık yapılması, nedenleri ile sağlık alanında mobbing yaşandığı bildirilmiştir. Ayrıca hastanelerin matriks yapısından kaynaklanan karmaşıklığın da mobbinge neden olduğu belirtilmektedir (Dikmetaş, 2011:139, Soysal, 2014:224)

Uluslararası yapılan çalışmalarda; hastanelerin kendine özgü psikolojik koşulları nedeniyle, sağlık çalışanlarının diğer hizmet sektör çalışanlarına oranla Mobbinge maruz kalma riskinin 16 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Yiğitbaş, 2011:25, Soysal, 2014:153).

Ofluoğlu ve Somunoğlu (2012) tarafından yapılan derlemede; Türkiye ve dünyada, sağlık çalışanları mobbing yaşadığında;

- iletişim imkânlarının engellendiği,
- sosyal ilişkilerinin zarara uğradığı,
- imajlarının zedelendiği,
- mesleki gelişimlerinin önlenmesi,
- ruhsal sağlıklarının tahrip edildiği belirtilmiştir.

İngiltere'deki resmi kaynaklar, hemşirelerin ve halkla iletişimde olan sağlık personelinin mobbinge uğrama açısından diğer çalışanlardan daha fazla risk altında olduğunu belirtmektedir. Bu sorunun birkaç yıl içinde gittikçe artmakta olduğunu vurgulamaktadır (Bahçeci Geçici, 2011:54). Dünya'da yapılan çalışmalarda; Doğu İngiltere'de katılımcıların %38'inin duygusal tacize maruz kaldıkları, Güney Norveç'te 745 asistan hemşire ile yapılan çalışmada; hemşirelerin %8,4'ünün daha önceden, %4,8'inin ise şu anda psikolojik şiddet eylemlerine maruz kaldıkları, her beş hemşireden birinin ise psikolojik şiddet eylemlerine tanık olduğunun saptandığı bildirilmiştir (Yiğitbaş, 2011:25). İspanya'da 285 hemşirenin %14,9'unun araştırma anında, İtalya'da 265 kadın sağlık çalışanının %54'ünün son bir yıl içerisinde, Tayvan'da 222 sağlık personelinin %61,7'sinin iş yaşamı boyunca en az bir kez, Irak'ta 116 klinisyen hemşire ile yapılan çalışmada (iş yerinde üç veya daha fazla) %91'inin mobbinge maruz kaldıkları belirtilmiştir (Özdemir, 2013:185).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Efe ve Ayaz (2010)'ın işyerinde hemşirelerin karşılaştığı mobbinge ilgili yaptığı çalışmada hemşirelerin %9,7'inin mobbing mağduru olduğu ve aynı popülasyonla yapılan odak grup görüşmelerinde ise katılımcıların %33'ünün, Türkiye Komisyon Raporunda (2011)'de Bursa'da sağlık, eğitim ve güvenlik sektöründe çalışan 944 kişiden %55'inin son bir yıl içinde (Soysal, 2014:153), Yıldırım ve Yıldırım (2007)'de bir kamu hastanesinde çalışan 505 hemşirenin %86'sının mobbing yaşadığını ifade ettiği bildirilmiştir (Özdemir, 2013:185). Ülkemizde hemşirelerin mobbinge maruz kalmasına yönelik yapılan diğer çalışmalarda; 2008'de % 61, 2007'de % 90, ve 2006'da %70 olarak bulunduğu belirtilmiştir (Özdemir, 2013:185).

Türkiye'de hemşirelerin mobbinge maruz kalma oranının diğer ülkelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.2. Sağlık Alanındaki Mobbing ile Mücadele

Ülkemizde mobbinge ilgili; 6098 sayılı Borçlar Kanunu'nun 417. Maddesi'nde, işçinin hem kişiliğinin, hem de yaşam ve vücut bütünlüğünün korunmasına yönelik olarak düzenleme yapılmıştır. Maddede, “işveren-işçi hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak, saygı göstermek, işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağlamak, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür” hükmüne yer verilmiştir. Resmi

Gazete Sayı: 27879, 19 Mart 2011 tarihli ve 2011/2 sayılı “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (mobbing) Önlenmesi” konulu Başbakanlık Genelgesi yayınlanmıştır. Genelgenin dördüncü maddesinde “psikolojik tacizle mücadelede güçlendirmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik İletişim Merkezi olan ALO 170 üzerinden psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlanacağı” hükmü yer almaktadır.

4. Sonuç

Yazarlara göre sağlık çalışanlarına karşı uygulanan mobbing faaliyetlerini engelleyebilmek için daha demokratik, katılımcı ve yol gösterici yönetim şekliyle birlikte örgütsel adalet uygulanmalı, gereğinden fazla yapılan iş denetimi azaltılmalı, iş etiği ve sosyal sorumluluk bilinci geliştirilmeli, fiziki ortamı ve mobbingin önlenmesi için hukuksal yaptırımlar getirilmeli & uygulanmalıdır (Soysal, 2014:155).

Sonuç olarak; sağlık personeli hastane yönetimi tarafından mobbing konusunda hizmet içi eğitimlerle eğitilmeli, mobbinge maruz kalanların farkındalığı artırılmalı, yasal düzenlemeler hakkında bilgilendirilmelidir. Yapılan çalışmaların artırılması önemli ve gereklidir.

Kaynaklar

1. ALCAN, Pelin, Y.Özdemir, H. Başlıgil ve E. Sevinçtekin (2013), Mobbing Davranışlarının Etkilerinin Araştırılması. Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi Sigma 31, 222-233.
2. BAHÇECİ GEÇİCİ, Neslihan, Tülay Sağkal, (2011), Ödemiş'te Çalışan Hemşirelerin Mobbinge Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4, Sayı:1, s.53-60.
3. DİKMETAŞ, Elif, M. Top ve G. Ergin (2011), “Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi”, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt: 22, Sayı: 3, s. 137-149.
4. OFLUOĞLU, Gökhan, Sinem Somunoğlu (2012), Cases of Mobbing Activities as Commonly Seen in the Healthcare Sector in the World and in Turkey”, **Hospital Topics**, Cilt: 90, Sayı: 4, ss. 98-103.
5. ÖZDEMİR, Serpil, B. Tosun, H. Bebiş ve A. Yava (2013), Hemşire Kaleminden Mobbing: İş Yerinde Psikolojik Saldırı, TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(2), s.183-192.
6. SOYSAL, Abdullah, G. İnal ve Z. Gül (2014), Yıldırma (mobbing) Davranışı: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 14/27, s.149-170.
7. TUTAR, Hasan, Mahmut Akbolat (2012), Sağlık Çalışanlarının Yönetici Cinsiyetleri Bakımından Mobbing Algıları, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, s. 28.
8. YİĞİTBAŞ, Çağla, Süleyman Erhan Deveci (2011), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing, Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, s.23-28.

ÇATIŞMA VE İŞTEN AYRILMA NİYETİ: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

Mahmut AKBOLAT*

Sadriye USLU**

ÖZET

Bir kişinin müdahale etme, tıkama ya da başka bir yolla bir başkasının davranışını engelleme veya daha az etkili hale getirme süreci şeklinde tanımlanabilecek çatışma sürecinin sonucunda çalışanların stres, bıkkınlık, iletişimde azalma, iş doyumunu ve performansın düşmesi ve bütün bunların sonucunda çalışanların işten ayrılma niyetinin gelişmesi beklenmektedir. Bu görüş doğrultusunda gerçekleştirilen bu çalışmanın amacı çalışanların özellikle üstleriyle yaşadıkları çatışma sonucunda işten ayrılma niyetinin gelişip gelişmediğini ortaya koymaktır. Çalışma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hemşireleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 350 hemşire katılmıştır. Çalışmada Putnam ve Wilson (1992) tarafından geliştirilen Örgütsel İletişim Çatışma Ölçeği ve Wayne ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Kaçınma boyutu ile kontrol ve uzlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamasına karşılık, uzlaşma ile kaçınma ve kontrol; işbirliği ile kontrol arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır. İşten ayrılma niyeti ile çatışma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Cinsiyet esas alınarak yapılan analiz sonuçlarına göre işbirliği boyutunda, yaş ve çalışma süreleri esas alınarak yapılan analiz sonuçlarına göre kaçınma ve işbirliği boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim durumuna, yaş ve görev süreleri esas alınarak yapılan analiz sonuçlarına göre işten ayrılma niyetinden istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmanın bulgularına göre çatışmanın işten ayrılma niyeti üzerinde bir etkisi yoktur. Çalışanlar strese girmelerine rağmen işten ayrılmayı düşünmemektedirler. Bunda kaybetmekten korkmak ya da mobinge uğramışlık duygusu etkili olmaktadır. Bu durum çatışmanın daha da derinleşmesine neden olmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Çatışma, İşten Ayrılma Niyeti, Hemşire

*Yrd. Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

**Hemşire, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sadrye_uslu@hotmail.com

CONFLICT AND INTENTION TO LEAVE THE WORK: AN EXAMPLE OF PUBLIC HOSPITALS

ABSTRACT

It is suggested that intention to leave the work occurs through stress, boredom, decrease at communication, decrease at job satisfaction and performance as a result of conflict, which can be defined as a process, in which anyone blocks another one and makes him/her less effective by way of interference, stopping or anyway. The aim of this study, which was done in this direction, is to make clear whether the intention to leave the work occurs as a result of conflict especially between superiors and employees, or not. The study was done on the nurses, who work in the Training and Research Hospital Sakarya. Scale of Organizational Communication Conflict of Putnam and Wilson (1992) and Scale of Intention To Leave The Work of Wayne and his friends (1997) were used in the study, in which 350 nurses participated. Validities and reliabilities of the scale were analyzed. Defining statistical methods, correlation analysis, regression analysis, t test in independent examples and one-way analysis of variance were used for analysis of the data. According to the findings, which were gained from the study, there is statistically not a meaningful relation between control and agreement with avoidance dimension. On the contrary of this, there is a statistical meaningful relation with agreement between avoidance and control; cooperation and control. There is statistically not any meaningful relation between intention to leave the work and conflict. It was found meaningful difference on the cooperation dimension according to the results of analysis, which was done considering sexuality, and on the avoidance and cooperation dimensions according to the results of analysis, which was done considering age and work periods. According to the findings of the study conflict doesn't influence the intention to leave the work. Employees don't think about leaving the work in spite of that they have stresses. Fear of losing or feel being exposed to mobbing is effective on this. This situation let the conflict deepen more.

Key Words: Conflicts, Intention to leave the work, Nurse

1. Giriş

İnsanlık tarihi boyunca süregelen, insan hayatının hemen hemen her alanında yaşanan ve örgütsel hayatın gerçeği olan çatışmayı, doğru şekilde algılayıp örgüt yararına çevirmek oldukça önemlidir. Bu da kullanılan çatışma yönetimi yöntemlerinin duruma uygun seçilmiş olması ile mümkündür. Aksi takdirde çalışanlarda motivasyon eksikliği, işe devamsızlık, performans düşüklüğü ve işten ayrılma niyeti gibi bir takım olumsuzluklar ortaya çıkabilmektedir. Böyle bir durumun, özellikle insan kaynağının büyük önem taşıdığı sağlık kuruluşlarına çok ciddi zarar vermesi kaçınılmazdır. O halde çatışmanın yaşanma olasılığının her zaman çok yüksek olan sağlık kuruluşlarında çatışmayı iyi yöneterek çalışanların örgütü terk etmelerinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Bu çalışmayla sağlık çalışanlarının üstleriyle yaşadıkları çatışmaya nasıl tepki gösterdikleri ve bu durumun işten ayrılma niyetlerine etkisi araştırılmıştır.

1.1. Çatışma Kavramı

Sosyal bir varlık olan insanlar, hayatları boyunca birbirleri ve çevreleri ile iletişim halindedirler ve bu iletişim sürecinin bir parçası olarak da çatışma zaman zaman çatışmayla karşı karşıya kalmaktadırlar. Çatışma, genel olarak ortaya çıkış sebeplerinin farklılığı ve oluşumu veya işleyişi açısından farklılıklar göstermesi nedeniyle zor tanımlanan bir kavramdır. Çatışma, kişinin kendi içinde yaşadığı birbirine ters iki amaç ve güdünün aynı anda oluştuğu bir durum olarak ortaya çıkabileceği gibi, kişiler arasında da görülebilmektedir. Kişiler arası çatışma, birbirine zıt ilgi, görüş ya da fikir taşıyan kişiler arasında oluşan etkileşim olarak ifade edilmektedir. Bu tür çatışmaların başlangıç nedenleri, farklı biliş, algı, duygu, bilinçdışı ihtiyaçlar, iletişim becerileri gibi kişisel faktörler, kültürel faktörler, rol farklılıkları, sosyal ve fiziksel çevreler, iletişim sürecinde verilen mesajın niteliği gibi unsurlardan oluşmaktadır (Arslan, 2010: 76-78). Bir başka tanıma göre çatışma, kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam ve zaman diliminde istemedikleri ile karşı karşıya kalması ve bir sonuç için zorlanması durumunda gerçekleştirdiği davranış ve ulaştığı duygusal yapıdır (Erdoğan, 1996: 146). Birey iki şeyden birini tercih etmede güçlükle karşılaştığı zaman çatışma söz konusu olur. Dolayısıyla iki farklı kişinin tercihleri de farklı olabileceği için her konuda anlaşmaları mümkün değildir. Aynı şekilde grup içinde, ilişkide bulunulan örgütler ve toplumlar arasında aynı seçenekler üzerinde her zaman uyum sağlamak olanak dışı olduğundan, hangi düzeyde olursa olsun çatışma kaçınılmazdır (Halil, 1991: 287).

1.1.2. Çatışma Türleri

Örgüt amacına olan etkileri bakımından çatışma türleri fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan çatışmalar olarak sınıflandırılmıştır. Fonksiyonel çatışmalar, örgütte giderilmesi gereken sorunlara, değişim ve gelişime olan ihtiyaca dikkat çekerek örgüt amacının gerçekleştirilmesine katkı sağlayan çatışmalardır. Fonksiyonel olmayan çatışmalar ise örgüt gelişimini engelleyen, örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesini zorlaştıran çatışmalardır (Gibson ve ark., 1991: 297-298).

Ortaya çıkış şekilleri açısından çatışma türleri, çatışmaların gelişim süreci ile de ilişkilendirilebilmektedir. Bu çatışma türünde incelenen boyutlardan birincisi olan potansiyel çatışmalar, sorunlara neden olabilecek ya da çatışma potansiyeli taşıyan durumları ifade etmektedir. Bir diğeri olan algılanan çatışmalar, çatışma konusunun taraflar açısından nasıl algılanıp değerlendirildiği ile ilgilidir. Bu tür çatışmalar bireylerin algılayışlarındaki farklılıkları nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Hissedilen çatışmalar, tarafların olaylar karşısındaki hislerini ifade etmektedir. Bu çatışma türünde bireyler henüz bir eylem gerçekleştirilmemiş olsa da, yoğun kızgınlık, kırgınlık, öfke veya endişe gibi hisler besleyebilir. Açık çatışmalar ise bireylerde var olan yoğun hislerin bir atağa dönüşmesi biçiminde kendini göstermektedir (Koçel, 2013: 647). Çıkış kaynaklarına göre çatışma türleri ise duyuşsal ve esas çatışmalar, çıkar, değer, amaç çatışmaları, gerçekçi ve gerçekçi olmayan çatışmalar, kurumsallaşmış ve kurumsallaşmamış çatışmalar, cezalandırıcı çatışmalar, yanlış yönetilen çatışmalar şeklinde gruplandırılabilir (Rahim, 2001: 21-23). Örgütteki yerlerine göre çatışma türleri dikey, yatay ve emir, komuta- kurmay çatışmaları olarak incelenmektedir. Dikey çatışmalar örgüt içindeki farklı hiyerarşik düzeydeki birey ya da gruplar arasında gerçekleşen ve genelde ast-üst arasında gerçekleşen çatışmalardır. Yatay çatışmalar, aynı hiyerarşik düzeyde çalışan birey ya da gruplar arasında gerçekleşmektedir. Emir – komuta ve kurmay çatışmaları ise, geliştirdiği bazı önerileri

komuta personeline kabul ettirmeye çalışan kurmay personel ile bu önerileri kabullenmeyen komuta personel arasında gerçekleşmektedir (Seval,2001:248-249).

1.1.3.Çatışmanın Nedenleri

Örgütlerde çatışmalar çeşitli nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Çatışmaların taraflarca farklı algılanması, doğru çatışma çözüm yöntemlerinin seçilememesine neden olabilmekte ve çatışmayı derinleştirebilmektedir. Kişilik farklılıkları, amaç farklılıkları, rol ve statü farklılıkları, anlam güçlükleri, yetersiz bilgi alışverişi, iletişim kaynaklarının bozukluğu, örgütün büyüklüğü, iş bölümünün düzenlenememesi, örgüt içindeki güç mücadeleleri, kaynakların kıt olması, yetkilerin belirsizliği, yönetimin yaklaşımındaki belirsizlikler gibi nedenler çatışmanın oluşmasına neden olmaktadır (Sökmen, 2010: 245).

1.1.4. Çatışma Yönetim Stilleri:

Örgüt içinde ortaya çıkan çeşitli düzey ve türlerdeki çatışmaların yönetimi konusunda yöneticilere büyük rol düşmektedir. Doğru yönetilemeyen bir çatışma, örgüt içinde maddi ve manevi büyük kayıplara neden olurken, çatışmanın doğru yönetilmesi çalışanlar arasında rekabeti artırarak daha fazla verime neden olabilmektedir. Kaçınma, uzlaşma, kontrol, iş birliği ve kontrol başlıca çatışma yönetiminde kullanılan tekniklerdir (Koçel,2013:656).

1.2. İşten Ayrılma Niyeti:

İşten ayrılma durumu örgütlerde oldukça önemli konular arasında yer almaktadır. Özellikle yüksek ve pahalı eğitim gerektiren işlerde çalışan yetişmiş personelin işten ayrılması o iş yerine eğitim maliyeti, yetenek kaybı ve iyileştirme maliyeti gibi birçok yükü getirmektedir. Bu sebeple çalışanın işten ayrılması örgütler için büyük önem taşımaktadır (Solmaz, 2010: 12). İşten ayrılma niyeti ile ilgili tanımlara bakıldığında, içerik olarak birbirlerine benzerlik gösterdiği görülmektedir İşten ayrılma niyeti, bir çalışanın işini terk etme eğilimidir. İşten ayrılma niyeti, çalışanın örgütten ayrılmak konusundaki bilinçli ve temkinli kararı veya niyetidir (Başoda, 2012: 86).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde işten ayrılma niyetine etki eden birçok faktörün olduğu görülmektedir ve bu faktörler birçok araştırmacı tarafından farklı biçimlerde ele alınmıştır (Başoda, 2012: 89). Cotton ve Tuttle (1986), işten ayrılma niyetini etkileyen faktörleri bireysel nedenler, çevresel nedenler ve örgüt içi nedenler olarak üç gruba ayırmıştır (Yıldız, 2008: 44). Bu sebeple, işten ayrılma nedenleri örgütsel veya kişisel sebeplerden de kaynaklanabilmektedir (Taşkaya, 2009: 45). Örneğin, vardiyalı çalışma düzeni de işten ayrılma niyetini oluşturabilecek örgütsel sebeplerden biridir. Ayrıca işten ayrılma niyeti olmasına karşılık, özellikle kriz ortamlarında bireyler isteseler de işten ayrılmamakta veya ayrılamamaktadır. Bu sebeple, gelişmiş ülkelerdeki çalışanların işten ayrılma niyetlerini davranışa dönüştürme ihtimalleri daha yüksektir (Özdeveciğlu, 2004: 99).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının yöneticileri ile çatışma yaşamaları halinde ortaya koyabilecekleri davranışları ve çatışma ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Araştırma konusu belirlenmeden önce literatür tarandı ve çatışma ile işten ayrılma niyeti arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koyan bir çalışma olmadığı araştırıldı. Literatürde; çalışanların algıladıkları örgütsel desteğin iş-aile ile aile-iş çatışması, örgütsel

özdeşleşme düzeyi ve işten ayrılma niyeti (Turunç ve Çelik, 2010), örgütsel özdeşleşmenin sinizm ve işten ayrılma niyeti ile ilişkisi (Polat, ve Meydan, 2010), iş stresi ve tükenmişlik duygusunun işten ayrılma niyetine etkisi (Onay ve Kılıcı, 2011), İşyeri nezaketsizliğinin sosyal kaytarma davranışı ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi (Kanten, 2014) gibi pek çok çalışmaya yapıldığı rastlandı. Ancak, çatışma ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle çalışmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

2.2. Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışma, 15 Ağustos 2013 – 15 Mart 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu dönemde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde toplam 400 hemşire görev yapmaktaydı. Araştırmada, örneklem seçilmeden tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak, çalışma sonucunda 350 hemşireden kullanılabilir veri elde edilebilmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anketin birinci bölümü, Putnam ve Wilson (1992) tarafından geliştirilen Örgütsel İletişim Çatışma Ölçeği, ikinci bölümü Wayne ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği, üçüncü bölümü ise çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinden oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan ölçekler, 1. Katılmıyorum, 2. Kararsızım, 3. Kısmen Katılıyorum, 4. Katılıyorum ve 5. Tamamen Katılıyorum şeklinde Liker tarzında düzenlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizini yapmak için Cronbach Alpha katsayısı ve keşfedici faktör analizi kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, korelasyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanıldı. Analizler %95 güven aralığında ($p=0,05$) yapıldı.

2.4 Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Ölçeğin öncelikle güvenilirlik analizi yapılmıştır. Verilerin güvenilirliği alfa değeri temel alınarak ve her bir alt boyut için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanarak yapılmıştır. Örgütsel İletişim Çatışma Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizinde Karşı Karşıya Gelmeme boyutunu oluşturan ifadelerden “İstenmeyen durumlardan uzak dururum.” ve “Yöneticimle münakaşa etmek yerine kendime hakim olmayı tercih ederim.” ifadeleri, bozucu etkiye sahip olduklarından ölçekten çıkarılmıştır. Bu iki ifade ölçekten çıkarıldıktan sonra, ölçeğin genel cronbach alfa değeri 0,861 bulunmuştur. Ayrıntısı Tablo 1’de görüldüğü gibi ölçeğin boyutları da alfa değerinin en az 0,70 olması koşulunu sağlamaktadır (Altunışık, vd.2005:231).

Ölçeğin güvenilirliği test edildikten sonra geçerliliği test edilmiştir. Bu amaçla keşfedici faktör analizinden yararlanılmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,837, Bartlett's Test of Sphericity sonucu anlamlı ve açıklanan toplam varyansı %51,180 bulunmuştur. Faktör yüklerinin tamamı sosyal bilimlerde kullanılan değerler için gerekli koşulları sağlamaktadır.

Tablo 1: Örgütsel İletişim Çatışma Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,837
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	p	0,000
Approx. Chi-Square	4166,533	df	378
Açıklanan toplam varyans	51,180	Cronbach Alfa Toplam	0,861
<i>Faktörler/ İfadeler</i>		Faktör yükü	Açıklanan varyans
<i>Kontrol (Özdeğer=22,749)</i>			14,629
Görüşümü ısrarlı bir şekilde savunurum		0,781	
Yöneticim fikirlerimi anlayana kadar iddiamı sürdürürüm		0,777	
Görüşümü güçlü bir şekilde savunurum		0,730	
Yöneticimle bir anlaşmazlık durumunda fikirlerimi net bir şekilde savunurum		0,695	
Anlaşmazlık süresince yöneticimin benim görüşlerimi kabul etmesi için ısrar ederim		0,674	
Yöneticime kendi görüşümü kabul ettirmeye çalıştığım zaman sesimi yükseltirim		0,637	
Bir anlaşmazlık durumunda görüşlerimin bilinmesini sağlarım		0,530	
<i>Kaçınma (Özdeğer=15,077)</i>			14,617
Anlaşmazlıkları önemsizmiş gibi göstererek tatlıya bağlamaya çalışırım		0,700	
Anlaşmazlıkları önlemek için kendi görüşlerimi ifade etmekten kaçınırım.		0,679	
Önemsiz gibi göstermek suretiyle anlaşmazlıkları azaltırım		0,672	
Anlaşmazlıkları önemsemem.		0,666	
Farklılıklarımızın daha önemsiz görünmesini sağlarım.		0,648	
Yöneticimin bir anlaşmazlık durumunu tartışmak istediğinden şüphelendiğim zaman ondan uzak dururum.		0,612	
Yöneticim ile aramda anlaşmazlık kaynağı olan konuları tartışmaktan kaçınırım.		0,587	
Yöneticim tartışmalı bir konu hakkında üstüme geldiği zaman zaman geri çekilirim.		0,584	
Anlaşmazlıklar ortaya çıktığı zaman üstüne gitmem		0,560	
Farklılıklarımızın önemsiz olduğunu iddia etmek suretiyle çatışmaları yatıştırırım.		0,518	
<i>İşbirliği (Özdeğer= 7,087)</i>			13,480
Anlaşmazlıkların çözümlenmesinde yaratıcı çözümler bulmak için ortak çalışmayı öneririm.		0,768	
Yöneticimle bir anlaşmazlığın büyümesine sebep olan konularda yeni çözümler bulmak için konuları birleştiririm.		0,756	
Anlaşmazlıkların tartışılması sırasında yaratıcı çözümler sunarım.		0,750	
Çeşitli bakış açıları birleştiren çözüm önerileri sunarım.		0,616	
Problemlere çözüm üretmek için yöneticimin fikirlerini kullanmaya çalışırım.		0,600	
Bir anlaşmazlığı çözmek için yeni alternatifler yaratmaya yönelik olarak yöneticimle kendi fikirlerimi uyumlu hale getiririm.		0,566	
Bir anlaşmazlık durumunda çözüme ulaşmak için çeşitli teklifler sunarım.		0,557	
<i>Uzlaşma (Özdeğer= 6,267)</i>			8,453
Eğer yöneticim beni yetersiz görürse kabullenirim		0,814	
Yöneticim fikirlerinden ödün verdiği zaman ben de fikirlerimden biraz ödün veririm.		0,699	
Çözüme ulaşabilmek için yöneticimle orta yolu bulmaya çalışırım.		0,577	
Yöneticimle farklı düşündüğümüzde orta noktada buluşurum.		0,505	

Çalışmada ikinci ölçek olarak kullanılan İşten Ayrılma Niyeti Ölçeğinin cronbach alfa değeri ilk ölçekte olduğu gibi, 0,861 bulunmuştur. Keşfedici faktör analizi sonucuna göre ölçek, orijinalinde olduğu gibi tek boyut altında toplanmıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,701, Bartlett's Test of Sphericity sonucu anlamlı ve açıklanan toplam varyansı %71,723 bulunmuştur. Faktör yüklerinin tamamı sosyal bilimlerde kullanılan değerler için gerekli koşulları sağlamaktadır. Bu analizlerden sonra çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik için gerekli koşulları taşıdığı söylenebilir.

Tablo 2: İşten Ayrılma Niyeti Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,701
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamlı	Sig.	0,000
Approx. Chi-Square	337,788	df	3
Açıklanan toplam varyans	71,723	Cronbach Alfa	0,861
İfadeler			Faktör yükü
Önümüzdeki sene şu anda çalıştığım hastane dışında başka bir başka bir hastaneye atama yaptırmaya niyetim var.			0,871
Bu hastanede yıllarca çalışmak istiyorum.(R)			0,815
Bu hastanedeki işimi bırakmayı çok sık düşünüyorum.			0,854

3. Bulgular

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %60,3'ü kadın, %51,4'ü bekar, %52,3'ü 26-35 yaş aralığında ve %52,3'ü lisans ve üzeri eğitim seviyesindedir. Katılımcılar çoğunlukla (%58,0) 5 yıl ve daha kısa süreli çalışan bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 3: Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	211	60,3
	Erkek	139	39,7
Medeni durum	Bekar	180	51,4
	Evli	170	48,6
Yaş	≤25	101	28,9
	26-35	183	52,3
	≥36	66	18,9
Eğitim durumu	Lise	76	21,7
	Önlisans	91	26,0
	Lisans	109	31,1
	Yüksek lisans	24	6,9
	Doktora	50	14,3
Görev süresi	≤5 yıl	203	58,0
	6-10 yıl	63	18,0
	≥11 yıl	84	24,0

Çalışmada çatışma sonucunda işten ayrılma niyetinin oluşması, başka bir ifade ile çatışma ile işten ayrılma niyeti arasında bir ilişki olması beklenmekteydi. Ancak, Tablo 4'de görüldüğü gibi, çalışmadan elde edilen verilerin analizinde çalışmaya katılan hemşirelerin kontrol boyutuna katılımı, diğer boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu hemşirelerin çatışma sonucunda işten ayrılma niyeti yerine çatışma sürecini kontrol altına alma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Çalışmanın bulguları, işten ayrılma niyeti ile

çatışma arasında bir ilişki olmadığı bulundu ($p>0,05$). Çatışmanın boyutlarından uzlaşma ile çatışmadan kaçınma ($r=0,283$) ve kontrol ($r=0,321$) arasında ve İşbirliği ile çatışmadan kaçınma ($0,569$), kontrol ($0,708$) ve uzlaşma ($r=0,646$) arasında $0,01$ seviyesinde anlamlı ilişki bulunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4: Çatışmanın boyutları ile İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişki

	Ort.	S.S.	1	2	3	4
Çatışmadan kaçınma(1)	2,25	0,629	1			
Kontrol(2)	3,30	0,844	,014	1		
Uzlaşma(3)	2,91	0,823	,283**	,321**	1	
İşbirliği(4)	2,90	0,491	,569**	,708**	,646**	1
İşten ayrılma niyeti(5)	2,95	0,932	,076	,087	,017	,092

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Çalışmada hemşirelerin çatışma ve işten ayrılma niyetlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanıldı. Çatışma ölçeğinin boyutları esas alınarak yapılan analiz sonuçlarına göre, çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumları ve eğitim düzeyleri istatistiksel açıdan her hangi bir farklılığa sebep olmadı. Çatışmaya sebep olan sosyo-demografik özelliklerle ilgili ayrıntı aşağıda verilmektedir (Tablo 5). Cinsiyet değişkenine göre çatışma ölçeğinin işbirliği boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Bu bulguya göre erkek hemşireler ($2,98\pm 0,389$) çatışmadan kaçınmak için işbirliğine kadın hemşirelere ($2,84\pm 0,542$) göre daha yatkın görünmektedir. Katılımcıların yaşları esas alınarak yapılan analiz sonucuna göre çatışmadan kaçınma boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılık ≥ 36 yaş grubu hemşireler ($1,97\pm 0,587$) ile ≤ 25 yaş grubu ($2,32\pm 0,628$) ve 26-35 yaş grubu ($2,31\pm 0,619$) hemşirelerden kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). ≥ 36 yaş grubu hemşirelerin bu boyuta ilişkin katılım düzeyleri daha düşüktür. Başka bir ifade ile ≥ 36 yaş grubu hemşireler çatışmadan kaçınma konusunda daha az katılımcı bir görünüm sergilemektedirler.

Katılımcıların görev süreleri esas alınarak yapılan analiz sonucuna göre çatışmadan kaçınma boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılık ≥ 11 yıl görev yapan hemşireler ($1,97\pm 0,587$) ile ≤ 5 yıl görev yapan hemşireler ($2,32\pm 0,628$) ve 6-10 yıl görev yapan ($2,31\pm 0,619$) hemşirelerden kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). ≥ 11 yıl görev yapan hemşirelerin bu boyuta ilişkin katılım düzeyleri, ≤ 5 yıl ve 6-10 yıl görev yapan hemşireler göre daha düşük düzeydedir.

Tablo 5: Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Çatışma Durumları

Cinsiyet		n	Ort.	S.S.	t	p	
İşbirliği	Kadın	211	2,84	0,542	-2,709	0,000	-
	Erkek	139	2,98	0,389			
Yaş		n	Ort.	S.S.	F	Sig.	Post Hoc
Çatışmadan kaçınma	≤ 25	101	2,32	0,628	8,186	0,000	1-3 p=0,001 2-3 p=0,000
	26-35	183	2,31	0,619			
	≥ 36	66	1,97	0,587			
Görev süresi		n	Ort.	S.S.	F	Sig.	Post Hoc
Çatışmadan kaçınma	≤ 5 yıl ¹	203	2,37	0,614	15,516	0,000	1-3 p=0,004 2-3 p=0,000
	6-10 yıl ²	63	2,26	0,616			
	≥ 11 yıl ³	84	1,94	0,570			

Tablo 6’da çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin işten ayrılma niyetinde sebep oldukları farklılıklar görülmektedir. Hemşirelerin cinsiyetleri ve medeni durumları bakımından işten ayrılma niyetlerinde herhangi bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna karşılık yaş, görev süresi ve eğitim durumları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa sebep olmaktadır ($p<0,05$). Katılımcıların yaşları esas alınarak yapılan analiz sonucuna göre ≥ 36 yaş grubu hemşireler ($2,62\pm 0,952$) ile ≤ 25 yaş grubu hemşireler ($3,13\pm 0,874$) ve 26-35 yaş grubu hemşireler ($2,97\pm 0,930$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). ≥ 36 yaş grubu hemşirelerin işten ayrılma niyeti ≤ 25 yaş ve 26-35 yaş grubu hemşirelere göre daha düşük düzeydedir. Hemşirelerin görev süreleri esas alınarak yapılan analiz sonucuna göre ≤ 5 yıl görev yapan hemşireler ($3,08\pm 0,862$) ile ≥ 11 yıl görev yapan hemşireler ($2,73\pm 1,055$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). ≤ 5 yıl görev yapan hemşirelerin işten ayrılma niyeti ≥ 11 yıl görev yapan hemşirelere göre daha yüksek düzeydedir. Hemşirelerin eğitim düzeyleri esas alınarak yapılan analiz sonucuna göre lise eğitimi alan hemşireler ($2,90\pm 0,935$) ile yüksek lisans düzeyinde eğitim alan hemşireler ($3,47\pm 1,002$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yüksek lisans seviyesinde eğitim alan hemşirelerin işten ayrılma niyeti lise düzeyinde eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek düzeydedir.

Tablo 6: Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre İşten Ayrılma Niyetleri

		n	Ort.	S.S.	F	Sig.	Post Hoc
Yaş	≤ 25	101	3,13	0,874	6,240	0,002	1-3 p=0,001 2-3 p=0,025
	26-35	183	2,97	0,930			
	≥ 36	66	2,62	0,952			
Görev süresi	≤ 5 yıl ¹	203	3,08	0,862	4,804	0,009	1-3 p=0,012
	6-10 yıl ²	63	2,83	0,921			
	≥ 11 yıl ³	84	2,73	1,055			
Eğitim durumu	Lise ¹	76	2,90	0,935	4,057	0,003	1-4 p=0,004
	Önlisans ²	91	2,72	0,867			
	Lisans ³	109	2,97	0,985			
	Yüksek lisans ⁴	24	3,47	1,002			
	Doktora ⁵	50	3,15	0,765			

Çalışmada katılımcılara yöneticileri arasında uyuşmazlık olup olmadığı, eğer yönetici ile arasında uyuşmazlık varsa bunun en önemli üç sebebinin ne olduğu soruldu. Tablo 7’de görüldüğü gibi, hemşirelerin %20,3’ü yöneticileri ile uyuşmazlık yaşamaktadırlar. Çatışmanın sonlandırılması bakımından kaynağının ne olduğunun bilinmesi bakımından en önemli üç neden nedir sorusuna hemşirelerin cevaplarının dağılımları incelendiğinde, ilk sırada önemli olan hususlar önem sırasına göre, çalışan görüşlerinin alınmaması, yöneticilerin iletişim eksikliği ya da bozukluğu, yöneticilerin görev yaptıkları alandaki yetersizlikleri ve bilgi eksikliği, çalışma koşulları ve aşırı iş yükü, çalışanların rencide edilmesi ve hak ettiği değeri görmemesi ve torpil ve haksız uygulamalar şeklinde sıralanmaktadır. İkinci sırada önemli sorunlar frekans sıklığına göre, yöneticilerin baskıcı tavırları, yetersiz iletişim, çalışanlara eşit davranılmaması, aşırı iş yükü ve angarya, görev tanımının olmaması, doktorların hekimlik dışı alanlarda aşırı müdahalesi ve çalışanların görüşünün alınmaması şeklinde sıralanmaktadır. Katılımcılara göre üçüncü sırada en önemli sorunlar ise adam kayırma, baskı, iş yükünün fazla olması ve iletişim eksikliği şeklinde sıralanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin önemli buldukları sorunlar incelendiği zaman ilk sıralarda yönetici kaynaklı sorunların yer aldığı görülmektedir ki, buradan hareketle hemşirelerin daha çok yöneticilerden kaynaklanan sorunlar sebebiyle çatışma yaşadıkları söylenebilir.

Tablo 7: Hemşirelerin Yöneticileri ile Çatışmalarına Sebep Olan Faktörler

Yönetici ile çalışan arasında bir uyumsuzluk	Sayı	Yüzde
Var	71	20,3
Yok	279	79,7
Toplam	350	100,0
I. Sırada önemli olan sorunlar	Sayı	Yüzde
Çalışan görüşlerinin alınmaması	11	26,8
Yöneticilerin iletişim eksikliği ya da bozukluğu	9	22,0
Yöneticilerin görev yaptıkları alandaki yetersizlikleri ve bilgi eksikliği	6	14,6
Çalışma koşulları ve aşırı iş yükü	8	19,5
Çalışanların rencide edilmesi ve hak ettiği değeri görmemesi	5	12,2
Torpil ve haksız uygulamalar	2	4,9
Toplam	41	100,0
II. Sırada önemli olan sorunlar	Sayı	Yüzde
Yöneticilerin baskıcı tavırları	9	31,0
Yetersiz iletişim	4	13,8
Çalışanlara eşit davranılmaması	4	13,8
Aşırı iş yükü ve angarya	4	13,8
Görev tanımının olmaması	4	13,8
Doktorların hekimlik dışı alanlarda aşırı müdahalesi	2	6,9
Çalışanların görüşünün alınmaması	2	6,9
Toplam	29	100,0
III. Sırada önemli olan sorunlar	Sayı	Yüzde
Adam kayırma	8	40,0
Baskı	7	35,0
İş yükünün fazla olması	3	15,0
İletişim eksikliği	2	10,0
Toplam	20	100,0

4. Tartışma ve Sonuç:

Bu çalışmada; Sakarya’da bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin, üstleriyle yaşadıkları çatışmaya karşılık nasıl davrandıklarını ve çatışmanın işten ayrılma niyetlerine etkisi olup olmadığı incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre hemşireler çatışmayı iletişim kurarak çözmeye, özellikle kontrol altına alma eğilimindedirler.

Çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyleri, yaşları ve görev süreleri çatışma ve işten ayrılma niyeti üzerinde istatistiksel açıdan herhangi bir farklılığa sebep olmamaktadır. Cinsiyet değişkeni kullanılarak elde edilen sonuçlara göre, erkek hemşireler, kadın hemşirelere göre işbirliğine daha yatkındır. Bu anlamda kadın hemşireler erkek hemşirelerle karşılaştırıldığında; işbirliğinden kaçınmakta ve çatışmaya taraf olmakta ve çözüme yanaşmamaktadır. Ayrıca, çalışma süresi ve katılımcıların yaşları arttıkça çatışma eğilimleri de gelişmektedir. 36 yaş ve üzeri grubu hemşirelerin, diğer katılımcılara göre çatışmadan kaçınma boyutuna daha az katılım gösterirken; 10 yıl ve üzeri görev yapan hemşireler, 10 yıldan daha kısa süre görev yapan hemşirelerle karşılaştırıldığında benzer bir

durum ortaya çıkmaktadır. BU sonuca göre, görev süresi arttıkça, ve çalışanlar yaşlandıkça çatışmaya eğilimin de artacağı söylenebilir.

Çalışanların işten ayrılma niyetlerine ilişkin sonuçlara göre, çatışmaya tam tersi bir durum söz konusudur. Katılımcıların yaş ve görev süreleri ilerledikçe işten ayrılma niyetleri azalmaktadır. Örneğin 10 yıldan daha az görev yapanlar ve genç yaşlardaki hemşirelerin işten ayrılma niyetleri daha yüksektir. Buna karşılık 36 yaş üzerinde olan ve 10 yıldan daha fazla çalışan hemşirelerin işten ayrılma niyetleri daha düşük seviyelerdedir. Ayrıca, yüksek lisans düzeyindeki hemşirelerin işten ayrılma niyeti, lise düzeyinde eğitim alan hemşirelere göre daha yüksektir. Bu sonuçlar, iş bulma ümidi daha yüksek olan hemşirelerin işten ayrılma niyetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla işten ayrılma niyeti geliştirmede çalışanlarının özgüvenlerinin önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin yaklaşık %20'si üstleri ile çatışma yaşamaktadır. Çatışma nedenlerinin önem sırasına göre sıralanmasında; ilk sırada çalışanların herhangi bir konuda görüşlerinin alınmaması, ikinci sırada yöneticilerin baskıcı tavırları ve üçüncü sırada adam kayırma yer almaktadır. Bu ifadeler incelendiği zaman, üçünün de iletişim veya iletişimsizliğe bağlı faktörler gözlenmektedir. Buna göre hemşirelik hizmetleri yöneticileri hemşirelerle iyi ilişkiler geliştirmesi halinde en önemli üç çatışma nedeni ortadan kaldırılabilir.

Örgütlerin çatışmaları görmezden gelmesi, özellikle personel devri oranı oldukça yüksek plan işletmelerde büyük sorun oluşturmaktadır. Çatışmaların tespiti ve çözümü için yöneticilerin çatışma yönetimi ile ilgili stratejilerinin olması ve bu stratejilerinin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamasında yönetici kademesinde olmayan çalışanların da sürece katılımlarının sağlanması iş tatmini ve böylece işte kalma eğilimini artırabilecektir. Çalışanların açık ve net bir şekilde konuşmalarını, kendilerini ifade etmelerini sağlamak da oldukça önemlidir.

Olumsuz çalışma koşulları, rol belirsizliği, yükselme kısıtları, sosyal haklardan mahrumiyet gibi çatışma kaynakları ancak çalışanlar ile iletişim kurularak ortadan kaldırılabilir. Bu durumda çalışanları düzenli olarak fikirlerini ortaya koyabilecekleri takım yönetimi anlayışının benimsenmesi, yöneticilerin çatışmadan kaynaklanan sorunlarla baş edebilmesini kolaylaştıracaktır. Varlığı ve engellenmesi mümkün olmayan çatışma, doğru yönetildiği zaman oldukça verimli ve etken bir çalışma ortamı sağlanabilir.

Kaynaklar

1. ALTUNIŞIK, R; R. Coşkun, S. Bayraktaroğlu ve E. Yıldırım (2005), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya Kitabevi, Adapazarı.
2. ARSLAN, Coşkun (2005), Kişilerarası Çatışma Çözme ve Problem Çözme Yaklaşımlarının Yükleme Karmaşıklığı Açısından İncelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14, s.75-93.
3. BAŞODA, Alaattin (2012), Kişilik Özelliği Olarak Hizmet Verme Yatkınlığının İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi: Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama, Nevşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi.
4. BUMİN, Birol (1990), İşletmelerde Organizasyon Geliştirme ve Çatışmanın Yönetimi. Bizim Büro Basımevi: Ankara.
5. CAN Halil (1991), Organizasyon ve Yönetim, Adım Yayıncılık, Ankara.
6. ERDOĞAN, İlhan (1996), İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, Avcıol Basım Yayın, İstanbul.
7. GIBSON, J. L. Ivancevich J. M., Donnelly, J. H. (1991), Organizations: Behavior-Structure-Processes. Sevent Edition. Boston : IRWIN.
8. KOÇEL, Tamer (2013), İşletme Yöneticiliği, Beta Yayıncılık, İstanbul.
9. ONAY, Meltem ve KILCI, Sevde (2011), “İş Stresi Ve Tükenmişlik Duygusunun İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkileri: Garsonlar ve Aşçıbaşılar”, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2): 363-372.
10. ÖZDEVECİOĞLU, Mahmut (2004). Algılanan Örgütsel Desteğin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkileri, *Amme İdaresi Dergisi*, 37(4), s. 97-115.
11. POLAT, Mustafa ve MEYDAN, Cem Harun (2010), “Örgütsel Özdeşleşmenin Sinizm ve İşten Ayrılma Niyeti İle İlişkisi Üzerine Bir Araştırma” *Savunma Bilimleri Dergisi*, 9(1):145-172.
12. RAHİM, Afzalur M.(2001), Managing Conflict in Organizations, London: Wesport, Connecticut.
13. SEVAL, Halil (2006). Çatışmanın Etkileri ve Yönetimi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, s.245-254.
14. SOLMAZ, Hüseyin, (2010), Örgütsel Özdeşleşmenin İşten Ayrılma Niyetine Etkisinde Örgütsel Adaletin Aracılık Rolü, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
15. SÖKMEN, Alptekin (2010), Yönetim ve Organizasyon, 1.Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.
16. TAŞKAYA, S. (2009). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adaletle İlişkin Algılamaları İle Örgüte Bağlılık Düzeylerinin İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkileri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
17. TURUNÇ, Ömer ve ÇELİK Mazlum, (2010), “Algılanan Örgütsel Desteğin Çalışanların İş-Aile, Aile-İş Çatışması, Örgütsel Özdeşleşme ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Savunma Sektöründe Bir Araştırma”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14 (1): 209-232.
18. YILDIZ, Sibel, (2008). Örgüt Kültürünün, İşten Ayrılma Eğilimi ve Çalışan Verimliliği Üzerindeki Etkisi: Bir Ara Değişken Olarak Örgütsel Destek Algısı. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

AMELİYATHANE, YOĞUN BAKIM VE ACİL BİRİM ÇALIŞANLARININ ÇATIŞMA YÖNETİMİ ALGILAMALARININ KURUMSAL YABANCILAŞMAYA OLAN ETKİSİ

Elif DİKMETAŞ YARDAN*

Mustafa DEMİRKIRAN**

Ayşe YEŞİLYURT***

ÖZET

Örgütsel çatışma ve yabancılaşıma, iyi yönetilmediği takdirde gerek çalışanlar gerekse örgütler üzerinde önemli olumsuz etkileri olabilen kavramlardır. Bu olumsuz etkilerin, çalışma şartlarının yoğun ve stresli olduğu hastanelerde özellikle de ameliyathane, yoğun bakım ve acil servisler gibi Sağlık Bakanlığı tarafından da riskli ve özellik arz eden birimler arasında gösterilen ünitelerde daha fazla hissedilebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı hastanenin ameliyathane, yoğun bakım ve acil ünitelerindeki algılanan çatışma yönetiminin kurumsal yabancılaşıma olan etkisini belirlemektir. Araştırmanın evrenini Karadeniz Bölgesinde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin ameliyathane, yoğun bakım ve acil biriminde çalışan doktor, hemşire ve diğer personel oluşturmaktadır. Çalışmaya 149 personel katılmıştır. Araştırma sonucunda, çalışanların çatışma durumunda bütünleştirme ve uzlaşma stillerini daha fazla, hükmetme stilini daha az kullandıkları; bütünleştirme, hükmetme ve kaçınma boyutları ile yabancılaşıma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çatışma Yönetimi, Yabancılaşıma, Ameliyathane, Yoğun Bakım

*Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu

**Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Meslek Yüksekokulu

***Yüksek Lisans Öğrencisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

THE EFFECT OF CONFLICT MANAGEMENT PERCEPTIONS OF SURGERY ROOM, INTENSE CARE AND EMERGENCY PERSONNEL ON CORPORATE ALIENATION

ABSTRACT

Organizational conflict and alienation are two concepts that may have significant adverse effects on both personnel and organizations unless they are managed well. It is believed that such adverse effects can be found more in hospitals where working conditions are intense and stressful and especially in units considered to be risky and special by Ministry of Health such as surgery room, intense care and emergency services. This study aims to determine the effects of conflict management perceived in surgery room, intense care and emergency units of hospitals on corporate alienation. The research population consists of doctors, nurses and other personnel working in surgery room, intense care and emergency unit of a training and research hospital located in Black Sea Region. A total of 149 personnel participated in this study. According to the results of the research, it was found that personnel use integration and reconciliation styles more; domination style less in case of a conflict. In addition, statistically significant and positive relationship was found between integration, domination, avoidance dimensions and the alienation degree.

Keywords: Conflict Management, Alienation, Surgery Room, Intense Care.

I. Giriş

Son dönemlerde iş yaşamında insan kaynaklarının önemi artmış, çalışanların daha etkili ve verimli olabilmeleri için onları etkileyen değişkenler üzerindeki araştırmalar yoğunlaşmıştır. Çatışma yönetimi ve yabancılaşma da insan kaynakları üzerinde önemli etkileri olan kavramlardır. Çatışma yönetimi “olası bir çatışmayı kontrol altına alarak, örgütün etkinliğine ve verimliliğine katkıda bulunacak şekle dönüştürmek” olarak tanımlanmaktadır (Gürüz ve Gürel, 2009: 378). Bilindiği üzere çatışma tüm örgüt çalışanlarının sıklıkla karşılaştıkları bir durumdur. Aslında çatışma sadece insanların ya da örgütlerin yaşadıkları bir süreç de değildir. Tüm canlılar yaşamlarının belirli dönemlerinde çevreleri ile çatışma içerisine girmektedirler. Yaşamlarını sürdürebilmek için bu süreci yaşamak zorundadırlar (Eren, 2010: 563). Örgütlerde çatışmalar çeşitli nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında iletişim ve geri bildirim noksanlıkları, kaynak dağılımındaki adaletsizlikler, görev tanımlamalarındaki farklılıklar, yetki mücadeleleri, aşırı hırs, çekememezlikler, çalışanlar arasındaki gruplaşmalar, dedikodular, kültürel farklılıklar, yeniliklere karşı olan dirençler, ortak karar almada oluşan belirsizlikler vb. sayılabilir (Güney, 2011: 21-22). Sebebi ne olursa olsun örgütlerde meydana gelen çatışmaların olumsuz ve yıkıcı sonuçları ortaya çıkabilmektedir. Örneğin örgütlerde emek, zaman, para israfı oluşturabilmekte dolayısıyla verimlilik kayıplarına yol açabilmekte, personelin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmekte ve personelin örgütün amaçlarını benimsememelerine ya da bu amaçlardan sapmalarına neden olabilmekte (Başaran, 1992: 266) hatta olumsuzlukların boyutu örgütün hedeflerine ve yönetimine gizli karşı koymaktan, açık muhalefete ve sabotaja kadar uzanabilmektedir (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 1998: 169). Sayılan bu olumsuz

durumlar fonksiyonel olmayan çatışmaların sonuçlarındandır. Bunların dışında örgütlerin hedeflerinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunan çatışmalar da bulunmaktadır. Fonksiyonel olarak adlandırılan bu çatışmalar çeşitli şekillerde örgüte dinamizm ve yenilik kazandırmakta, örgütün bütünü için yararlar sağlamaktadırlar. Dolayısıyla örgütlerde ortaya çıkan tüm çatışmaları fonksiyonel olmayan çatışmalar olarak kabul edip onlarla başlangıçta mücadele etmeye kalkmak doğru bir yaklaşım tarzı değildir. Çünkü bir çatışmanın fonksiyonel olup olmaması, tamamıyla iyi yönetilmesine bağlı olabilmektedir. Başka bir deyişle niteliksiz yöneticilerin bulunduğu örgütlerde fonksiyonellikleri çok yüksek anlaşmazlıklar olumsuz çatışmalara neden olabileceği gibi fonksiyonel olmayan anlaşmazlıklar da örgütlere olumlu katkıları olan çatışmalara dönüşebilmektedir (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 1998: 175). Belirtilen nedenlerden dolayı, çatışmayı iyi bir şekilde yönetmek gerek örgütler gerekse çalışanlar açısından oldukça önemli bir konudur.

İnsan kaynakları üzerinde önemli etkileri olan diğer bir kavram olan yabancılaşma genel olarak; “bireyin toplumsal, kültürel ve doğal çevresine olan uyumun azalması, özellikle çevresi üzerindeki denetimin etkisizleşmesi ve bu denetim ile uyum azalmasının giderek bireyin yalnızlığına ve çaresizliğine yol açması” şeklinde tanımlanmaktadır (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 1998: 196). Yabancılaşma kavramı iki farklı anlam içermektedir. Birincisi sosyo-psikolojik anlam olan bireyin örgütten uzaklaşması ve kendisini o örgüte ait hissetmemesi durumudur. İkincisi ise felsefi kullanımıdır ve metalaşma/ şeyleşme yani bireye obje muamelesi yapılması bu nedenle de kişinin kimliğini kaybetmesidir (Bell, 1959: 933). Çalışanların örgütlerine karşı yabancılaşması çeşitli nedenlerle olmakla birlikte en önemli nedenler çalışma koşullarına ilişkindir (Banai, 2004: 377). Çünkü günümüzde işgörenler hala daha can sıkıcı, tekrar eden, tekdüze işlerde çalışmaktadırlar (Özkalp, 1998: 65). Belirtilenlerin dışında; personelin hızlı değişim sürecine uyum sağlayamamaları, iş üzerinde denetimleri olmaması bu nedenle de kendilerini gerçekleştirememeleri (Tutar, 2010: 176-177), yönetsel sorunlar, bilgi akışındaki problemler, adaletsiz iş bölümü, yoğun tempo, uzun çalışma saatleri, olumsuz tutumlar gibi faktörler de çalışanların yabancılaşmasında önemli rol oynamaktadır (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 1998: 203-206). Bu koşullar devam ettiği sürece çalışanlarda bazı sorunların ortaya çıkması da beklenen bir sonudur. Bu olumsuz kavram çalışanların ruh sağlıklarının bozulması, düşük verimlilik (Ünsar ve Karahan, 2011: 361; Özbek, 2011: 231), düşük iş tatmini, düşük motivasyon, yüksek iş stresi, iş ve örgüte karşı düşük sadakat, yüksek düzeyde işgücü devri ve işten kaçma, işe karşı soğuma ve işten uzaklaşma şeklinde kendini göstermektedir (Tutar, 2010: 183). Yabancılaşma, çeşitli süreçlerde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bazı araştırmacılar yabancılaşma sürecini boyutlandırmışlardır. Örneğin Seeman’a (1959: 783-791’den Akt. Şenturan, 2007: 96) göre yabancılaşma kavramı güçsüzlük, anlamsızlık, kuralsızlık, izolasyon, kendinden uzaklaşma olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Güçsüzlük; kişilerin yaşamlarını etkileyen koşullar üzerinde etkin olamaması ya da denetim kuramaması, anlamsızlık; kişilerin faaliyetlerinin kendileri için anlaşılır olmaması, faaliyetlerle genel amaçlar arasında bağlantı kuramaması, kuralsızlık; kuralların etkisizleşmesi, amaçlara ulaşmak için kural dışı faaliyetlerin gerekli olduğuna inanılması, izolasyon; toplumda veya örgütte yüksek değer gören inanç ya da amaçların kişi açısından herhangi bir değer taşıyamaması, kendinden uzaklaşma ise; kişilerin faaliyetlerinin kendileri için bir doyum kaynağı olmaktan çok kendi dışındaki doyumlar için bir araç durumuna gelmesi, şeklinde açıklanmaktadır.

II. Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın amacı Sağlık Bakanlığı tarafından riskli ve özellik arz eden birimler arasında gösterilen hastanenin ameliyathane, yoğun bakım ve acil ünitelerindeki algılanan çatışma yönetiminin kurumsal yabancılaşmaya olan etkisini belirlemektir. Araştırmanın evrenini Karadeniz Bölgesinde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin ameliyathane, yoğun bakım ve acil birimlerinde çalışan hekimler, hemşireler ve diğer personel oluşturmaktadır. Araştırmada, belirtilen personelin tümüne (n= 280) ulaşılması hedeflenmiştir.

Çalışmaya ilişkin verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışanların kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili açık ve kapalı uçlu sorulara yer verilmiştir. Veri toplama aracının ikinci bölümünde personelin çatışma çözme stillerini belirlemek amacıyla kullanılan ve Rahim (1983) tarafından geliştirilen 28 maddelik örgütsel çatışma ölçeği yer almaktadır. Çatışma ölçeği bütünleştirme, ödün verme, hükmetme, kaçınma ve uzlaşma alt boyutlarından oluşmaktadır. Anketin son bölümünde ise Coburn tarafından geliştirilen yabancılaşma ölçeğinden de esinlenerek Oruç (2004) tarafından oluşturulan 32 maddelik yabancılaşma ölçeği yer almaktadır. Anketin 2. ve 3. bölümündeki maddelerin değerlendirilmesinde “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kısmen Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” ifadelerinden oluşan “Likert” tipi beşli dereceleme ölçeği kullanılmıştır. Anketin oluşturulmasında Tarakçı’nın (2009) ve Oruç’un (2004) yüksek lisans tezlerinden de faydalanılmıştır.

Veri toplama aracının toplam güvenirlik Cronbach Alpha Katsayısı 0,614’tür. Çalışmada kullanılan örgütsel çatışma ölçeği Cronbach Alpha Katsayısı 0,576; yabancılaşma ölçeği Cronbach Alpha Katsayısı 0,576 olarak bulunmuştur. Veriler Haziran- Temmuz 2013 tarihleri arasında toplanmış, dağıtılan anketlerin 149’u dolu olarak dönmüş ve yanıt oranı %53,2 olarak gerçekleşmiştir. Bunların dışında 8 anket formu eksik veri nedeniyle araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler SPSS programı (20.0) ile analiz edilmiştir.

III. Bulgular ve Tartışma

Hastanenin ameliyathane, yoğun bakım ve acil ünitelerindeki algılanan çatışma yönetiminin kurumsal yabancılaşmaya olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya toplam 149 kişi katılmış olup katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Değişkenler	n	%
Unvan		
Hekim	23	15,4
Hemşire	76	51,0
Anestezi Tek.	11	7,4
Şirket Pers.	39	26,2
Cinsiyet		
Kadın	97	65,1
Erkek	52	34,9
Yaş (Yıl)		
34 altı	71	47,7
34 ve üzeri	78	52,3
Medeni Durum		
Evli	84	56,4
Evli Değil	65	43,6
Eğitim Durumu		
Ortaöğretim	71	47,7
Önlisans	37	24,8
Lisans ve Lisansüstü	41	27,5
Kurumdaki Hizmet Süresi (Yıl)		
1-2	74	49,7
3 ve üzeri	75	50,3
Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		
1-7	75	50,3
8 ve üzeri	74	49,7
Çalışılan Birim		
Yoğun Bakım	97	65,1
Acil	14	9,4
Ameliyathane	38	25,5
Çalışma Şekli		
Vardiya	109	73,2
Gündüz	40	26,8
Yabancılaşma Durumu		
Evet	39	26,2
Hayır	110	73,8
Çatışma Yaşama Durumu		
Evet	38	25,5
Hayır	111	74,5

Tablo 1'e göre araştırmaya katılanların %51'ini hemşireler, %26,2'sini şirket personeli, %15,4'ünü hekimler, %7,4'ünü ise anestezi teknisyenleri oluşturmaktadır. Belirtilen personelin %65,1'i yoğun bakımda, %25,5'i ameliyathanede %9,4'ü acil serviste çalışmaktadır. Katılımcıların %65,1'i kadın, %56,4'ü evlidir. Yaşlarına bakıldığında %52,3'ünün 34 yaş ve üstünde, %47,7'sinin 34 yaşın altında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan çalışanlar arasında ortaöğretim mezunlarının sayısı daha fazladır. Katılımcıların %50,3'ü 8 yıldan az %49,7'si ise 8 yıl ve üzeri çalışma süresine sahiptir. Halen görev yaptıkları hastanedeki çalışma süreleri incelendiğinde ise %49,7'sinin 3 yıldan az %50,3'ünün 3 yıl ve daha fazla süredir aynı yerde çalıştığı anlaşılmaktadır. Ayrıca

katılımcıların büyük çoğunluğu vardiya şeklinde çalışmaktadır. Çalışmaya dahil olan personel arasında kurumlarına yabancılaşma oranı %26,2 çatışma yaşama oranı ise %25,5 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmeleri

Çatışma Çözme Boyutları	n	Ort.	s.s.
1. Bütünleştirme	149	3,994	0,600
2. Ödün Verme	149	3,404	0,540
3. Hükmetme	149	3,093	0,739
4. Kaçınma	149	3,336	0,600
5. Uzlaşma	149	3,961	0,618
Yabancılaşma	149	3,131	0,509

Tablo 2’de araştırmaya katılan çalışanların çatışma çözme stilleri ve yabancılaşma ile ilgili maddelere ilişkin değerlendirmeleri yer almaktadır. Buna göre katılımcılar çatışma durumunda bütünleştirme ve uzlaşma stillerini daha fazla, hükmetme stilini daha az kullanmaktadırlar. Literatür incelendiğinde Yılmaz ve Öztürk’ün (2011) hastanelerdeki yönetici hemşirelerle (n=123) yaptığı çalışmasında da aynı doğrultuda bütünleştirme ve uzlaşma stillerinin daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Özarslan (2011) tarafından KKTC hastanelerinde 320 personelle yapılan çalışmada ise personelin hükmetme stilini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Yani bu açıdan literatürde bir bütünlük görülmemiştir.

Tablo 2’ye göre, çalışanların yabancılaşma düzeyi orta (3,131) olarak bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının yabancılaşma düzeylerinin genellikle “yüksek” olduğu görülmektedir. Örneğin Yetiş’in (2013) hastanelerde görev yapan hemşirelerle (n=593), Darıyemez’in (2010) sağlık personeli (n=60) ile Usul ve Atan’ın (2014) yine sağlık personeli (n=150) ile yaptığı çalışmalarında yabancılaşma düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması*

		Cinsiyet				Test Değerleri	
		Erkek		Kadın		t	p
		ort.	s.s.	ort.	s.s.		
Çatışma Çözme	Bütünleştirme	4,082	0,529	3,947	0,633	-1,316	0,190
	Ödün Verme	3,622	0,477	3,287	0,537	-3,767	0,000
	Hükmetme	3,080	0,799	3,099	0,708	0,143	0,887
	Kaçınma	3,388	0,542	3,308	0,629	-0,778	0,438
	Uzlaşma	4,101	0,561	3,887	0,637	-2,038	0,043
	Yabancılaşma	3,115	0,524	3,139	0,503	0,269	0,788

*t testi

Çalışanların çatışma çözme boyutları ve yabancılaşmaya ilişkin değerlendirmelerinin cinsiyetlerine göre karşılaştırması Tablo 3’de verilmiştir. Belirtilen Tabloya göre ödün verme ve uzlaşma boyutu bakımından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup her iki çatışma çözme stilini de erkek çalışanların kadın çalışanlara göre daha fazla kullandığı belirlenmiştir (p<0.05). Bununla birlikte, çalışanların yabancılaşmaya ilişkin değerlendirmeleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermemiştir.

Tablo 4. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması*

		Yaş (Yıl)				Test Değerleri	
		34 Altı		34 ve Üzeri		t	p
		ort.	s.s.	ort.	s.s.		
Çatışma Çözme Stilleri	Bütünleştirme	3,916	0,612	4,066	0,584	1,535	0,127
	Ödün Verme	3,373	0,585	3,432	0,498	0,658	0,511
	Hükmetme	3,051	0,722	3,131	0,757	0,660	0,511
	Kaçınma	3,207	0,596	3,453	0,582	2,551	0,012
	Uzlaşma	3,887	0,608	4,029	0,624	1,400	0,164
Yabancılaşma		3,069	0,401	3,187	0,587	1,410	0,161

*t testi

Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin yaş gruplarına göre karşılaştırması Tablo 4’de verilmiştir. Buna göre sadece kaçınma boyutu bakımından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve bu stili 34 ve üzeri yaşa sahip olan çalışanların diğer çalışanlardan daha fazla kullandığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diğer çatışma çözme stillerini de 34 ve üzeri yaşa sahip olan çalışanların daha fazla kullandığı, aynı zamanda belirtilen yaş grubundaki çalışanların daha fazla yabancılaşma içerisinde oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 5. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması*

		Medeni Durum				Test Değerleri	
		Evli		Evli Değil		t	p
		ort.	s.s.	ort.	s.s.		
Çatışma Çözme Stilleri	Bütünleştirme	4,017	0,562	3,965	0,649	-0,525	0,600
	Ödün Verme	3,383	0,505	3,431	0,585	0,535	0,593
	Hükmetme	3,024	0,770	3,182	0,692	1,295	0,197
	Kaçınma	3,347	0,561	3,321	0,650	-0,269	0,788
	Uzlaşma	3,958	0,635	3,965	0,601	0,069	0,945
Yabancılaşma		3,120	0,524	3,145	0,492	0,294	0,769

*t testi

Tablo 5’de, araştırmaya katılan çalışanların çatışma çözme boyutları ve yabancılaşmaya ilişkin değerlendirmelerinin medeni durumlarına göre karşılaştırması verilmiş olup boyutların tamamı bakımından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte bütünleştirme ve kaçınma stillerini evli çalışanların; ödün verme, hükmetme ve uzlaşma stillerini ise evli olmayan çalışanların biraz daha fazla kullandığı görülmektedir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evli olmayan çalışanlar biraz daha fazla yabancılaşma hissetmektedirler.

Tablo 6. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Kurumdaki Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması*

		Kurumdaki Çalışma Süresi (Yıl)				Test Değerleri	
		1-2 Yıl		3 Yıl ve Üzeri		t	p
		ort.	s.s.	ort.	s.s.		
Çatışma Çözme Stilleri	Bütünleştirme	3,987	0,615	4,002	0,589	-0,156	0,876
	Ödün Verme	3,302	0,524	3,504	0,540	-2,325	0,021
	Hükmetme	3,041	0,628	3,144	0,835	-0,854	0,394
	Kaçınma	3,241	0,537	3,429	0,646	-1,930	0,056
	Uzlaşma	3,902	0,633	4,020	0,602	-1,166	0,246
Yabancılaşma		3,167	0,521	3,095	0,497	0,867	0,387

*t testi

Kurumdaki çalışma sürelerine göre yapılan karşılaştırmada sadece ödün verme boyutu bakımından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve bu stili 3 yıl ve üzeri süredir kurumda çalışan personelin diğer personelden daha fazla kullandığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diğer çatışma çözme stillerini de 3 yıl ve üzeri süredir kurumda çalışan personelin daha fazla kullandığı, yine istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sözü edilen personelin daha fazla yabancılaşma hissettikleri Tablo 6'dan anlaşılmaktadır.

Tablo 7. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklerindeki Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması*

		Meslekteki Çalışma Süresi (Yıl)				Test Değerleri	
		1-7 Yıl		8 Yıl ve Üzeri		t	p
		ort.	s.s.	ort.	s.s.		
Çatışma Çözme Stilleri	Bütünleştirme	3,998	0,600	3,990	0,604	0,079	0,938
	Ödün Verme	3,373	0,569	3,435	0,511	-0,692	0,490
	Hükmetme	3,101	0,729	3,084	0,753	0,145	0,885
	Kaçınma	3,264	0,580	3,408	0,615	-1,463	0,146
	Uzlaşma	3,949	0,587	3,976	0,652	-0,292	0,771
Yabancılaşma		3,133	0,500	3,129	0,521	0,062	0,951

*t testi

Ankete katılanların çatışma çözme boyutları ve yabancılaşmaya ilişkin değerlendirmelerinin meslekteki çalışma sürelerine göre karşılaştırması Tablo 7'de incelenmiş olup değişkenlerin hiçbirisi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 8. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Çalışma Şekillerine Göre Karşılaştırılması*

		Çalışma Şekli				Test Değerleri	
		Vardiya		Gündüz		t	p
		ort.	s.s.	ort.	s.s.		
Çatışma Çözme Sülleri	Bütünleştirme	3,973	0,606	4,054	0,588	-0,730	0,467
	Ödün Verme	3,381	0,520	3,467	0,593	-0,860	0,391
	Hükmetme	3,136	0,755	2,975	0,689	1,179	0,240
	Kaçınma	3,262	0,569	3,538	0,641	-2,535	0,012
	Uzlaşma	3,947	0,638	4,000	0,566	-0,460	0,646
Yabancılaşma		3,151	0,489	3,075	0,562	0,809	0,420

*t testi

Tablo 8’de, araştırmaya katılan çalışanların çatışma çözme boyutları ve yabancılaşmaya ilişkin değerlendirmelerinin çalışma şekillerine göre karşılaştırması verilmiş olup sadece kaçınma boyutu bakımından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Kaçınma stilini vardiya usulü çalışmayan personel diğer personele oranla daha fazla kullanmaktadır. Bununla birlikte istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber vardiya usulü çalışan personel arasında yabancılaşma algısı daha fazla bulunmuştur.

Tablo 9. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Unvanlarına Göre Karşılaştırılması*

	Unvan	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
Bütünleştirme	Hekim	23	66,28	3	3,262	0,353
	Hemşire	76	76,32			
	Anestezi Tek	11	93,73			
	Şirket Pers.	39	72,29			
Ödün Verme	Hekim	23	74,93	3	6,404	0,094
	Hemşire	76	68,20			
	Anestezi Tek	11	99,77			
	Şirket Pers.	39	81,29			
Hükmetme	Hekim	23	90,74	3	9,361	0,025
	Hemşire	76	70,18			
	Anestezi Tek	11	48,68			
	Şirket Pers.	39	82,53			
Kaçınma	Hekim	23	69,83	3	13,496	0,004
	Hemşire	76	64,71			
	Anestezi Tek	11	93,86			
	Şirket Pers.	39	92,78			
Uzlaşma	Hekim	23	68,09	3	7,600	0,055
	Hemşire	76	70,89			
	Anestezi Tek	11	106,59			
	Şirket Pers.	39	78,17			
Yabancılaşma	Hekim	23	74,78	3	1,918	0,590
	Hemşire	76	79,06			
	Anestezi Tek	11	74,73			
	Şirket Pers.	39	67,29			

*Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların çatışma çözme boyutları ve yabancılaşmaya ilişkin değerlendirmelerinin unvanlarına göre karşılaştırılması Tablo 9’ da verilmiş olup hükmetme ve kaçınma boyutları bakımından yapılan değerlendirmelerin personelin unvanlarına göre değişme gösterdiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Tablo 9’a göre; hükmetme stilini en fazla hekimlerin en az anestezi teknisyenlerinin; kaçınma stilini en fazla anestezi teknisyenlerinin, en az hemşirelerin kullandığı tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hemşirelerin yabancılaşma düzeylerinin diğer personele kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması*

		Eğitim Durumu						Test Değerleri	
		Orta Öğretim		Önlisans		Lisans ve Üstü			
		ort.	s.s.	ort.	s.s.	ort.	s.s.	f	p
Çatışma Çözme Stilleri	Bütünleştirme	3,960	0,564	3,934	0,747	4,108	0,506	1,039	0,357
	Ödün Verme	3,441	0,600	3,392	0,517	3,350	0,450	0,384	0,682
	Hükmetme	3,031	0,737	3,189	0,709	3,112	0,775	0,574	0,564
	Kaçınma	3,411	0,591	3,257	0,724	3,276	0,477	1,079	0,343
	Uzlaşma	3,937	0,571	3,912	0,760	4,049	0,560	0,580	0,561
Yabancılaşma		3,040	0,547	3,190	0,493	3,235	0,433	2,289	0,105

*ANOVA

Tablo 10’da, çalışan değerlendirmelerinin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması verilmiştir. Ankete katılan çalışanlar arasında ortaöğretim, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunları bulunmaktadır. Yapılan analizler sonucunda hiçbir boyut bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bununla birlikte bütünleştirme ve uzlaşma stillerini lisans/üstü mezunlarının, ödün verme ve kaçınma stillerini ortaöğretim mezunlarının, hükmetme stilini ise önlisans mezunu çalışanların daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Yine istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte lisans/üstü mezunu çalışanların yabancılaşma algılarının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. Çalışanların Çatışma Çözme Boyutları ve Yabancılaşmaya İlişkin Değerlendirmelerinin Çalıştıkları Birimlere Göre Karşılaştırılması*

	Birim	n	Sıra Ort.	sd	X ²	p
Bütünleştirme	Yoğun Bakım	97	78,13	2	8,251	0,016
	Acil	14	43,61			
	Ameliyathane	38	78,58			
Ödün Verme	Yoğun Bakım	97	72,20	2	2,416	0,299
	Acil	14	69,32			
	Ameliyathane	38	84,24			
Hükmetme	Yoğun Bakım	97	75,07	2	6,512	0,039
	Acil	14	99,93			
	Ameliyathane	38	65,64			
Kaçınma	Yoğun Bakım	97	71,23	2	4,573	0,102
	Acil	14	66,71			
	Ameliyathane	38	87,67			
Uzlaşma	Yoğun Bakım	97	74,74	2	3,613	0,164
	Acil	14	57,04			
	Ameliyathane	38	82,28			
Yabancılaşma	Yoğun Bakım	97	77,72	2	1,288	0,525
	Acil	14	74,18			
	Ameliyathane	38	68,37			

*Kruskal Wallis Testi

Ankete katılanların çatışma çözme boyutları ve yabancılaşmaya ilişkin değerlendirmelerinin çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir. Tabloya göre; bütünleştirme ve hükmetme boyutları bakımından yapılan değerlendirmeler personelin çalıştıkları birimlere göre anlamlı olarak değişme göstermiştir ($p < 0.05$). Bütünleştirme stilini en fazla ameliyathanede çalışanlar, en az acil serviste çalışanlar; hükmetme stilini ise en fazla acil serviste çalışanlar, en az ameliyathanede çalışanlar kullanmaktadırlar. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yoğun bakımda çalışanların yabancılaşma düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 12. Araştırmanın Ana Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

		Bütünleştirme	Ödün Verme	Hükmetme	Kaçınma	Uzlaşma	Yabancılaşma
Bütünleştirme	r						
	p						
Ödün Verme	r	0,332					
	p	0,000					
Hükmetme	r	-0,087	0,018				
	p	0,290	0,828				
Kaçınma	r	0,270	0,320	0,020			
	p	0,001	0,000	0,805			
Uzlaşma	r	0,778	0,416	0,003	0,308		
	p	0,000	0,000	0,974	0,000		
Yabancılaşma	r	0,357	0,109	0,208	0,069	0,269	
	p	0,000	0,187	0,011	0,402	0,001	

Tablo 12’de araştırmanın ana değişkenleri arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; bütünleştirme, hükmetme ve kaçınma boyutları ile yabancılaşma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer bir deyişle çatışmaları çözmek için bütünleştirme, hükmetme ve kaçınma stratejilerini kullanmak, kurumsal yabancılaşmayı artırmaktadır. Ödün verme ve uzlaşma stratejilerini kullanma ile yabancılaşma arasında ise anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Tablo 13. Yabancılaşma Düzeylerinin Bütünleştirme, Hükmetme ve Uzlaşma Boyutlarına Göre Tahmini İçin Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

	B	t	p	R ²	F	p
Regresyon Katsayısı	1368	4,284	0,000	0,187	11,108	0,000
Bütünleştirme	0,431	3,582	0,000			
Hükmetme	0,245	3,244	0,001			
Uzlaşma	-0,067	-0,563	0,575			

Tablo 13’de yabancılaşma düzeylerinin bütünleştirme, hükmetme ve uzlaşma boyutlarına göre tahmini için yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Regresyon analizinde yabancılaşma düzeyi bağımlı değişken bütünleştirme, hükmetme ve uzlaşma boyutları ise bağımsız değişkenlerdir. Tabloya göre; bütünleştirme, hükmetme ve uzlaşma boyutları birlikte, yabancılaşma düzeyindeki değişimin %18,7’sini açıklamaktadır ($R^2 = 0,187$). Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,000$). Yabancılaşma düzeyi ile bütünleştirme ve hükmetme boyutları arasında pozitif ($\beta = 0,431; 0,245$) ve istatistik olarak anlamlı ilişkiler ($p = 0,000; 0,001$) olduğu tespit edilmiştir.

IV. Sonuç ve Öneriler

Ameliyathane, yoğun bakım ve acil ünitelerindeki algılanan çatışma yönetiminin kurumsal yabancılaşmaya olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma Karadeniz Bölgesinde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, katılımcıların çatışma durumunda bütünleştirme ve uzlaşma stillerini daha fazla, hükmetme stilini daha az kullandıkları belirlenmiştir. Ulaşılan bulgulara göre, çalışanların yabancılaşma düzeyleri “orta” (3,131) seviyededir.

Araştırma sonucunda ödün verme stilini erkek çalışanların, 3 yıl üzeri süredir kurumda çalışan personelin; uzlaşma stilini erkek çalışanların; kaçınma stilini 34 ve üzeri yaşa sahip olan çalışanların, vardiya usulü çalışmayan personelin, anestezi teknisyenlerinin; hükmetme stilini hekimlerin, acil serviste çalışanların; bütünleştirme stilini ameliyathanede çalışanların daha fazla kullandıkları görülmüştür.

Bulgulara göre, çatışmaları çözmek için bütünleştirme, hükmetme ve kaçınma stratejilerini kullanmak, kurumsal yabancılaşmayı artırmaktadır ve bütünleştirme, hükmetme ve uzlaşma boyutları yabancılaşma düzeyindeki değişimin %18,7’sini açıklamaktadır. Daha genel bir ifade ile bir örgütteki çatışmaların nasıl yönetildiği çalışanların kurumlarına karşı yabancılaşma düzeylerini etkilemektedir.

Sonuç olarak, örgütler farklı kültürlerden, farklı davranış, tutum ve özelliklere sahip, farklı ihtiyaçlar ve beklentiler içerisinde olabilen insanları barındıran yapılardır. Bu nedenle örgütlerde zaman zaman çatışmaların yaşanması normal olarak kabul edilmelidir.

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

Bununla birlikte, örgütlerde meydana gelen çatışmalar uygun çatışma yönetimi stilleri kullanılarak çözümlenmelidir. Uygun çatışma yönetimi stilini belirleyebilmek ise çatışma konusunun iyi analiz edilebilmesini gerektirir. Böylece fonksiyonel olmayan çatışmaların fonksiyonel yani çalışanlara ve örgütlere fayda sağlayan çatışmalara dönüşmesi sağlanacak aynı zamanda çalışanların kurumlarına karşı yabancılaşması da önlenebilecektir. Belirtilenlerin gerçekleştirilebilmesi için de, örgüt yöneticileri çalışanlar arasındaki çatışmaların ve yabancılaşma olgusunun farkında olmalı ve muhtemel çatışmalara erken dönemde müdahale edebilmelidirler.

Kaynaklar

1. Banai, M., Reisel, W. D. and Probst, T. M. (2004). A Managerial and Personal Control Model: Predictions of Work Alienation and Organizational Commitment in Hungary. *Journal of International Management*, 10(3), 375-392.
2. Başaran, İ. E. (1992). *Yönetimde İnsan İlişkileri Yönetimsel Davranış*. Ankara: Gül Yayınevi.
3. Bell, D. (1959). The "Rediscovery" of Alienation: Some Notes along the Quest for the Historical Marx. *Journal of Philosophy*, 56(24), 933-952.
4. Darıyemez, K. (2010). *Örgütlerde Ortaya Çıkan Yabancılaşma Sorunu ve Bu Sorunun Çözümü Açısından Halkla İlişkiler Çalışmalarının Önemi (Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği)*. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksel Lisans Tezi, Ankara.
5. Eren, E. (2010). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
6. Güney, S. (2011). *Örgütsel Davranış*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
7. Gürüz, D. ve Gürel, E. (2009). *Yönetim ve Organizasyon Bireyden Örgüte, Fikirden Eyleme*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
8. Oruç, D. (2004). *Kocaeli'deki Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Yabancılaşma ve Etkileyen Faktörler*. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksel Lisans Tezi, Kocaeli.
9. Özarıslan, A. (2011). *Sağlık Profesyonellerinin Hastanelerde Çatışma ve Çatışma Yönetimine İlişkin Görüşleri*. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksel Lisans Tezi, Lefkoşa.
10. Özbek, M. F. (2011). *Örgüt İçerisindeki Güven ve İşe Yabancılaşma İlişkisinde Örgüte Uyum Sağlamanın Aracı Rolü*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16(1), 231-248.
11. Özkalp, E. (1998). *Davranış Bilimleri ve Organizasyonlarda Davranış*. Eskişehir: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları.
12. Rahim, M. A. (1983) *Organizational Conflict Inventories: Professional Manual*. Consulting Psychologist Press.
13. Seeman, M. (1959). On the Meaning of Alienation. *American Sociological Review*, 24(6), 783-791.
14. Streiner, D. L. and Norman, G. R. (1992). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. New York: Oxford University.
15. Şenturan, S. (2007). *Mesleki Yabancılaşma: Kamu Bankalarında Yeniden Yapılandırma Sonucu Çeşitli Kurumlara Aktarılan Çalışanların Durumu*. *Kamu- İş*, 9(1), 91-104.
16. Şimşek, M. Ş., Akgemci, T. ve Çelik, A. (1998). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
17. Tarakcı, U. A. (2009). *Türk Özel Sektör Yöneticilerinin Çatışmaları Çözmede Kullandıkları Stiller ve Bu Stillerin Öz Yeterlilik Algılamasıyla İlişkisi*. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksel Lisans Tezi, Balıkesir.



18. Tutar, H. (2010). İşgören Yabancılaşması ve Örgütsel Sağlık İlişkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 65(1), 175-204.
19. Usul, H. ve Atan, A. (2014). Sağlık Sektöründe Yabancılaşma Düzeyi. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 16(26), 1-10.
20. Ünsar, A. S. ve Karahan, D. (2011). Yabancılaşmanın İşten Ayrılma Eğilimine Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 15(21), 361-378.
21. Yetiş, Z. (2013). Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde İşe Yabancılaşma. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksel Lisans Tezi, Erzurum.
22. Yılmaz, F. ve Öztürk, H. (2011). Hastanelerde Yönetici Hemşirelerin Karşılaştıkları Çatışma Nedenleri ve Çatışma Yönetim Yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 19(3), 145-152.

HEMŞİRE DEĞERLENDİRMELERİ YÖNÜYLE HASTANE YÖNETİCİLERİNİN KULLANDIKLARI ÇATIŞMA YÖNETİM STİLLERİ: BİR BÖLGE DEVLET HASTANESİNDE UYGULAMA

Servet ARITÜRK*

Ömer R. ÖNDER**

ÖZET

Bu çalışma, Batman Bölge Devlet Hastanesinde görev yapan hemşirelerin çatışma durumunda yöneticiler tarafından uygulanan çatışma yönetim stillerine ilişkin algılarının ne olduğu ve bu algılarının sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın türü kesitsel ve tanımlayıcıdır. Veriler anketle toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Batman Bölge Devlet Hastanesinde görev yapan 313 hemşire oluşturmaktadır. Evrenin %69,6'sına ulaşılmıştır.

Çatışma durumunda yöneticiler daha çok problem çözme ve kaçınma biçimindeki çatışma yönetim stillerini benimsemektedir. Hemşirelerce uyma ve uzlaşma stiline yöneticilerde daha az gözlendiği belirtilmiştir. Farklı öğrenim düzeyleri arasında tüm çatışma yönetimi stilleri boyutunda önemli fark bulunmuştur. Sağlık meslek lisesi algı puanları diğer öğrenim düzeylerine kıyasla daha yüksektir.

Yöneticilere çatışma yönetimi konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir. Yöneticiler çatışmanın durumuna göre farklı yönetim stilleri uygulamalıdır. Problem çözme stiline yanında uzlaşma ve uyma stiline de yer vermelidirler. Hükmetme stiline zorunlu olmadıkça kullanmamalıdır. Hemşirelerin bu konudaki değerlendirmelerini de göz önünde bulundurmalarıdır.

Anahtar Kelimeler: Çatışma, Çatışma Yönetimi, Çatışma Yönetimi Stilleri, Hemşire

*Uzm. Batman Bölge Devlet Hastanesi

**Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü

THE PERCEPTION OF NURSES REGARDING CONFLICT MANAGEMENT STYLES USED BY HOSPITAL MANAGERS: A STUDY IN A PROVINCIAL STATE HOSPITAL

ABSTRACT

This study has been carried out to determine the perception of nurses who work in Batman Regional Public Hospital with regards to conflict management styles imposed by managers in case of a conflict and to clarify whether these perceptions differentiate or not according to socio-demographic variables. This is a cross sectional and descriptive study. The data has been collected using a questionnaire. The population of the study consists of 313 nurses who work in Batman Regional Public Hospital. 69.6% of the population has been reached.

Hospital managers mostly tend to adopt conflict management styles including problem solving and avoidance in case of a conflict. It has been stated by nurses that managers tend to show compromise and compliance styles less than others. There have been significant differences in all conflict management styles dimensions among different education levels. The perception points of vocational health school alumni have been found higher than other education levels.

It has been suggested that education programs should be prepared for the managers on conflict management styles. Hospital managers should implement different conflict management styles depending on the state of the conflict. Besides than problem solving style, compliance and compromise styles should also be used by managers. Command styles should not be enforced if it's not an obligatory situation. Managers should also take into account the evaluations of nurses on this subject.

Key Words: *Conflict, Conflict Management, Conflict Management Styles, Nurse*

1.Giriş

İnsanların etkileşim halinde olduğu her ortamda çatışma kaçınılmazdır. Bireyler, gruplar ve örgütler amaçlarını gerçekleştirmek için çalışırken sürekli bir etkileşim içindedirler. Bu etkileşim sürecinde taraflar arasındaki ilişkilerde, etkinliklerde uyumsuzluk ve tutarsızlıklar, iki taraf arasında çatışmayı doğurur. Uyuşmazlık ve tutarsızlıklar tarafların kıt bir kaynağı paylaşımı, ortak bir eylem ya da etkinlikte farklı davranmak istemelerinden, farklı değerlere, tutumlara ve inançlara sahip olmalarından kaynaklanabilir. Çatışma; bir çıkar, güç ve statü çekişmesi olarak da tanımlanabilir. Çatışma, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bireysel taraf farklı durumlardan biri ile karşılaştığında ortaya çıkabilir (Rahim, 1992). Filley, işletmelerde çatışma kavramını, “İki ya da daha fazla kişi, grup ya da örgüt arasında çeşitli nedenlerle ve çeşitli derecelerde gelişen bir süreç.” olarak tanımlamıştır (Filley, 1975).

Günümüzde örgütlerde çatışma kaynağı haline gelebilecek pek çok sorun vardır. Örgütlerde çatışma olasılığının arttığı ortamlarda yöneticiler, çatışma nedeni olabilecek durumları önceden kestirebilir ve bunlara yönelik etkin önlemler geliştirebilirlerse, örgütler çatışmadan daha az etkilenirler. Bunun için yöneticiler; çatışmayı doğru tanımlamak, çatışma nedenlerini iyi belirlemek ve çatışma yönetim modelleri ve çatışma yönetiminde kullanılan yöntemlere ilişkin yeterli bilgiye sahip olmak durumundadırlar (Aşçıoğlu, 2007).

Pondy, çatışmayla ilgili olarak nesnel koşullardan başlayan duygusal algılamalar ve davranışa kadar uzanan bir dizi özgün tanımlamanın olduğunu belirtmekte ve çatışmanın tüm bu olaylar dizisini başlatan genel bir anlamı olduğunu vurgulamaktadır (Pondy, 1967).

Örgüt içerisinde çatışma nedenleri birçok uzman tarafından farklı sınıflandırılmıştır. Bunları yapısal ve bireysel etmenler olarak ele almak olanaklıdır. Örgütün yapısal etmenlerini; iş bölümü ve uzmanlaşma, karşılıklı görev bağımlılığı, kıt kaynaklar, amaç ve statü farklılıkları, örgütün büyüklüğü ve yetki belirsizliği biçiminde sıralamak olanaklıdır. Bireysel etmenler ise, algısal ve kişilik farklılıkları, beceri ve yetenek farklılıkları, ahlaki değer ve yargılara farklı bakış, duygulardaki farklılıklar ve iletişimsizlik ya da iletişim engelleri olarak ele alınabilir. Değinilen çatışma nedenleri, hastaneler için de önemli olmakla birlikte hastanenin yapısal ve örgütsel niteliğinden kaynaklanan çatışma nedenleri de bulunmaktadır. Hastaneler karmaşık bir yapıya sahip olduklarından ortaya çıkabilecek çatışmaların nedenleri de çok değişiktir. Bazen herhangi bir birimdeki bir çatışma durumunun temelinde çok sayıda neden bulunabilir. Çatışmalara neden olan etmenleri bilmek, çözüm üretmek önemli bir aşamadır. Geleneksel yaklaşıma göre; kurumlarda çatışmaların hiç yaşanmaması arzu edilen bir görüş idi. Ancak çağdaş modern yaklaşıma göre, uygun yönetilmesi halinde çatışmaların örgütün gelişmesine ve değişimine olanak sağlayacağı, aksine örgütün amaç ve verimliliğini olumlu etkileyeceği ileri sürülmektedir (Koçel, 2003; Şimşek, 1999).

Birçok otorite çatışma yönetiminde kullanılabilecek stillerden söz etmiş ve çatışma yönetiminde kullanılan stilleri beş türde ele almışlardır. Bunlar, “Problem Çözme”, “Uyma”, “Hükmetme”, “Kaçınma” ve “Uzlaşma” olarak sıralanabilir (Rahim ve Bonama, 1979; Akt: Hammond, 1999). Problem çözme stili, çatışan tarafların; problemi tanımlama, anlaşmazlık nedenlerini gözden geçirme, farklı seçenekler sunma, her iki tarafın anlaşabileceği uygun bir faaliyet yolu seçme amacı ile bir araya gelmelerini içerir (Baysal ve Tekarslan, 1996). Çatışan taraflarca, bütünüyle kabul edilen bir çözüm yolu araştırılır ve böylece; taraflardan hiçbiri, herhangi bir özveride bulunmamış ve ortak çözüm yolu bulmuş olur. Çatışma halindeki personel, problemlerine en iyi çözüm yolunu bulmak için bir araya geldiklerinden; bu yaklaşımda, çatışmanın nedenleri karşılıklı olarak tartışılır, araştırılır ve yöneticinin katkısı ile ayrıntılı bir şekilde ele alınması sağlanır. Böylece; ortaya çıkan sonuçlar ışığında, çatışma için kabul edilebilir ve farklı çözüm yolları önerilir (Şimşek, 1999). Uyma stili bazı kaynaklarda, “yatıştırma” ya da “yumuşatma” olarak da adlandırılmaktadır. Bu stilde, karşı tarafı yatıştırıp onu memnun etmek amacıyla farklılıkları göz ardı ederek, iki taraf arasındaki ortak noktalar üzerinde yoğunlaşmaktadır.” (Rahim ve Magner, 1995). Daha çok astlar ile üstler arasında dikey çatışma yaşanan durumlarda, astlar durumu kurtarmak amacıyla bu çatışma yönetim stilini kullanma yoluna gidebilirler. Özellikle Türkiye’de geleneksel bürokratik yapıya sahip işletmelerde astlarla üstler arasında güç mesafesi daha geniş olduğundan, astların çatışmada üstlerin gereksinimlerine ve ilgilerine boyun eğmeleri olasılığı yüksektir (Karip, 2000). Çatışmalı durumlarda hükmetme stilinin kullanılması, güçlünün karşı tarafa baskı yaparak, korku yoluyla anlaşmazlığı gidermesidir. Biçimsel yetkiye sahip ya da kendini diğer tarafa göre daha güçlü hissedenden taraf kazanırken, diğer taraf kaybetmektedir. Astları ile anlaşmazlık içinde olan bir üstün, kendini haklı çıkarmak için, çatışma durumunu kazan-kaybet mücadelesine çevirmesi ve sonuçta gücünü ve otoritesini kullanarak kendini haklı çıkarması”, bu modelin tipik bir özelliğidir (Baysal ve Tekarslan, 1996). Kaçınma, bir diğer stildir. Çatışmayı ortadan kaldırmak için kullanılan en doğal yol, çatışmadan kaçınılmasıdır. Kaçınma yöntemini uygulayan taraf çatışma konusunda, bilinçli olarak, herhangi bir eylemde bulunmaz ve çatışma durumunun dışında kalmaya çalışır. Kaçınılmaz bir biçimde çatışma

çıkış ise, ya buldukları bu ortamı terk eder ya da çok önemli uğraşları varmış gibi, başka hiçbir şeyle ilgilenmeyip, yalnızca yaptıkları işle uğraşırlar. Aslında, çatışan taraflarla konuşulduğunda, sanki hiçbir anlaşmazlık yokmuş gibi, sessiz kaldıkları ya da çatışmayı inkar ettikleri görülür (Cüceloğlu, 1987). Uzlaşma da birçok çatışmada başvurulan stildir. Çatışan tarafların kendi çıkarlarından vazgeçerek, ortak çıkarlar doğrultusunda birleşmeleri uzlaşma olarak tanımlanmaktadır (Robbins ve Coulter, 2003). Bu stilde her iki taraf da karşılıklı olarak kabul edilebilir bir düşünce oluşturabilmek için, ortak özveri yoluyla paylaşmayı kabul eder. Dolayısıyla kesin olarak kazanan ya da kaybeden bir taraf yoktur (Rahim ve ark., 2000). Çatışma tarafları, çözüm için kendileri uzlaşabilecekleri gibi, yöneticileri tarafından da uzlaştırılabilirler.

Toplumların sağlık hizmetlerine olan taleplerinin her geçen gün artması nedeniyle, hastanelerin verimli kullanılmasını etkileyen öğelerin analizi giderek önem kazanmaktadır. Bunlardan biri de çatışmadır. Hastaneler en karmaşık örgütler arasında yer aldıklarından, çatışma potansiyeline sahiptirler. Sağlık kurumlarında pek çok yönetici, kurumlarında çatışma yaşandığında, farkında olmasa da; problem çözme, uyma, hükmetme, kaçınma ve uzlaşma stillerini kullanmaktadır. Oysa çalışanlar aynı çatışmada yöneticilerinin çatışma yönetimi konusunda yeterli davranışları göstermedikleri farklı algısına sahip olabilirler. Bu görüşten hareketle bu çalışmada; çatışma durumunda yöneticiler tarafından uygulanan çatışma çözme yöntemlerinin, hemşirelerin algıları doğrultusunda belirlenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Günümüzde hastanelerde, hemşirelerin ve diğer çalışanların yaşadığı çatışmaların yönetilmesi, yöneticilerin temel sorumlulukları haline gelmiştir. Çatışmalara neden olan etmenlerin belirlenmesi, işletmenin etkililiğini ve verimliliğini etkileyen, yöneticilerin enerji ve zamanlarının büyük bir kısmını alan çatışmayı yönetmekte kullanılacak en uygun yöntemin seçilmesi bakımından önemlidir. Yöneticilerin, çatışma durumunda hangi çatışma çözme yöntemlerini kullandıkları ve bunların yönetilenler tarafından nasıl algılandıkları da önemlidir. Bu algıların belirlenmesi, yöneticilerin çatışma yönetimine katkı sağlayabilir.

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hastanede görev yapan hemşirelerin çatışma durumunda yöneticiler tarafından uygulanan çatışma yönetim stillerinin hemşire algıları doğrultusunda değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Batman Bölge Devlet Hastanesinde görev yapan 313 hemşire çalışmanın evrenini oluşturmuş, örneklem seçilmemiş, evren elemanlarının tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak anket uygulaması sırasında izinli, raporlu ve ataması başka bir yere yapılan hemşireler ile araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve uygun doldurulmamış anketler kapsam dışı bırakılmış, 218 hemşireden alınan verilerle yetinilmiştir. Bu durumda evrenin % 69,6'sına ulaşılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane yönetiminden izin ve etik kurul kararı alınmıştır.

2.3.Veri Toplama Aracı

Bu çalışma, kesitsel tipte durum saptamaya yönelik bir alan araştırması olup, veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Anket, bireyleri tanımlayıcı sorulardan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” ve 28 ifadeden oluşan “Çatışma Yönetim Stilleri Ölçeğinden (The Rahim Organizational Conflict Inventory-II, ROCI-II)” oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan ölçeğin

güvenirlilik analizi birçok araştırmacı tarafından yapılmış olmasına karşın, bu çalışma için elde edilen veriler kullanılarak ayrıca Cronbach Alpha katsayıları yeniden hesaplanmıştır. Buna göre; problem çözme alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,92; uyma 0,84; hükmetme 0,77; kaçınma 0,71 ve uzlaşma alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur. Tümü 28 ifadeden oluşan çatışma yönetimi stilleri ölçeğinin genel Cronbach Alpha Katsayısı ise 0,90'dır. Bu maddelerin 5 alt boyuta dağılımı şöyledir; 1, 4, 5, 12, 22, 23, 28 sıra numaralı ifadeler problem çözme stilini; 2, 10, 11, 13, 19, 24 numaralı ifadeler uyma stilini; 8, 9, 18, 21, 25 numaralı ifadeler hükmetme(güç kullanma) stilini; 3, 6, 16, 17, 26, 27 numaralı ifadeler kaçınma stilini ve 7, 14, 15, 20 numaralı ifadeler uzlaşma stilini oluşturmaktadır. Buna göre problem çözme 7, uyma 6, hükmetme(güç kullanma) 5, kaçınma 6 ve uzlaşma stili 4 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade “Her Zaman-5”, “Çoğunlukla-4”, “Arasıra-3”, “Az-2” ve “Hiç-1” olarak puanlanmış olup, toplam puanın artması, o stilin daha fazla kullanıldığını göstermektedir.

Anket düzenlendikten sonra, araştırma grubuna uygulamadan önce, evrene benzer özellikler taşıyan Batman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinden 20 hemşire ve ebeye ön uygulama yapılmış, ankette anlaşılmayan soru bulunmadığı görülmüş, daha sonra araştırma grubundaki hemşire sayısı kadar çoğaltılmıştır. Ortam uygun olması halinde anketler yüz yüze ya da gözlem altında doldurulmuştur. Yanıtların doğru ve tarafsız alınabilmesi için hemşirelere ankete isim, soy isim yazmamaları hatırlatılmıştır. Anketler, hazırlanan “veri kodlama talimatına” göre kodlanmış, bilgisayara aktarılmış, min-max. tutarlılık denetiminden sonra, amaç ve hipotezler doğrultusunda tablolar oluşturulmuştur. Frekans tablolarında sayı(n) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Diğer tablolarda aritmetik ortalama (\bar{X}), standart sapma (Ss), Min-Max değerlerine ve önemlilik testlerine yer verilmiştir. Metin içerisinde aritmetik ortalamalar standart sapmaları ile birlikte gösterilmiştir. Ayrıca, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi (One-Way Anova) de kullanılmıştır. Kullanılan çatışma yönetim stillerinin aralarındaki ilişkileri korelesyan(r) ve tanımlayıcılık(R) katsayıları ile değerlendirilmiştir.

3.Bulgular ve Tartışma

Hemşirelerin %65,6'sı kadın; %17,9'u 24 yaş ve altında, %35,3'ü 25-29; %38,1'i 30-35 yaş aralığında, yarısından fazlasının (%59,2) evli, olduğu görülmektedir. Hemşirelerin; %60,1'nin çocuğu yok, %17,0'ının 1 çocuğu vardır. Öğrenim durumlarına bakıldığında %22,0'mın lise, %28,9'unun ön lisans ve %49,1'inin ise lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %39,9'u dahili tıp bilimlerinde, %24,8'i cerrahi tıp bilimlerinde ve %35,3'ü diğer birimlerde görev yapmakta, %44,0'ı 1-23; % 39,5'i 24-48 ve %16,5'i 49 ay ve daha fazla çalışmışlardır. Batman Bölge Devlet Hastanesindeki toplam çalışma sürelerine bakıldığında ise %23,4'ü 1-23 ay, %47,7'si 24-48 ay arasında ve %28,9'u da 49 ay ve daha fazla çalışmış oldukları görülmektedir(tablo 1).

Hemşirelerin yöneticiler tarafından çatışma durumlarında uygulanan çatışma yönetim stillerine ilişkin genel algı puanları tablo 2'de verilmiştir. Buna göre hemşirelerin; 21,47±7,10 ile en yüksek düzeyde problem çözme, 16,28±5,23 ile uyma, 16,19±4,61 ile hükmetme, 17,64±4,75 ile kaçınma ve 12,05±3,91 ile en düşük uzlaşma stilinin uygulandığını düşünmektedirler.

Hemşirelerin çatışma yönetim stillerine ilişkin genel algıları; 21,47±7,10 ortalama ile problem çözme stili birinci sırada yer almakta, bunu 17,64±4,75 ortalama ile kaçınma, 16,28±5,23 ortalama ile uyma, 16,19±4,61 ortalama ile hükmetme ve en düşük 12,05±3,91 ortalama ile uzlaşma stili takip etmektedir. Hemşirelerin algılarına göre, hastanede çatışma

durumlarında yöneticiler, en çok problem çözme olmak üzere kaçınma, uyma, hükmetme ve uzlaşma stillerinin tümünü uygulamaktadırlar.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri (n=218)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	143	65,6
Erkek	75	34,4
Yaş (Yıl)		
24 ve Altı	39	17,9
25-29	76	35,3
30-35	84	38,1
36 ve Üstü	19	8,7
Medeni Durum		
Evli	129	59,2
Bekar	89	40,8
Çocuk Sayısı		
Yok	131	60,1
1	37	17,0
2	39	17,9
3 ve Üstü	11	5,0
Öğrenim Durumu		
Lise	48	22,0
Ön Lisans	63	28,9
Lisans ve Lisans Üstü	107	49,1
Birim		
Dahili Tıp Bilimleri	87	39,9
Cerrahi Tıp Bilimleri	54	24,8
Diğer Birimler	77	35,3
Birim Çalışma Süresi (Ay)		
1-23	96	44,0
24-48	86	39,5
49 ve Üzeri	36	16,5
Toplam Çalışma Süresi (Ay)		
1-23	51	23,4
24-48	107	47,7
49 ve Üzeri	60	28,9
Toplam	218	100,0

Tablo 2. Hemşirelerin Çatışma Yönetim Stillerine İlişkin Genel Algı Puan Ortalamaları

Boyutlar	N	\bar{X}	Min.	Max.	Ss
Problem Çözme	218	21,47	7	35	7,10
Uyma	218	16,28	6	29	5,23
Hükmetme	218	16,19	5	25	4,61
Kaçınma	218	17,64	6	29	4,75
Uzlaşma	218	12,05	4	20	3,91

Tablo 3. Medeni Duruma Göre Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Algıladıkları Çatışma Yönetim Stilleri Puan Ortalamaları

Çatışma Yönetim Stilleri	Medeni Durum	n	\bar{X}	Ss	t	p
Problem Çözme	Evli	129	20,75	7,13	-1,793	0,074
	Bekar	89	22,50	6,97		
Uyma	Evli	129	15,63	5,05	-2,222	0,027
	Bekar	89	17,22	5,38		
Hükmetme	Evli	129	16,48	4,60	1,141	0,255
	Bekar	89	15,76	4,62		
Kaçınma	Evli	129	17,55	4,72	-0,313	0,754
	Bekar	89	17,76	4,82		
Uzlaşma	Evli	129	11,45	3,80	-2,733	0,007
	Bekar	89	12,91	3,93		

Hemşire algılarına göre evli ve bekarlar arasında çatışma durumunda yöneticilerin uyguladığı uyma ve uzlaşma çatışma yönetim stilleri açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur (Uyma $p=0,027$; Uzlaşma $p=0,007$). Bekar hemşirelerin uyma ve uzlaşma stilleri puan ortalamaları evlilere kıyasla daha yüksektir. Hemşire algıları doğrultusunda problem çözme, hükmetme ve kaçınma stilleri puan ortalamaları yönünden evlilerle bekarlar arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunamamıştır (tablo 3). Çatışma yönetim stillerine ilişkin hemşirelerin algılarının; problem çözme, kaçınma ve hükmetme için medeni duruma göre değişmediği ($p>0,05$), ancak uyma ve uzlaşma stiline ilişkin hemşirelerin algılarının medeni duruma göre değiştiği gözlenmiştir ($p<0,05$; tablo 3). Bu bulgu, çatışma yönetim stillerinin

beş alt boyutu için Bucak'ın (2010) çalışması ile uyumludur. Bucak da (2010) çalışmasında medeni durum değişkeni ile problem çözme, hükmetme ve kaçınma stilleri arasında anlamlı farklılık bulunmamış ($p>0,05$), uyma ve uzlaşma stilleri ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerin yöneticiler tarafından uygulanan çatışma yönetim stillerine ilişkin algılarının yaşa göre değişip değişmediği tablo 4'de verilmiştir. Yaş açısından oluşturulan gruplar arasında hemşire algılarına göre çatışma durumunda yöneticilerin uyguladığı problem çözme ve uyma çatışma yönetim stilleri puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur (Uyma $p=0,023$; Problem çözme $p=0,045$). 24 yaş ve altı hemşirelerin uyma ve uzlaşma stilleri puan ortalamaları diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksektir. Hükmetme, kaçınma ve uzlaşma stilleri puan ortalamaları yönünden hemşire yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır. Bucak'ın (2010) çalışmasında çatışma yönetim stillerinin beş alt boyutu ile yaş arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Uyma stili hariç bu çalışmanın bulguları, Bucak'ın bulguları ile uyumlu değildir. Aşcıoğlu'nun (2007) çalışmasında; çatışma yönetim stilleri ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Uyma stili hariç bu çalışmanın bulguları, Aşcıoğlu'nun bulguları ile paralellik göstermektedir. Kıdak ve ark.,'nın (2011) araştırmasında ise yaş ile uyma ve uzlaşma stilleri arasında anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0,05$), diğer üç stil ile yaş arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Uzlaşma stili hariç bu çalışmanın bulguları, Kıdak ve ark.,'nın, bulguları ile paralellik göstermektedir. Uysal (2004) araştırmasında çatışma yönetim stilleri ile yaş değişkeni arasında (uzlaşma stili hariç) anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmanın bulguları (uzlaşma ve uyma stilleri hariç) Uysal'ın bulguları ile uyumludur. Karcıoğlu ve Alioğulları (2012) araştırmalarında çatışma yönetim stilleri ile yaş değişkeni arasında (hükmetme stili hariç) anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmanın bulguları (uyma ve hükmetme stilleri hariç) ile Karcıoğlu ve Alioğulları'nın bulguları uyumludur. Bu konuda yapılan pek çok çalışmada çatışma yönetimi stilleri ile yaş grupları arasında farklı sonuçlara ulaşılmış, bulgular arasında paralellik gözlenememiştir.

Tablo 4. Yaşa Göre Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Algıladıkları Çatışma Yönetim Stilleri Puan Ortalamaları

Çatışma Yönetim Stilleri	Yaş (Yıl)	n	\bar{X}	Ss	F	p	Min.	Max.
Problem Çözme	24 ve altı	39	23,23	7,29	2,578	0,045	7,00	35,00
	25-29	77	22,24	6,43			7,00	35,00
	30-35	83	19,86	6,90			7,00	35,00
	36 ve üstü	19	21,73	9,13			7,00	35,00
	Toplam	218	21,47	7,10			7,00	35,00
Uyma	24 ve altı	39	17,94	5,00	3,241	0,023	8,00	29,00
	25-29	77	16,84	5,31			6,00	28,00
	30-35	83	15,06	4,78			6,00	26,00
	36 ve üstü	19	15,94	6,36			7,00	27,00
	Toplam	218	16,28	5,24			6,00	29,00
Hükmetme	24 ve altı	39	16,28	4,34	0,402	0,752	8,00	24,00
	25-29	77	16,38	4,72			5,00	25,00
	30-35	83	16,21	4,40			5,00	25,00
	36 ve üstü	19	15,10	5,72			5,00	23,00
	Toplam	218	16,19	4,61			5,00	25,00
Kaçınma	24 ve altı	39	18,82	4,56	2,002	0,115	8,00	27,00
	25-29	77	17,79	4,62			7,00	29,00
	30-35	83	16,75	4,95			6,00	29,00
	36 ve üstü	19	18,47	4,38			6,00	26,00
	Toplam	218	17,64	4,75			6,00	29,00
Uzlaşma	24 ve altı	39	13,07	3,80	2,194	0,090	5,00	19,00
	25-29	77	12,42	4,03			4,00	20,00
	30-35	83	11,34	3,65			4,00	18,00
	36 ve üstü	19	11,47	4,41			4,00	18,00
	Toplam	218	12,05	3,91			4,00	20,00

Hemşirelerin yöneticiler tarafından uygulanan çatışma yönetim stillerine ilişkin algılarının öğrenim durumlarına göre değişip değişmediğine ilişkin analiz sonuçları tablo 5’de verilmiştir. Çatışma yönetim stillerinin her beş boyutunda öğrenim düzeyi açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrenim durumuna göre hemşirelerin çatışma yönetim stillerine ilişkin algıları farklılık göstermektedir. En çok lise

mezunu hemşireler diğerlerine kıyasla yöneticilerinin başta problem çözme olmak üzere uyma, hükmetme, kaçınma ve uzlaşma stillerini kullandıklarını belirtmektedir.

Problem çözme stiline ilişkin hemşirelerin algı durumlarına bakıldığında; lise mezunu hemşirelerin 24,00±7,17 ortalama ile en yüksek ve ön lisans mezunu hemşirelerin 19,98±7,24 ortalama ile en düşük algıya sahip oldukları görülmektedir. %95 güven aralığında yapılan Anova testi sonucunda genel toplamda ortaya çıkan “p” değerinden ($p=0,011<0,05$) anlaşılacağı üzere öğrenim durumları ile hemşirelerin problem çözme stilini algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Bu farkın hangi öğrenim durumundan kaynaklandığını tespit etmek için Post Hoc LSD testi ile analiz yapılmış, lise mezunu hemşireler ile ön lisans mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,003<0,05$). Lise mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,023<0,05$). Fakat ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0,269>0,05$).

Uyma stiline ilişkin hemşirelerin algı durumları; lise mezunu hemşirelerin 18,52±5,63 ortalama ile en yüksek ve ön lisans mezunu hemşirelerin 15,15±5,19 ortalama ile en düşük algıya sahip oldukları görülmektedir. %95 güven aralığında yapılan Anova testi sonucunda genel toplamda ortaya çıkan “p” değerinden ($p=0,002<0,05$) anlaşılacağı üzere öğrenim durumları ile hemşirelerin uyma stilini algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Bu farkın hangi öğrenim durumlarından kaynaklandığını tespit etmek için Post Hoc LSD testi ile analiz yapılmış, lise mezunu hemşireler ile ön lisans mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001<0,05$). Lise mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p=0,004<0,05$), ancak ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,335>0,05$).

Hükmetme stiline ilişkin hemşirelerin algı durumları; lise mezunu hemşirelerin 17,62±4,24 ortalama ile en yüksek, ön lisans mezunu hemşirelerin 15,03±4,62 ortalama ile en düşük algıya sahip oldukları görülmektedir. %95 güven aralığında yapılan Anova testi sonucunda genel toplamda ortaya çıkan “p” değerinden ($p=0,013<0,05$) anlaşılacağı üzere öğrenim durumları ile hemşirelerin hükmetme stilini algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Bu farkın hangi öğrenim durumlarından kaynaklandığını tespit etmek için Post Hoc LSD testi ile analiz yapılmıştır. Buna göre; lise mezunu hemşireler ile ön lisans mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,003<0,05$). Lise mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0,079>0,05$). Ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,097>0,05$).

Kaçınma stiline ilişkin hemşirelerin algı durumları; lise mezunu hemşirelerin 19,83±5,04 ortalama ile en yüksek, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin 16,90±4,31 ortalama ile en düşük algıya sahip oldukları görülmektedir. %95 güven aralığında yapılan Anova testi sonucunda genel toplamda ortaya çıkan “p” değerinden ($p=0,010<0,05$) anlaşılacağı üzere öğrenim durumları ile hemşirelerin kaçınma stilini algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farkın hangi öğrenim durumlarından kaynaklandığı Post Hoc LSD testi ile analiz edilmiş, lise mezunu hemşireler ile ön lisans mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş

($p=0,004<0,05$), lise mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,000<0,05$). Ancak ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p=0,668>0,05$).

Uzlaşma stiline ilişkin hemşirelerin algı durumları; lise mezunu hemşirelerin $14,02\pm 3,87$ ortalama ile en yüksek ve ön lisans mezunu hemşirelerin $10,96\pm 3,95$ ortalama ile en düşük algıya sahip oldukları görülmektedir. %95 güven aralığında yapılan Anova testi sonucunda genel toplamda ortaya çıkan “p” değerinden ($p=0,000<0,05$) anlaşılacağı üzere öğrenim durumları ile hemşirelerin uzlaşma stilini algılama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Bu farkın hangi öğrenim durumundan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc LSD testi ile analiz edilmiştir. Buna göre; lise mezunu hemşireler ile ön lisans mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Lise mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,001<0,05$). Ancak ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve lisansüstü mezunu hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,164>0,05$).

Bu çalışmada çatışma yönetim stillerine ilişkin hemşirelerin algılarının öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılıklar gösterdiği sonucuna varılmıştır ($p<0,05$; tablo 5). Sağlık meslek lisesi mezunlarının her boyuttaki çatışma stili puan ortalamaları, diğerlerine kıyasla yüksek bulunmasının nedeni, bu grubun yaş ve çalışma yılının fazla ve deneyimlerinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın bulguları Kıdak ve ark., nın (2011) çalışmaları ile uyumludur. Bucak (2010) çalışmasında kaçınma stili hariç diğer stiller ile öğrenim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmanın bulguları, Bucak’ın bulguları ile uyumlu değildir ($p>0,05$). Yine Aşcıoğlu (2007) ve Uysal (2004) çalışmalarında çatışma yönetim stilleri ile öğrenim değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamış olup, bu bulgular Aşcıoğlu ve Uysalın bulguları ile uyumlu değildir ($p>0,05$). Görüldüğü gibi bu konuda yapılan pek çok çalışmada çatışma yönetimi stilleri ile hemşire algılarına göre öğrenim durumu arasında farklı sonuçlara ulaşıldığı, tutarlı bir bulguya ulaşılamadığı sonucuna varılmıştır.

Hemşire algılarına göre çatışma durumunda yöneticilerin uyguladığı problem çözme, uyma, hükmetme, kaçınma ve uzlaşma çatışma yönetim stilleri açısından cinsiyet, çocuk sayısı, çalışılan birim, birimdeki çalışma süresi ve hastanedeki toplam çalışma süresi yönünden istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Buna göre öğrenim durumu, yaş ve medeni durum değişkeni dışında, diğer sosyo-demografik değişkenler ile çatışma yönetim stillerine ilişkin katılımcıların algılarının genel olarak değişmediği sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışmanın sonucu, bu konuda yapılan benzer çalışmaların sonuçları ile genel olarak paralellik göstermektedir.

Tablo 6’da hemşirelerin algı durumlarına göre, çatışma yönetim stilleri alt boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik verilere yer verilmiştir. Problem çözme stili ile uzlaşma stili arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=0,881;p=0,00<0,05$), problem çözme ile uyma stili arasında da pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ($r=0,866;p=0,00<0,05$), problem çözme ile kaçınma stili arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı ($r=0,443;p=0,00<0,05$) bir ilişki vardır. Uzlaşma, uyma, ve kaçınma stili puanları arttıkça, problem çözme stili puanları da artmaktadır. Problem çözme stilini kullanmayı, uzlaşma stili ($R=0,78$) %78; uyma stili ($R=0,75$) %75 ve kaçınma stili ($R=0,20$) %20 olumlu etkilediği söylenebilir. Problem çözme stili ile hükmetme stili arasında negatif yönde, orta düzeyde anlamlı ($r=$

0,333; $p=0,00<0,05$) bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, hükmetme puanı arttıkça problem çözme puanı azalmaktadır. Hükmetme, problem çözme stilini kullanmayı %11 ($R=0,11$) olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Tablo 5. Öğrenim Durumuna Göre Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Algıladıkları Çatışma Yönetim Stilleri Puan Ortalamaları

Çatışma Yönetim Stilleri	Öğrenim Durumları	n	\bar{X}	Ss	F	p	Min.	Max.
Problem Çözme	Lise	48	24,00	7,17	4,642	0,011	8,00	35,00
	Ön Lisans	63	19,98	7,42			7,00	35,00
	Lisans ve Lisans Üstü	107	21,21	6,63			7,00	35,00
	Toplam	218	21,47	7,10			7,00	35,00
Uyma	Lise	48	18,52	5,63	6,356	0,002	6,00	29,00
	Ön Lisans	63	15,15	5,19			6,00	27,00
	Lisans ve Lisans Üstü	107	15,94	4,82			6,00	28,00
	Toplam	218	16,28	5,24			6,00	29,00
Hükmetme	Lise	48	17,62	4,24	4,456	0,013	8,00	24,00
	Ön Lisans	63	15,03	4,62			5,00	25,00
	Lisans ve Lisans Üstü	107	16,23	4,62			5,00	25,00
	Toplam	218	16,19	4,61			5,00	25,00
Kaçınma	Lise	48	19,83	5,04	6,998	0,010	8,00	29,00
	Ön Lisans	63	17,22	4,81			6,00	29,00
	Lisans ve Lisans Üstü	107	16,90	4,31			6,00	27,00
	Toplam	218	17,64	4,75			6,00	29,00
Uzlaşma	Lise	48	14,02	3,87	9,374	0,000	4,00	20,00
	Ön Lisans	63	10,96	3,95			4,00	18,00
	Lisans ve Lisans Üstü	107	11,80	3,61			4,00	19,00
	Toplam	218	12,05	3,91			4,00	20,00

Uyma stili ile uzlaşma stili arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı ($r=0,803$; $p=0,00<0,05$), uyma ile kaçınma stili arasında orta düzeyde ve anlamlı ($r=0,459$; $p=0,00<0,05$) bir ilişki vardır. Buna göre, uyma stili puanı arttıkça kaçınma ve uzlaşma stillerinin puanları da artmaktadır ($p<0,05$). Uyma stili, uzlaşmayı %64 ($R=0,64$); kaçınmayı %21 ($R=0,21$) olumlu etkilediği düşünülebilir. Uyma stili ile hükmetme stili arasında negatif

yönde ve düşük düzeyde anlamlı ($r = -0,284$; $p = 0,00 < 0,05$) bir ilişki bulunmuştur. Hükmetme stili puanı arttıkça uyma stili puanı azalmaktadır. Hükmetme stili ile uzlaşma stili arasında negatif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı ($r = -0,268$; $p = 0,00 < 0,05$) bir ilişki vardır. Hükmetme stili puanı arttıkça uzlaşma stili puanı azalmaktadır. Buna göre hükmetme stili, uyma ve uzlaşma stilini olumsuz yönde etkileyebilir (tablo 6).

Hükmetme stili ile kaçınma stili arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı ($r = 0,64$; $p = 0,00 < 0,05$) bir ilişki saptanmıştır. Hükmetme stili puanı arttıkça kaçınma stili puanı da artmaktadır. Hükmetme stili kaçınmayı %41 ($R = 0,41$) etkilemektedir. Kaçınma stili ile uzlaşma stili arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı ($r = 0,411$; $p = 0,00 < 0,05$) bir ilişki vardır. Buna göre, kaçınma stili puanı arttıkça uzlaşma stili puanı da artmaktadır ($p < 0,05$). Kaçınma stili uzlaşma stilini %17 ($R = 0,17$) etkileyebilmektedir. Hastanelerde ortaya çıkan çatışma durumlarında; problem çözme stili kullanılırken uzlaşma, uyma ve kaçınma stillerinin göz ardı edilmemesi, ancak hükmetme stili diğer stilleri olumsuz yönde etkilediğinden zorunlu kalmadıkça hükmetme stiline başvurulmaması, yöneticilere önerilebilir (tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin Yöneticilerine İlişkin Algıladıkları Çatışma Yönetim Stilleri Puanları Arasındaki İlişki

Çatışma Yönetim Stilleri		Uyma	Hükmetme	Kaçınma	Uzlaşma
Problem Çözme	r	0,866	-0,333	0,443	0,881
	P	0.00	0.00	0.00	0.00
	N	218	218	218	218
Uyma	r		-0,284	0,459	0,803
	P		0.00	0.00	0.00
	N		218	218	218
Hükmetme	r			0,64	-0,268
	P			0,00	0.00
	N			218	218
Kaçınma	r				0,411
	P				0.00
	N				218

4.Sonuç ve Öneriler

- Hemşirelerin bir çatışma durumunda yöneticiler tarafından uygulanan çatışma yönetim stillerine ilişkin genel algıları; 21,47±7,10 ortalama ile problem çözme stili birinci sırada yer almakta, bunu 17,64±4,75 ortalama ile kaçınma, 16,28±5,23 ortalama ile uyma, 16,19±4,61 ortalama ile hükmetme, ve en düşük 12,05±3,91 ortalama ile uzlaşma stili takip etmektedir.

- Hemşirelerin algılarına göre yöneticiler çatışma yönetim stillerinden en çok problem çözme ve kaçınma stillerini uygulamakta ancak, zaman zaman hükmetme ve kaçınma stillerini de uygulamaktadırlar.
- Öğrenim düzeyleri ile hemşirelerin tüm çatışma yönetim stillerine ilişkin algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha yüksek olarak belirlenmiştir.
- Medeni duruma göre hemşirelerin çatışma yönetim stillerinden uyma ve uzlaşma stillerine ilişkin algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bekar hemşirelerin puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha yüksektir.
- Yaşa göre hemşirelerin çatışma yönetim stillerinden problem çözme ve uyma stillerine ilişkin algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. 24 yaş ve altındaki hemşirelerin puan ortalamaları diğerlerine kıyasla daha yüksektir.
- Problem çözme stili ile uzlaşma stili arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,881$; $p=0,00<0,05$), Uzlaşma puanı arttıkça problem çözme puanı da artmaktadır. Uzlaşma stili, problem çözme stilini % 77 desteklemektedir ($R= 0,77 = \%77$).
- Problem çözme stili ile uyma stili arasında da pozitif yönde, güçlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,866$; $p=0,00<0,05$). Uyma puanı arttıkça, problem çözme puanı da artmaktadır. Uyma stili, problem çözme stilini %75 desteklemektedir ($R= 0,75 = \%75$).
- Problem çözme stili ile hükmetme stili arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı ($r= -0,333$; $p=0,00<0,05$) bir ilişki bulunmuştur. Hükmetme puanı arttıkça problem çözme puanı azalmaktadır. Hükmetme stili, problem çözme stilini % 11 olumsuz etkilemektedir ($R= 0,11 = \%11$).
- Uzlaşma stili ile uyma stili arasında pozitif yönde güçlü ve anlamlı bir ilişki vardır($r=0,803$; $p=0,00<0,05$), Uyma stili puanı arttıkça uzlaşma stili puanı da artmaktadır. Uyma stili, uzlaşma stilini % 64 desteklemektedir ($R= 0,64 = \%64$).
- Uyma stili ile kaçınma stili arasında pozitif yönde orta düzeyde ve anlamlı ($r=0,459$; $p=0,00<0,05$) bir ilişki vardır. Kaçınma stili puanı arttıkça uyma stili puanı da artmaktadır . Kaçınma stili, uyma stilini % 21 desteklemektedir ($R= 0,21 = \%21$).
- Uyma stili ile hükmetme stili arasında negatif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r= -0,284$; $p=0,00<0,05$). Hükmetme stili puanı arttıkça uyma stili puanı azalmaktadır. Hükmetme stili, uyma stilini olumsuz yönde etkilemektedir. ($R= 0,08 = \%08$).
- Kaçınma stili ile uzlaşma stili arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı ($r=0,411$; $p=0,00<0,05$) bir ilişki vardır. Kaçınma puanı arttıkça uzlaşma puanı da artmaktadır. Kaçınma stili, uzlaşma stilini % 17 desteklemektedir ($R= 0,17 = \%17$).

Araştırmadan elde edilen bulgu ve sonuçlar ile literatürdeki bilgi ve öneriler göz önünde bulundurularak hastanelerde çatışma durumunda yöneticiler tarafından uygulanacak çatışma yönetimine ilişkin öneriler aşağıda sıralanmıştır.

- ✓ Hemşirelerin algılarına göre Batman Bölge Devlet Hastanesinde yöneticiler çatışma durumlarında başta problem çözme stili olmak üzere bütün stilleri kullandıkları

belirlenmiştir. En çok problem çözme stiline kullanılması istenilen bir durumdur. Yöneticilerin bu yaklaşımı desteklenmeli ve teşvik edilmelidir.

- ✓ Problem çözme stiline, uzlaşma ve uyma stilleri olumlu yönde etkilemektedir. Yerine göre problem çözme stiline yanı sıra uzlaşma ve uyma stillerine de yer verilmesi önerilebilir.
- ✓ Hükmetme stili, problem çözme, uyma ve uzlaşma stillerini olumsuz yönde etkilemekte, problem çözme, uyma ve uzlaşma stillerinin etkisini azaltabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle zorunlu kalmadıkça hükmetme stiline pek başvurulmaması önerilebilir.
- ✓ Kaçınma stili, uyma ve uzlaşma stillerini olumlu yönde etkilemektedir. Çatışmanın derecesine göre uyma ve uzlaşma stillerinin uygulanması düşünülen durumlarda kaçınma stiline de göz önünde bulundurulması önerilebilir.

Çatışma yönetiminde etkili olacağı düşünülen kimi öneriler:

- ✓ Çatışma yaşanması halinde yöneticilerce öncelikle, çatışmanın nedenlerini belirlemesi ve buna göre uygun çatışma yönetim stillerinin uygulanması,
- ✓ Araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki yöneticilerin, hemşireler ile iletişimlerini ve etkileşimlerini artıracak bilimsel ve sosyal içerikli toplantılar düzenlemesi,
- ✓ Hastanede yapılan hizmet içi eğitimlerde çatışma yönetim stillerine ve etkili iletişime yer verilmesi,
- ✓ Yöneticilerin ve hemşirelerin çatışma yönetim stillerini değerlendirmelerini içeren karşılaştırmalı başka çalışmaların yapılması,
- ✓ Yönetiminin başarısı için, çatışma olgusunun önemini kavranması ve çatışma yönetim teknikleri ve modellerinin etkin bir şekilde kullanılması gerektiği ve yöneticilerin bilinçlenmeleri konusunda eğitimler ve seminerler düzenlenmesi,
- ✓ Problem çözme, uyma ve uzlaşma stillerinin yerine göre kullanılması ve yine kaçınma stiline de diğer stilleri olumlu yönde etkilediği göz önünde bulundurularak yerine göre kaçınma stiline de yer verilmesi, olabildiğince hükmetme stiline uzaklaşılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. AŞÇIOĞLU, V. (2007). İşletmelerde Çatışma Yönetimi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
2. BAYSAL, A. C., TEKARSLAN, E. (1996). İşletmeler İçin Davranış Bilimleri. 2.bs. İstanbul: Avcıol Yayıncılık. s: 307, 313-317,323,324,328,331.
3. BUCAK, F. (2010). Ankara’da İki Farklı Hastanede Görev Yapan Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının ve Çatışma Yönetimi Stratejilerinin Astları Tarafından Algılanma Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. s: 109,117,120,121-130.
4. CÜCELOĞLU, D. (1987). İnsan İnsana. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınları. s: 189.
5. FILLEY, A. C. (1975). Interpersonal Conflict Resolution. Illinois: Scott Foresman Company.
6. HAMMOND, L. J. (1999). An Investigation of the Primary and Secondary Conflict Management Style Preferences of Males and Females in the Roles of Managers and Students. Doctoral Dissertation, Nova Southeastern University. p: 14.
7. KARCIOĞLU, F., ALİOĞULLARI, Z..D. (2012). Çatışmanın Nedenleri ve Çatışma Yönetim Tarzları İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **26**(3-4): 227, 229, 232.
8. KARİP, E. (2000). Çatışma Yönetimi. (2. Baskı). Ankara: Pegem Yayıncılık. s: 63.
9. KIDAK, L.B., DEMİR, S., ÇEBER, E., ve diğerleri. (2011). İzmir’de Bir Hastanede Çatışma Yönetim Stilleri ve Çalışanların Algılamaları, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **14**(1): 16.
10. KILIÇ, M., (2001). Örgütsel Çatışma ve Yönetimi, Yönetim ve Organizasyon, (Ed. S. Güney), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, s: 95.
11. KOÇEL T. (2003). İşletme Yöneticiliği. 9.bs. İstanbul: Beta Basım Yayım A.Ş.
12. PONDY, R. L. (1967). Organizational Conflict: Concepts and Models. *Administrative Science Quarterly*. September.
13. RAHİM, M. A. (1983). A Measure of Styles of Handling Interpersonal Conflict. *The Academy of Management Journal*. **26** (2): 369.
14. RAHİM, M. A. (1992). Managing Conflict In Organizations. New York: Connecticut Praeger Publishers. p: 10.
15. RAHİM, M. A., MAGNER, R. N. (1995). Confirmatory Factor Analysis of The Styles of Interpersonal Conflict. *Journal of Applied Psychology*. **80** (1): 123.
16. RAHİM, M. A., MAGNER, R. N. VE SHAPIRO, L. D. (2000). Do Justice Perceptions Influence Styles of Handling Conflict With Supervisors?: What Justice Perceptions, Precisely?. *The International Journal of Conflict Management*. **11**(1): 12.
17. ROBBINS, S. P., COULTER, M. (2003). Management. (Seventh Edition). New Jersey: Prentice Hall Inc. p: 164,169.



18. SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU, V., (2010). “Biyostatistik” Hatiboğlu Yayınları: 53, Yükseköğretim Dizisi: 11, 14.bs, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
19. SÜMBÜLOĞLU, V., SÜMBÜLOĞLU, K., (2000). “Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri” Hatiboğlu Yayınları: 47, Kaynak Kitap Dizisi: 11. 3.bs, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
20. ŞİMSEK, S. (1999). Yönetim ve Organizasyon. 5.bs. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım s: 277,289.
21. TENGİLLİMOĞLU, D., ATILLA, E. A., BEKTAŞ, M. (2008). İşletme Yönetimi. 1. bs. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
22. TENGİLİMOĞLU, D. (1991). Kişilerarası Çatışma ve Çatışmayı Teşhis Modelleri. Amme idaresi Dergisi. 2 (24). Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. s: 134.
23. UYSAL, İ. (2004). Örgütsel Çatışma Yönetimi ve Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası'na Yönelik Bir Uygulama. Uzmanlık Tezi. Ankara. s: 60-63, 66,69,70
24. <http://www2.fcsh.unl.pt/docentes/luisrodrigues/textos/Lideran%C3%A7a.pdf> Erişim Tarihi: 23.09.2013
25. <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm> Erişim Tarihi: 26.09.2013
26. <http://hastaneciyiz.blogspot.com/2011/04/dunya-saglik-orgutu-sagligin-tanimi.html> Erişim Tarihi: 26.09.13
27. <http://www.batmanbdh.gov.tr> Erişim Tarihi: 18.10.2013

ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜĞÜN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKİ YAŞAM PROJELERİ İLE İLİŞKİSİ

Ş. Didem KAYA*

Serap KILINÇ**

Aydan YÜCELER***

ÖZET

Öğrenilmiş güçlülük kavramı, bireyin kendi davranışlarını düzenlemesi sürecine özel bilişsel beceriler açısından ağırlık veren bir anlayışı yansıtmaktadır ve stresli yaşam olayları ve sorunlarla etkin bir şekilde başa çıkmada bireye yardımcı olan belirli tutumları içermektedir. Meslek yaşamı projesi ise bireyin meslek yaşamını geçmiş, şimdi ve gelecek açısından sorgulanması olarak ifade edilmektedir. Bu açıdan yaşamı sorgulayan ve anlam arayışı içerisinde olan bireyler, yaşamlarını duyuşsal ve bilişsel olarak değerlendirmektedirler. Bu bağlamda bireylerin stresle başa çıkma stratejilerini ifade eden öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin mesleki yaşam projeleri ile ilişkisi sağlık sektörlerinde önem arz etmektedir.

Mevcut çalışmada sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin mesleki yaşam projeleri ile ilişkisi incelenmiştir. Stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını ölçen RÖGO ölçeği ile, katılımcıların meslek yaşam projelerine ilişkin başarılarını ölçen “Yaşam Projesi Ölçeği”nin meslek yaşamına uyarlanmış şekliyle ölçülmeye çalışılmıştır. Çalışma, Konya ilinde Konya Numune Hastanesi ile Meram Eğitim Araştırma Hastanesi’nde hizmet veren 256 sağlık çalışanı üzerinde uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında T testi, Oneway Anova testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile mesleki yaşam projeleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik olarak Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile mesleki yaşam projeleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, sağlık çalışanlarının mesleki yaşamları bir proje olarak değerlendirildiğinde, bu projede kendilerini başarılı olarak algılayan sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin orta olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Öğrenilmiş güçlülük, mesleki yaşam projesi, sağlık çalışanları

*Yrd. Doç. Dr., Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü dkaya@konya.edu.tr

**Yüksek Lisans Öğrencisi, Konya Numune Hastanesi, serap_kilinc@hotmail.com.tr

***Yrd. Doç. Dr., Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü ayuceler@konya.edu.tr

RELATIONSHIP OF LEARNED RESOURCEFULNESS WITH THE PROFESSIONAL LIFE PROJECTS OF HEALTH CARE STAFF

ABSTRACT

The concept of learned resourcefulness reflects an understanding that focuses on the process of individual's self-regulation behavior in respect of special cognitive skills and includes certain attitudes that comes to one's aid in coping effectively with stressful life events and problems. And professional life project is expressed as the examination of professional life of individual in respect of past, present and future. From this standpoint, individuals who interrogates life and who are in search of meaning evaluate their life as affective and cognitive. In this context, the relationship of learned resourcefulness levels of individuals expressing their coping strategies for stress with the professional life projects has importance in health sectors.

In present study, relationship of learned resourcefulness levels of health care staff with their professional life projects was examined. It was attempted to measure with the Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale (RLRS) measuring to what extent the individuals used cognitive strategies in coping with stress and with the “Life Project Scale” measuring achievements of participants related to professional life projects that was adapted to professional life. Study has been applied to 256 health care staff working in Meram Education and Research Hospital and Konya Numune Hospital in Konya city. When assessing the findings obtained in study, SPSS 16.0 program was used for statistical analysis. When assessing the study data, methods of descriptive statistics (Mean, Standard Deviation) as well as T- test, Oneway Anova Test were also used in comparing quantitative data. Pearson correlation analysis was used to determine relationship between learned resourcefulness levels of health care staff and their professional life projects. Results were evaluated at a 95% confidence interval and at a $p < 0.05$ significance level. According to the research result, a significant and positive relationship was found between learned resourcefulness levels of health care staff and their professional life projects. Also, when assessing professional lives of health care staff as a project, it is considered that learned resourcefulness levels of health care staff who perceive themselves as successful in this project were moderate.

Keywords: *Learned resourcefulness, professional life project, health care staff*

1. Giriş

Acil vakalara müdahale, ağrı ve acı çekenlerin hastane ortamında yarattığı gerginlik, hizmetlerin 365 gün 24 saat hiç kesintisiz sürdürülmesi zorunluluğu gibi nedenler sağlık hizmetlerini diğer hizmet sektörlerinden ayırmaktadır. Bu özellikler açısından hastanelerin, sağlık sistemi içinde özel bir konumu bulunmaktadır. Hastane sistemleri, birbirleriyle yakın ilişkili birçok alt sistemden oluşmaktadır. Bu açıdan sağlık çalışanlarının, hem iş arkadaşlarıyla, hem de hizmetlerin özelliği nedeniyle hasta ve yakınlarıyla ilişkileri büyük bir stres kaynağı olarak kabul edilmektedir. Stresle başa çıkma yolları, tükenmişlik, çatışma yönetimi gibi konular son yıllarda sağlık çalışanlarının gündemi oluşturmaktadır. Bu noktada, öğrenilmiş güçlülüğün stresle başa çıkmada sağlık çalışanı tarafından önemli bir araç olarak

kullanıldığı tahmin edilmektedir (Gemlik vd., 2007: 60). Bu bağlamda öğrenilmiş güçlülüğü yüksek olan sağlık çalışanlarının olumsuz durumların üstesinden daha kolay gelebilmekte ve mesleki yaşamlarında daha başarılı olmaktadır. Böylece mesleki yaşamlarında daha başarılı olan bireylerde mesleki projelerini daha iyi planlayabilmektedirler.

1.1. Öğrenilmiş Güçlülük Kavramı

Öğrenilmiş güçlülük kavramı, sosyal psikoloji ve psikoloji alanlarında sıkça kullanılan kavramlar arasındadır. Bu kavram, kişilerin mesleki davranışlarını ve dolayısıyla mesleki yaşamını da önemli derecede etkileyen önemli bir ögedir (Gemlik vd., 2007: 56). ‘Öğrenilmiş güçlülük’ kavramı, ‘öz-kontrol’ (self control) kavramı yerine kullanılmaya başlanan ve temelde bilişsel başa çıkma stratejilerinin kişideki dağarını (repertuarını) ifade eden bir terimdir (Dağ, 1992:1). Öz denetim teriminin ‘içsel arzuların kendi kendine kısıtlanması’ gibi bir anlamı da içermesinin yarattığı karışıklığı önlemek için Rosenbaum (1983) öğrenilmiş güçlülüğü bunun yerine koymuştur (Dağ, 1991:270).

Öğrenilmiş güçlülük, bireyin geçmiş yaşantıları, deneyimleri ve öğrendikleriyle ilişkilidir. Yani, bireylerin çoğu stresli durumlarla başa çıkmada kullandıkları kendini düzenleme süreçlerini, erken çocukluk yaşlarında ve yaşamları boyunca öğrenirler (Maraşlı, 2005: 29). Bu özellikleri ile öğrenilmiş güçlülük kavramı, geliştirilebilen ve sonradan öğrenilebilen bir özellik olarak çalışma yaşamının zor ve sıkıntılı yönlerinin bertaraf edilmesinde, bireylerin çalışma yaşamında karşılaştığı psikolojik sorunların üstesinden gelerek yaşadıkları iş stresinin olumsuz etkilerini hafifletmesinde ve dolayısıyla ortaya çıkması muhtemel psikolojik, sosyal ve psikosomatik sorunların engellenmesinde etkili bir araç olarak değerlendirilebilir (Çakır, 2009: 162).

Öğrenilmiş güçlülük kavramı Rosenbaum’un (1980) çalışmalarıyla literatürdeki yerini almıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; sosyal karşılaştırma ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisinin hastane yöneticileri ve sağlık çalışanları üzerindeki etkisi (Gemlik vd., 2007), iş yaşamında öğrenilmiş güçlülük ve iş stresi (Yıldırım vd., 2012), sigara içmeyen, içen ve sigarayı bırakmış üniversite öğrencilerinin dış kontrol odağı inanç düzeylerini ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerini karşılaştırma (Cenkseven, 2001), öğrenilmiş güçlülük kıdem ve medeni durumun duygusal tükenmedeki durumu (Yürür, 2011), otomatik düşünce biçimleri ile denetim odağı (Cenkseven ve Akbaş, 2007), genel liselerdeki okul yöneticisi ve öğretmenlerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerini kendi algılarına dayalı olarak belirlemek ve algıların görev, cinsiyet, kıdem ve yaş değişkenlerine göre fark gösterip göstermediği (Dönmez ve Genç, 2006) gibi araştırmalar mevcuttur.

1.2. Mesleki Yaşam Projesi

Mesleki yaşam, bireyin varlığını sorgulayan bir alandır. Gerçekten de birey açısından kendi varlığının sebebini bulmak ve açıklamak hep bir ihtiyaç olmuştur. Bu açıdan yaşamı sorgulayan ve anlam arayışı içerisinde olan bireyler, yaşamlarını duyuşsal ve bilişsel olarak değerlendirirler. Bu noktadan yola çıkan her birey yaşantısının kendisine ait bir proje olduğunu ifade ederken, bireylerin bu kapsamda yaşamlarını geçmiş, şimdi ve gelecek olarak sorguladıklarını belirtmektedir. “Bireysel bir proje olarak yaşam” şeklinde de ifade edilen “yaşam projesi”nin, iş yaşamına uyarlanmış şekli “meslek yaşamı projesi” olarak tanımlanmaktadır. “Meslek yaşamı projesi”, bireyin meslek yaşamını geçmiş, şimdi ve gelecek açısından sorgulaması olarak ifade edilebilir. Meslek yaşamı projesine ilişkin yapılan bir araştırmada, çalışanların meslek yaşamı projeleri ile iş tatminleri arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bu açıdan yaşamı sorgulayan ve anlam arayışı içerisinde

olan bireyler, yaşamlarını geçmiş, şimdi ve gelecek olarak sorguladıklarını belirtmektedir. “Bireysel bir proje olarak yaşam” şeklinde de ifade edilen “yaşam projesi”nin, iş yaşamına uyarlanmış şekli “meslek yaşamı projesi” olarak tanımlanmaktadır (Erkuş ve Fındıklı, 2010: 767). Ayrıca sağlık çalışanları gibi sürekli iletişim halinde olan bir kitle üzerinde öğrenilmiş güçlülük ve mesleki yaşam projesi bağlamında bir çalışmaya rastlanmadığından ve sağlık çalışanları bazında herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır. Çalışmanın çıkış noktası, bu eksikliğin sağlık çalışanları açısından ele alınması daha sonra yapılacak çalışmalara zemin hazırlamaktır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Yaşamlarını sorgulayan ve anlam arayışı içerisinde olan sağlık çalışanlarının (sağlık meslek mensubu ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer sağlık mensupları), yaşamlarını duyuşsal ve bilişsel olarak değerlendirmektedirler. Bu bağlamda bireylerin stresle başa çıkma stratejilerini ifade eden öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin mesleki yaşam projeleri ile ilişkisi sağlık sektörlerinde önem arz etmektedir. Mevcut çalışmada da sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin mesleki yaşam projeleri ile ilişkisi incelenmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Konya ilinde hizmet veren Konya Numune Hastanesi ve Meram Eğitim Araştırma Hastanesi’nde 2014 yılı sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları sağlık çalışanları olarak araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırma kurumlardan yazılı izin, çalışanlardan ise sözel onam alınmıştır. Mart-Mayıs 2014 tarihlerinde araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarından toplamda 286 adet soru formu toplanmıştır. Ancak 30 adet soru formu hatalı ve/veya eksik doldurulduğu için araştırmaya dâhil edilmemiştir. Kullanılabilir durumda olan 256 adet soru formu, araştırma kapsamına alınmıştır. Dolayısıyla geri dönüşüm oranı % 20 dir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ve mesleki yaşam proje düzeylerinin karşılaştırılması planlanmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile mesleki yaşam proje düzeyleri arasındaki ilişki düzeyleri incelenmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen çalışanların sosyo demografik özelliklerini değerlendiren kişisel bilgi formu, RÖGÖ ölçeği ve Meslek Yaşam Projesi (MYP) Ölçeği ile toplanmıştır. Kişisel bilgi formu; araştırmacılar tarafından oluşturulan bu form, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, yaş, görev durumu, gelir düzeyi gibi verileri içermektedir. Sosyo demografik özelliklerini içeren bu sorular 8 maddeden oluşmaktadır. Stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını ölçen Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği “RÖGÖ” ölçeği Likert tipli bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, Rosenbaum (1980) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe’ye Dağ (1991) tarafından çevrilmiş, Türkçe yazında (Yıldırım vd., 2012) kullanılmış olup, ruh hali denetimi, dürtü denetimi ve planlı davranma, planlı davranma, erteleme, istenmeyen düşüncelerin denetimi, yardım arama, dikkati yönlendirme, yeterli olma ve kendini yatıştırma, iyiye yorma, esnek davranma olmak üzere 11 boyut altında 36 maddeden oluşmaktadır (11.soru tek bir ifade olarak 11. boyutu oluşturduğundan analizden çıkarılmıştır). Ölçeğin onbiri ters yönde (4, 6, 8, 9, 14, 18, 19, 21, 29 ve 35. maddeler) puanlanmaktadır ve ölçeğin Türkçe formunda (1) Hiç Tanımlamıyor, (2) Biraz Tanımlıyor,

(3) Oldukça İyi Tanımlıyor, (4) İyi Tanımlıyor, (5) Çok İyi Tanımlıyor seçenekleri benimsenmiştir. Böylece ölçekten en az 36, en çok 180 puan alınması olasıdır ve puandaki yükselme, stresle başa çıkma dağarcığındaki bilişsel stratejilerin çeşitliliğinin artması anlamına gelmektedir. Yaşam Projesi Ölçeği ise Şimşek ve Kocayürek (2009) tarafından geliştirilmiş olup bu ölçeğin meslek yaşamına uyarlanmış şekli Erkuş ve Afacan Fındıklı (2010) şekliyle ölçülmeye çalışılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda (1) Hiç Hissetmiyorum, (2) Biraz Hissetmiyorum, (3) Yoğun Hissediyorum, (4) Oldukça Yoğun Hissediyorum, (5) Çok Yoğun Hissediyorum seçenekleri benimsenmiştir. Ölçek, iş yaşam projemin tamamlanmış (geçmiş) şekli, iş yaşam projemin yaşamakta (şimdi) olduğum şekli, iş yaşam projemin geleceğini düşündüğüm şekli olmak üzere 3 boyuttan ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (frekans, ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında T testi, Oneway Anova testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile mesleki yaşam projeleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik olarak Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan RÖGÖ ölçeğinin güvenilirliği ve Mesleki Yaşam Projesi ölçeğinin güvenilirliği Cronbach alfa (α) iç tutarlık analizi ile hesaplanmıştır. Buna göre Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğine ilişkin bu çalışma için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı $\alpha = 0.89$ olarak bulunmuştur. Mesleki yaşam projesi için ise $\alpha = 0.76$ olarak bulunmuştur.

3. Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özellikleri şu şekildedir. Araştırmaya katılan üyelerin %19.1’inin lise, %21.9’unun önlisans, %46.5’inin lisans, %12.5’inin lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Üyelerin yaş ortalaması ise 32,17 dir. Bunların % 44.5’i Konya Numune Hastanesinde, %55.5’i ise Konya Meram Eğitim Araştırma Hastanesi’nde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan üyelerin % 80’i sağlık meslek mensubu, %20’si ise sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarından oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının hizmet yılı değerlendirildiğinde % 34.8’i 1-5 yıl, %31.6’sı 6-10 yıl, % 16.8’i 11-15 yıl, %16.8’i 16 yıl ve üzeridir. Medeni durumlarına göre ise %72.3’i evli, %27.7’si bekarıdır. Gelir durumlarını üyeler % 27.3’ü iyi, %66.8’i orta, %5.9’u düşük olarak değerlendirmişlerdir. Cinsiyet durumu incelendiğinde %59.4’ ü Kadın, 40.6’sı ise Erkek olarak bulunmuştur.

Tablo 1: Öğrenilmiş Güçlülük ve Mesleki Yaşam Projesi Puan Ortalamaları

	N	Min	Max	Ort.	SS
ÖĞDT	256	39	153	105,70	18,66

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerine bakıldığında (ort=105.7+18,66) ölçekten en az 36 en fazla 180 alınabileceği ve 36 puan alan bir sağlık çalışanının öğrenilmiş güçlülük düzeyinin sıfır, 180 puanın da en yüksek düzey olduğu kabul edildiğinde ortalama değer 108 olduğu görülmektedir. Bu durumda sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 2: Cinsiyete Göre Öğrenilmiş Güçlülük ve MYP Düzeyleri

	Cnsiyet	N	Ort	SS	F	P
ruh	Kadın	152	18,27	5,680		,127
	Erkek	104	17,21	5,027	2,58	,118
dürtü	Kadın	152	18,88	4,622		,662
	Erkek	104	18,62	5,002	,121	,667
pldav	Kadın	152	10,84	3,047		,867
	Erkek	104	10,78	2,862	,807	,866
erteleme	Kadın	152	10,39	3,612		,422
	Erkek	104	10,76	3,488	,348	,419
istdüşden	Kadın	152	9,85	3,460		,022
	Erkek	104	10,89	3,702	,291	,024
yardarama	Kadın	152	6,18	3,192		,737
	Erkek	104	6,05	3,154	,015	,736
dikyon	Kadın	152	7,14	1,994		,363
	Erkek	104	7,37	1,906	,422	,359
yetolma	Kadın	152	10,35	2,530		,552
	Erkek	104	10,16	2,315	1,812	,546
iyiyeyorma	Kadın	152	7,08	2,167		,499
	Erkek	104	6,89	2,113	,002	,497
esnekdav	Kadın	152	6,78	1,953		,738
	Erkek	104	6,87	1,906	,071	,737
ÖĞT	Kadın	152	105,77	18,45		,942
	Erkek	104	105,60	19,04	,00	,942
geçmiş	Kadın	152	15,05	3,837		,378
	Erkek	104	15,48	3,762	,044	,376
şimdi	Kadın	152	23,47	6,216		,520
	Erkek	104	23,98	6,144	,034	,519
gelecek	Kadın	152	18,68	6,632		,033
	Erkek	104	20,41	5,954	1,376	,030
MYPT	Kadın	152	57,20	10,358		,051
	Erkek	104	59,88	11,140	1,655	,054

Araştırmaya katılan üyelerin cinsiyete göre öğrenilmiş güçlülük ve mesleki yaşam projeleri düzeyleri incelendiğinde Tablo 2’deki sonuçlar T testine göre istatistiksel bakımdan anlamlıdır. Tablo 2’de görüldüğü gibi öğrenilmiş güçlülük düzeylerinden istenmeyen düşüncelerin denetimi düzeyi için gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Mesleki yaşam projesi boyutu olan “iş yaşam projemin geleceği” ile mesleki yaşam projesi toplamı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$).

Tablo 3: Kuruma Göre Öğrenilmiş Güçlülük ve MYP Düzeyleri

	Kurum	N	Ort.	SS	F	P
ruh	Numune	114	18,20	5,605	,735	,341
	Eğitim	142	17,55	5,304		
dürtü	Numune	114	19,44	4,913	1,262	,045
	Eğitim	142	18,24	4,603		
pldav	Numune	114	10,68	3,069	1,543	,524
	Eğitim	142	10,92	2,891		
erteleme	Numune	114	10,33	3,542	,029	,400
	Eğitim	142	10,71	3,578		
istdüşden	Numune	114	10,12	3,374	,559	,549
	Eğitim	142	10,39	3,762		
yardarama	Numune	114	6,10	3,373	1,288	,884
	Eğitim	142	6,15	3,011		
dikiyon	Numune	114	7,19	2,013	,079	,784
	Eğitim	142	7,26	1,919		
iyiyeyorma	Numune	114	7,47	2,403	1,37	,002
	Eğitim	142	6,63	2,470		
ögrgüçtop	Numune	114	107,00	18,119	,079	,318
	Eğitim	142	104,65	19,078		
gecmis	Numune	114	15,23	3,636	,589	,995
	Eğitim	142	15,23	3,949		
simdi	Numune	114	22,95	5,336	2,328	,089
	Eğitim	142	24,27	6,742		
gelecek	Numune	114	19,60	6,374	,001	,634
	Eğitim	142	19,21	6,456		
MYP Top	Numune	114	57,77	10,214	,030	,491
	Eğitim	142	58,70	11,166		

Araştırmaya katılan üyelerin kuruma göre öğrenilmiş güçlülük ve mesleki yaşam projeleri düzeyleri incelendiğinde Tablo 3’deki sonuçlar T testine göre istatistiksel bakımdan anlamlıdır. Tablo 3’de görüldüğü gibi öğrenilmiş güçlülük düzeylerinden dürtü ile iyiye yorma boyutu için gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Diğer düzeyler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4: Kıdeme Göre Öğrenilmiş Güçlülük ve Mesleki Yaşam Projesi Düzeyleri

		N	Ort	SS	F	P
ÖğDT	1-5	89	106,12	18,564	1,036	,377
	6-10	81	104,47	17,010		
	11-15	43	109,65	19,364		
	16 ve üzeri	43	103,19	20,965		
	Total	256	105,70	18,657		
Geçmiş	1-5	89	15,37	4,357	,175	,913
	6-10	81	15,19	3,654		
	11-15	43	15,35	3,696		
	16 ve üzeri	43	14,88	2,978		
	Total	256	15,23	3,805		
Şimdi	1-5	89	24,06	6,986	,241	,868
	6-10	81	23,70	5,706		
	11-15	43	23,35	6,421		
	16 ve üzeri	43	23,19	5,067		
	Total	256	23,68	6,180		
Gelecek	1-5	89	19,92	6,402	1,561	,199
	6-10	81	19,15	5,762		
	11-15	43	17,72	6,794		
	16 ve üzeri	43	20,37	7,048		
	Total	256	19,38	6,410		
MYPT	1-5	89	59,35	11,339	,739	,530
	6-10	81	58,04	10,528		
	11-15	43	56,42	9,767		
	16 ve üzeri	43	58,44	10,888		
	Total	256	58,29	10,742		

Araştırmaya katılan üyelerin kıdem durumuna göre öğrenilmiş güçlülük ve mesleki yaşam proje düzeyleri incelendiğinde Tablo 4’deki sonuçlar Anova testine göre istatistiksel bakımdan anlamlıdır. Tablo 4’de görüldüğü gibi öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ve mesleki yaşam projesi düzeyleri arasında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Mesleğinde 11-15 yıllık olan sağlık çalışanların öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Öğrenilmiş Güçlülük ve Meslek Yaşam Projesi ile İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5
ÖĞDT	1				
Geçmiş	,237** ,000	1			
Şimdi	,223** ,000	,474** ,000	1		
Gelecek	,292** ,000	-,038 ,545	,015 ,809	1	
MYPT	,387** ,000	,604** ,000	,752** ,000	,592** ,000	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). (çift yönlü)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). (çift yönlü)

Tablo 5 incelendiğinde; öğrenilmiş güçlülük toplamı ile mesleki yaşam projesi düzeylerinden “iş yaşam projesinin tamamlanmış (geçmiş) kısmı” ile arasında pozitif ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.237$, $p<0.01$). Öğrenilmiş güçlülük toplamı ile mesleki yaşam projesi düzeylerinden “iş yaşam projemin yaşamakta (şimdi) olduğum kısmı” arasında pozitif ve çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.223$, $p<0.01$). Öğrenilmiş güçlülük toplamı ile mesleki yaşam projesi düzeylerinden “iş yaşam projemin geleceğini düşündüğümde” kısmı ile arasında ise pozitif ve zayıf bir ilişki vardır ($r=0.292$, $p<0.01$). Öğrenilmiş güçlülük toplamı ile mesleki yaşam projesi toplamı arasında ise pozitif ve zayıf bir ilişki vardır ($r=0.387$, $p<0.01$).

Mesleki yaşam projelerinden düzeylerinden “iş yaşam projesinin tamamlanmış (geçmiş) kısmı” ile “iş yaşam projemin yaşamakta (şimdi) olduğum kısmı” arasında pozitif ve zayıf ($r=0.474$, $p<0.01$); “iş yaşam projemin geleceğini düşündüğümde” ile negatif ve çok zayıf ($r=-0.038$); mesleki yaşam projesi toplamı ile ise pozitif ve orta yönde ilişki tespit edilmiştir ($p=0.604$, $p<0.01$). Mesleki yaşam projelerinden şimdi ile gelecek arasında pozitif ve çok zayıf ($p=0.015$, $p<0.01$); mesleki yaşam projesi toplamı ile ise pozitif ve yüksek bir ilişki vardır ($p=0.752$, $p<0.01$). Mesleki yaşam projelerinden gelecek ile mesleki yaşam projesi toplamı arasında ise pozitif ve orta yönde bir ilişki vardır ($p=0.592$, $p<0.01$).

4. Tartışma ve Sonuç

Ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyini gösteren sağlık kurumlarında sunulan hizmetler önem arz etmektedir. Bu hizmetlerden en önemlisi tedavi hizmetleridir. Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen tedavi hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. Dolayısıyla sağlık kurumları 24 saat kesintisiz hizmet sunmak zorundadır. Çünkü hastalanan birey acil müdahaleye gereksinim duymakta ve tüm sağlık personelinin hızlı, etkin ve düzenli çalışması gerekmektedir. Bu kadar yoğun bir iş hayatı olan sağlık çalışanlarında yorgunluk, bıkkınlık ve yoğun stres görülebilmektedir. Bu bağlamda iş yükü fazlalığı, rol belirsizliği, yorgunluk gibi durumların üstesinden gelip modern yaşamın bireyler için sağladığı olanaklardan yararlanmak ve mesleğinde mutlu bir mesleki yaşama erişebilmek artık önemli hale gelmektedir. Çünkü meslek yaşamımızın geçmişi, bugünü ve geleceği de kişisel bir proje olarak düşünülmektedir. Her proje gibi meslek yaşamımızın da tamamlanmış (geçmiş), yaşanmakta (şimdi) olan ve yaşanacak (gelecek) parçaları söz konusudur.

Yapılmış olan çalışma bulguları incelendiğinde, sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük toplam düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının mesleki çalışma yılları değerlendirildiğinde, mesleğinde 11-15 yıl hizmet veren sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin diğer gruplara oranla daha yüksektir. Konya Numune Hastanesi ile Konya Meram Eğitim Araştırma Hastanesi öğrenilmiş güçlülük boyutlarından dürtü ile iyiye yorma boyutu için gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerin, kadınlara oranla istenmeyen düşünceleri daha iyi kontrol edebilmektedirler. Yine erkeklerin kadınlara göre iş yaşam projelerinin geleceğinden daha memnun oldukları görülmektedir. Öğrenilmiş güçlülük toplamı ile mesleki yaşam projesi toplamı arasında ise pozitif ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yani sağlık çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyi arttıkça mesleki yaşam projelerinde daha etkin olacaklardır. Sonuç olarak, öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının kendini kontrol etme becerilerinin daha iyi bir şekilde kullanacağı, mesleki yaşamlarında karşılaştıkları stres ve olumsuz durumlarla dahi iyi baş ederek performansına olumsuz etkisini en aza indirebileceği ve bu doğrultuda da mesleki yaşam projesinde (geçmiş, şimdi ve gelecek) daha etkin olacağı muhtemeldir.

Çalışmanın sadece Konya Numune Hastanesi ile Meram Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılmış olması kısıtlı sonuçlar vermiştir. Öğrenilmiş güçlülük ve mesleki yaşam projesi ile ilgili olarak yapılacak benzer çalışmalarda farklı sağlık kuruluşları daha fazla sağlık hizmet çalışanına ulaşarak ve örneklem büyüklüğü artırılarak araştırma sonuçlarında genellemeler yapılabilir.

Kaynaklar

- 1.CENKSEVEN, Fulya (2001), Sigara İçme Durumlarına Göre Üniversite Öğrencilerinin Kontrol Odağı Ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerinin Karşılaştırılması, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2 (21), s.8-16
- 2.CENKSEVEN, Fulya ve T. Akbaş (2007), Üniversite Öğrencilerinde Öznel ve Psikolojik İyi Olmanın Yordayıcılarının İncelenmesi, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, Cilt 3, Sayı:27, s.43-65
- 3.ÇAKIR, Özlem (2009), *Çalışma Yaşamında Davranış*, Ed. A. Keser, G. Yılmaz, S. Yürür, Umuttepe Yayınları, Kocaeli, s. 147-167.
- 4.DAĞ, İhsan (1991), Rosenbaum' un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin Üniversite Öğrencileri için Güvenilirlik ve Geçerliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 2(4), s. 269-274
- 5.DAĞ, İhsan (1992), Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Psikopatoloji İlişkileri, Psikoloji Dergisi, Cilt 7, Sayı 27, s.1-9
- 6.DÖNMEZ, Burhanettin, G. Genç (2006), Genel Liselerdeki Okul Yöneticisi ve Öğretmenlerin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine İlişkin Algılar, İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Yıl:2006, Sayı:557
- 7.ERKUŞ, Ahmet ve Mine A. Fındıklı (2010), Psikolojik Sermaye İle Mesleki ve Örgütsel Özdeşleşme Arasındaki İlişkiler: Meslek Yaşamı Projesinin Aracılık Etkisi, 18. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, s. 766-772
- 8.GEMLİK, Nilay, Ü. Sığırı, H. Sur (2007), Sosyal Karşılaştırma Ve Öğrenilmiş Güçlülük İlişkisinin Yönetimsel Etkileri Hastane Yöneticileri Ve Çalışanları Üzerine Bir Çalışma, Yönetim Dergisi, Sayı:57, s.55-66
- 9.GÜLOĞLU, Berna ve G. Aydın (2007), İlköğretim 5.Sınıf Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlülük Ve Otomatik Düşünce Biçimi Arasındaki İlişki, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 33: s.157-168
- 10.MARAŞLI, Müge (2005), Bazı Özelliklerine ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine Göre Lise Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri, Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, s:27-33
- 11.YILDIRIM, M. Halit, Ş. Gülpınar, Ş. Uğuz (2012), İş Yaşamında Öğrenilmiş Güçlülük İle İş Stresi Arasındaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, s. 133-144
- 12.YÜRÜR, Şenay (2011), Öğrenilmiş Güçlülük, Kıdem ve Medeni Durumun Duygusal Tükenmedeki Rolü: Kaynakların Korunması Teorisi Kapsamında Bir Analiz, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:25, Sayı:1, s: 107-126
- 13.ROSENBAUM, M.A. (1980). A Schedule for Assessing self-control Behaviors: Preliminary findings. Behavior Therapy, 11, s. 109-121.

BİREYSEL ÇATIŞMAYI ÇÖZÜMLEME YÖNTEMLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ARAŞTIRILMASI

Şebnem ASLAN*

Şerife EREN**

ÖZET

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının bireysel çatışma yönetim tarzlarına “Conflict handling styles” ilişkin görüşleri araştırılmıştır. Bireysel çatışma yönetim tarzlarına ilişkin görüş araştırmasında Rahim'in (1983) çalışması kullanılmıştır. Çalışmada bireysel çatışma üzerinde durulmuş ve 5 boyutu bulunan bireysel çatışmayı çözümüleme yöntemleri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bireysel Çatışma Yönetim Tarzları, Sağlık Çalışanı.

*Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi , Sağlık Yönetimi, sebnemas@hotmail.com

** Arş.Gör., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi , Sağlık Yönetimi, serife_eren.89@hotmail.com

THE STUDY OF INDIVIDUAL CONFLICT RESOLUTION METHODS AMONG HEALTHCARE EMPLOYEES

ABSTRACT

In the study of health care workers to individual conflict management styles "Conflict handling styles scale" was to investigate the beliefs. Individual opinion research on conflict management styles Rahim (1983) study was used. The study focused on individual conflicts and individual conflicts with the fifth dimension analysis methods are described.

Key words : *Individual Conflict Management Styles, Health Worker.*

1.Giriş

Teknolojik gelişmeler insan ilişkilerini zayıflatarak bireyselleştirmektedir. Bireyselleşmenin sonucunda kurumlarda kişiler arası çatışma önemli bir sorun olmaktadır. Kurum çalışanlarının performanslarının artırılması için çalışanların çatışmaları kontrol altında tutulmalıdır. Bu nedenle çatışma iş hayatında önemli bir konu olmaktadır. Hızla değişen koşullar altında yaşayan tüm insanlar sürekli olarak belirsizlik ve değişimlerle karşı karşıya kalmaktadır. Farklı özelliklere sahip bireylerin bu koşullar altında etkileşim halinde olmaları bireyler arasında çatışmaya yol açmaktadır.

Bireysel çatışma, kişinin ne yapacağından emin olmadığı, işe ilişkin çelişkili taleplerle karşı karşıya kaldığı veya yapabileceğinden fazlasının kendisinden istendiği durumlarda ortaya çıkan ve kişiyi rahatsızlığa, kızgınlığa ve baskı altında kalmaya sevk eden çatışmalardır (Şimşek, 2011: 360).

Kompleks yapıya sahip olan hastanelerde bir taraftan sunulan hizmetlerin maliyeti, diğer taraftan hizmetlerden beklenen kalite düzeyi hem bölümlerin hem de kişilerin üst düzeyde koordinasyonunu gerektirmektedir. Gerekli olan bu koordinasyon hastanedeki anlaşmazlıkların, tartışma ve çatışmaların temel kaynağı olarak görülmektedir (Kıdak, 2011: 7). Çatışma konusu insanın olduğu her yerde yaşanan ve yaşanacak olan bir olgudur. Bu yüzden çatışma konusu birçok bilim dalının konusu olmuştur. Çatışma, sadece yönetimin üzerinde durduğu bir kavram değildir. Toplumsal bir olgu olması nedeniyle; antropoloji, sosyoloji, psikoloji, ekonomi vb. gibi bilimler de çatışmayı incelemektedir (Sökmen ve Yazıcıoğlu, 2005: 2).

Hastaneler en karmaşık örgütler arasında yer aldıklarından büyük bir çatışma potansiyeline sahiptirler. Hastane örgütleri açısından örgütsel çatışma, hasta tedavisi sürecinde yer alan personel arasındaki anlaşmazlık, uyumsuzluk, rol karmaşıklığı, görev belirsizliği başta olmak üzere değişik çatışma unsurlarını içeren kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilebilir (Ocak ve diğerleri, 2004: 56). Hastanelerde yaşanan birçok çatışma sebebi tespit edilmiştir (Baysal, Tekarslan, 1996; Şahin, 2008; Doğrusöz, 1987; Akyön, 2008; Akça, 2007):

Bunlar içerisinde ilk olarak *iletişim eksikliği* gelmektedir. Hastanelerde birden fazla yetki hattının birlikte bulunması, bir astın birden çok üste bağlı olabilmesine yol açarak belirsizliğe, çatışmalara neden olur (Kimberly, 1983: 306; akt, Doğrusöz, 1987: 26). Diğer bir sebep *karşılıklı görev bağımlılığıdır*. Fonksiyonel olarak birbirine bağlı olan bölümlerden birinin fonksiyonunu zamanında yerine getirememesi bu iki bölüm arasında çatışmaya sebep olabilir (Doğrusöz, 1987: 18). Hastanede iş bölümü ve uzmanlaşmanın çok yüksek olması

nedeniyle herhangi bir bölüm ya da grubun fonksiyonunu yerine getirmesi diğer bölüm ya da gruplara bağlı olmaktadır (Akça, 2007: 131).

Statü farklılıkları bir diğer çatışma sebebini oluşturmaktadır. Örgütlerde herkesi belirli bir statüsü bulunmaktadır. Örgütlerde statü farklılığı düşüncesiyle güç kurma isteği başladığında çatışmaya neden olabilmektedir (Akyön, 2008: 34). Başka bir çatışma sebebi, *yönetimsel belirsizliklerdir*. Yöneticiler ve çalışanlar görev sınırlarının neler olduğunu ve bu sınırların nerede başlayıp nerede bittiğini bilmedikleri zaman çatışmalar meydana gelir. Meydana gelen çatışmada herkes birbirini sorumlu tutar (Akyön, 2008: 32). *Algılama Farklılıkları* bir diğer çatışma sebebi olarak değerlendirilmektedir. Birey ya da grupların belirli olay ve gelişmeleri farklı şekilde algılamaları çatışmaya neden olabilir (Akça, 2007: 133).

Diğer bir sebep *amaç, çıkar ve değer farklılıklarıdır*. Bir örgütte yer alan birey ya da grupların çıkar ve değerlerinin birbiriyle ya da örgütle uyuşmaması bir diğer çatışma nedenidir (Baysal, Tekarslan, 1996: 103). Başka bir çatışma sebebi *kararlara katılmadır*. Bir örgütte ortak karar alma ihtiyacı sınırlı bir kaynağa olan bağımlılık arttıkça veya faaliyetlerin zaman içinde düzenlenmesi söz konusu olduğunda ortaya çıkar (Akça, 2007: 135). *Denetim tarzı* da çatışmaya sebep olan durumlardan biridir. Yakın denetim, astların denetçiye karşı düşmanca bir tutum içine girmelerine yol açar (Akça, 2007: 135-136). *Üye farklılıkları* diğer bir çatışma sebebini oluşturmaktadır. Örgütte çalışan bireylerin farklı sosyal ve kültürel ortamlardan gelmeleri nedeniyle aralarında kültür, eğitim, yaş, din, cinsiyet ve ırk gibi farklılıklar olması örgütsel çatışmaya neden olabilir (Baysal, Tekarslan, 1996: 103).

Başka bir çatışma sebebi *ödül sistemi farkıdır*. Çoğu çatışmanın temelinde bireylerin gösterdikleri başarı ile orantılı olarak ödüllendirilmemeleri yatmaktadır. Yönetim birimlerinin toplam performansları yerine, bireylerin ayrı ayrı performanslarına göre yapılan değerlendirme ve ödüllendirme sistemleri çatışma riskini artırmaktadır (Şahin, 2008: 50). Dikkate alınması gereken bir diğer çatışma sebebi *kaynakların kıtlığıdır*. Örgüt kaynakların kıt olması ve devamlı temin edilememesi durumunda kaynaklara bağımlılık artmaktadır. Çalışanlar genel olarak daha fazla örgütsel kaynağa sahip olmak ve toplumsal saygınlığını artırma amacı ile hareket etmektedir (Şahin, 2008: 49).

Örgütün büyüklüğü de çatışma sebeplerinden biri olarak değerlendirilir. Örgüt büyüdükçe iletişim kanalları sayısı artar ve hiyerarşik katlar arasında iletişim azalır. Örgütün büyüklüğü ve karmaşıklığı arasında olumlu yönde ve güçlü bir ilişki vardır (Doğrusöz, 1987: 33). Pek çok sebebi bulunan çatışmanın ne anlama geldiği çatışmanın bireysel düzeyde mi örgütsel düzeyde mi olduğu kavram ve kapsamı çatışmanın çözümü açısından önemlidir.

1.1.Çatışma Kavramı ve Kapsamı

Sözlük anlamıyla çatışma, bir çatışma eylemini ifade etmektedir. Çatışmak ise, “birbirine çatmak veya çatılmak” olarak tanımlanmaktadır. Diğer anlamları ise şöyledir: “(söz, iddia veya davranışlar) birbirini tutmamak, birbirini çelmek, mütenakız olmak”; “karşılıklı vuruşmak”, “kavga etmek”; vs. şeklinde tanımlanabilir (TDK Sözlüğü, 1998: 238).

Çatışma; bireyin içinde bulunduğu sosyal ortam ve zaman dilimi içinde istemedikleri ile karşı karşıya gelmesi veya bir sonuç için zorlanması halinde gösterdiği davranış, ulaştığı karmaşık duygusal yapı olarak tanımlanabilir (Erdoğan, 1999: 146). Aflazur Rahim (1985: 81) çatışmayı, bireylerin ya da grupların kendi içlerinde veya aralarındaki anlaşmazlıklar, farklılıklar yada uyuşmazlıklar şeklinde görülen etkileşimli bir durum olarak tanımlamıştır (Alptekin, 2005: 3). Çatışma, bir tarafın çıkarının, karşı tarafça olumsuz etkilendiğinin

algılanması süreci olarak ifade edilmektedir (Wall ve Callister,1995: 17). Bir başka tanımlamayla çatışma, birbirine bağımlı tarafların, birbirleriyle zıt amaçları algıladığında oluşan bir süreç olarak ele alınmaktadır (Jameson, 1999: 269). Çatışma, bireyler veya grupların birlikte çalışma sorunlarından kaynaklanan ve normal faaliyetlerin durmasına ve karışmasına sebep olan olaylar olarak tanımlanabilmektedir (Eren, 2000: 553). Çatışma, iki veya daha fazla taraf arasında bir uyumsuzluk gerginlik veya başka tür zorlukların varlığı olarak ortaya çıkmaktadır. Çatışma, çoğu zaman taraflar arasında karşıtlık ya da sataşma olarak kendini göstermektedir. Çatışmanın tarafları genellikle birbirlerini, kendi ihtiyaç ve amaçlarını engelleyici birer öge olarak görmektedirler (Can ve Ark., 2006: 2005). Thomas'a (1976) göre çatışma bir tarafın ilgilendiği bir şeyi diğerinin engellemiş olduğunu yada engellenmek üzere olduğunun algılanması sürecidir (Thomas, 1976: 890). Son zamanlarda araştırmacılar, iş çatışması ve bilişsel çatışmayı da tanımlamışlardır. Bilişsel çatışma, kararlardaki farklılıklardan ve görüşlerdeki farklılıklardan kaynaklanan çatışmadır. İş çatışması, grubun işlerinin nasıl yapılacağına ilişkin anlaşmazlıkla ilgilidir. Bu tanımlamada çatışma, yapılan işteki anlaşmazlığa odaklıdır (Barki ve Hartwick, 2004: 218).

Çatışmanın literatürde genel kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Buna karşın çatışmaya iki genel yaklaşım bulunmaktadır. Birincisi; Schmidt ve Kochan'a (1972) aittir. Schmidt ve Kochan, çatışmaya, rekabetle ilgili olarak dar açıdan bakmıştır (Jameson, 1999: 269). Çatışma Schmidt ve Kochan'a göre başkalarının amaçlarına kasıtlı yapılan müdahaledir. Bu tanım çatışma teriminin genel kullanımına ve endüstriyel ilişkilere (örneğin grev gibi) yakındır. İkincisi ise Pondy'e aittir. Bu tanım, rekabetten çok çatışmayı çözümlenme yöntemimizle ilgilidir (Thomas, 1992: 268).

Kısaca çatışma, toplumsal yaşamın doğal bir sonucu olup bireysel ve gruplar arası farklılıkların kaçınılmaz bir ürünüdür (Özkalp ve Kırel, 2005: 396). Bu çalışmada bireysel çatışma yönetim tarzları üzerinde durulmaktadır.

1.1.1. Bireysel Çatışma

Bireyin kendi içindeki çatışması daha çok psikologlar tarafından incelenmiştir. Bireysel çatışma ya da bireyin kendi içinde yaşadığı çatışma, en genel anlamda bireyin kendi kararını vermede, eylem tarzını seçmede veya eylemi yerine getirmede güçlüklerle karşılaşması sonucu ortaya çıkan durumları ifade etmektedir (Tekarslan ve Ark., 2000: 243). Diğer bir ifade ile bireysel çatışma, bireyin kendisinden ne beklediğinden emin olamadığı veya kendisinden farklı veya çelişkili davranışlar, kararlar beklediği veya kendisinden yapabileceğinden fazlasının beklediği durumlarda ortaya çıkan ve bireyi rahatsızlığa, kızgınlığa ve strese sevk eden çatışmadır (Koçel, 2005: 667). Bu tarz çatışma, bireyin kendisi için belirlemiş olduğu hedefler ile işletmenin kendisi için belirlemiş olduğu rol arasındaki anlaşmazlıklardan kaynaklanmaktadır (Uysal, 2004: 14).

Bireysel farklılıklara bağlı olarak her insan diğer insanlardan duygu, düşünce, inanç, tutum, tercih vs. noktalarından farklı görüşleri benimseyip savunabilmektedir. Oluşan bu farklılık çatışmaların kaynağını oluşturan önemli faktörlerden biri olmaktadır (Karataş, 2007: 2; Akkırman, 1998: 2). March ve Simon birey düzeyli çatışmalara ağırlık veren tanımında kavramı “standart karar verme mekanizmalarında bir bozulma ve bu bozulmanın bir sonucu olarak bireyin uygun eylem seçeneğini seçmede güçlüğüne uğraması” şeklinde tanımlamışlardır. Yine çatışmayı birey düzeyli perspektiften ele alan bir diğer tanım da “gerek fizyolojik gerekse de sosyo psikolojik ihtiyaçların tatminine engel olan sıkıntıların meydana getirdiği gerginlik hallerini” çatışma olarak ele almaktadır (Özkalp ve Kırel, 2005: 387). Başka bir bakış açısıyla, bireylerin olumlu ya da olumsuz karşılıklı iki durumla karşılaştıklarında hangi

seçenekleri kullanabilecekleri konusunda düştükleri çatışmalardır (Hellriegel, 1986: 447). Bu çatışma türünde, kişinin hangi işi yapmasının kendisi için yararlı olacağına karar veremediği, rol çatışmasına düştüğü, rol belirsizliği yaşadığı, yapabileceğini düşündüğünden daha fazlasının istendiği durumlarda kendi içinde yaşadığı çatışmadır (Can ve Ark., 2006: 2012; Uysal, 2004: 14).

1.2. Bireysel Çatışmayı Çözümleme Yöntemleri

Yönetim biliminde örgütsel çatışma kavramına ilk dikkat çeken Marry Parker Follett olmuştur. Follett farklılıkları kabul etmenin çatışmayı olumlu yönde yönetmenin ilk ve en önemli bir adımı olarak görmektedir (Medcalf ve Unwick 2003: 30-50; Graham, 1994: 20). Follett çatışmaların çözümünde üç ana strateji önermektedir. Bunlar; hükmetme, uzlaşma ve bütünleştirme stratejileridir. Anılan stratejilere ek olarak kaçınma ve uyma stratejilerini de literatüre katmıştır (Raduan, 2007: 56). Bunlardan en basit ve genellikle kısa dönemler için başarılı olan çözümün “güç kullanma”, en ideal ve işletmeyi başarıya götürecektir, sinerjik bir güç oluşturacak çözümün ise “bütünleşme” olduğu savunulmuştur (Medcalf ve Unwick 2003: 30-50; Graham, 1994: 20). Daha sonraki yıllarda örgütlerdeki çatışmaları çözümlemeyle ilgili teknikleri ilk olarak sistematik ve analitik şekilde inceleyen model, Blake, Shepard ve Mouton’unun (1964) çatışma çözümleme modelidir. Burada yer alan çatışma çözümleme yöntemleri şöyledir; kazan-kaybet, kadercilik, çekilme, kayıtsızlık, soyutlanma, problem çözme, uzlaşma-pazarlık ve yumuşatma yöntemleridir (Blake, Shepard ve Mouton, 1964: 10-12). Blake ve Mouton modeli, çok az farklı bir terminoloji ile birçok araştırmacı tarafından benimsenmiştir (Goodwin, 2000: 4). Blake ve Mouton’un çatışmayı çözümleme yaklaşımları, daha sonra Kenneth W. Thomas (1976–1977) tarafından yeniden yorumlanmıştır. Buna göre çatışma yönetim tarzının sınıflandırılmasında tarafların niyetleri (İşbirliğine yönelik olmaları veya iddialı olmaları) üzerinde durulmuştur. Çatışma çözümleme yöntemi beş boyut altında sınıflandırılmıştır. Bunlar; kaçınma, rekabet, uyma, işbirliği ve uzlaşma boyutlarıdır (Goodwin, 2000: 4).

Son olarak belirtilmesi gereken, çatışma çözümleme yöntemleriyle literatürde önemli bir yere sahip ve araştırmada ölçeğinden yararlanılan Rahim modelidir. Rahim, çatışma yönetim tarzını şu iki boyutun birleşiminden oluşturmuştur: Kendi çıkarlarını düşünme ve başkalarının çıkarlarını düşünme. Bu iki boyutun kombinasyonu ile elde edilen beş başa çıkma tarzı şöyledir: hükmetme, kaçınma, uyma, uzlaşma ve bütünleştirme. (Rahim ve Magner, 1995:122; Rahim ve Ark., 2000: 10; Rahim ve Bonoma, 1979; Rahim ve Ark., 2002: 307; Goodwin, 2000: 4) Aşağıda da çalışmamıza temel teşkil eden bu beş strateji üzerinde durulmuştur:

Bütünleştirme; bireyin, hem kendisi ve hem de karşı taraf için endişelendiğinde kullandığı yöntemdir. İki tarafın da kabul ettiği etkin bir çözüme ulaşmada, açıklığın, karşılıklı fikir alışverişlerinin, bilginin paylaşıldığı, farklılıkların dikkate alındığı bir yöntemdir (Rahim, 2002: 220). Kişi, çatışma durumunda hem kendisi hem de karşı taraf için bütünleştirme yoluyla çatışmayı çözümlenmeye çalışır (Rahim, 1995: 125). Burada taraflar işbirliği yaparak gerçek problemi, problemin nedenlerini ve farklılıkları yapıcı bir biçimde ortaya koyabilirler (Karip, 2000: 62). Bütünleştirme stratejisinin kazan – kazan stratejisi olduğunu söylemek mümkündür (Ünver, 2002: 22). Uyma; bireyin kendisinden daha çok karşı taraf için endişelendiğinde kullandığı bir yöntemdir. Karşı tarafın endişelerini gidermek için farklılıkları göz ardı etme ve ortak yönleri vurgulamaya odaklı, bir tarafın kendi ihtiyaçlarını göz ardı ettiği, kendini feda ettiği yöntemdir (Rahim, 2002: 220). Rekabetin tam tersi bir davranıştır. Çoğu zaman bireyler herhangi bir çatışma olasılığını önlemek için kendi

çıkarlarından çok, karşı grubun çıkarlarını üstün tutabileceğini göstermektedir (Özkalp ve Kirel, 1996: 132). Bu yöntemin üstün yanı ilişkilerin devam etmesidir. Sakıncalı yanı ise sürekli karşı tarafın fikirlerine uymanın yeni fikirler üretmeye engel olabileceğidir (Lussier,1990: 248) Hükmetme; çok kullanılan fakat etkisi az olan bir yöntemdir. Yetkiyi kullanırken çok dikkatli olmalı, kullanılan yetki çatışmaya taraftar olanların tamamı tarafından onaylanmalıdır (Koçel, 1999: 491). Çatışmanın devam etmesi halinde tarafları cezalandıracağını açıkça bildirecektir ya da çatışmanın sona ermesi halinde tarafları uygun biçimde ödüllendireceğini açıklamaktadır (Eren, 2003: 551). Bu yöntemin sakıncalı yönü, bu tarzın fazla kullanılması durumunda uygulayana karşı düşmanlığa ve kızgınlığa yol açmasıdır (Luisser, 1990: 247). Kaçınma; işbirlikçi olmayan, çatışmadan geri çekilme veya kayıtsız kalma durumudur (Gross ve Guerrero, 2000: 207). Bu yöntem çatışmayı bastırma, bir tarafa bırakma, çatışma konularını görmezden gelme yaklaşımıdır (Rahim, 2002: 220). Bu yöntemle çatışmanın etkin bir biçimde çözümlenmesi ya da sürekli şekilde elemine edilmesi söz konusu olmasa da bazı koşullar altında en iyi alternatif olarak düşünülebilir (Herbert, 1976: 357) Uzlaşma; bireyin hem kendisi ve hem de karşı taraf için orta düzeyde endişelendiğinde başvurduğu yöntemdir (Rahim, 1986: 25). Uzlaşmada çatışan taraflar çoğu problemi masaya yatırmadan ve açıkça tartışmadan uzlaştırıcı yöntemler ile çözme eğilimine gitmektedir (Bumin, 1990: 83). Bu stratejinin kullanılabilmesi için tarafların kendi ilgi ve ihtiyaçlarının doyurulmasına önem vermelerinin yanında karşı tarafın ilgi ve isteklerine değer vermeleri ve dikkate almaları gerekmektedir (Karip, 2000: 62). Optimal çözümden ziyade tüm tarafların memnuniyetini sağlayan kabul edilebilir bir çözümün sağlanmasıdır (Wagner, 1992: 486).

2. Yöntem

2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçek

Araştırmada bireysel çatışma yönetim tarzı “Conflict handling styles” ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek Rahim’in (1983) çalışmasından alınmıştır. Bütünleştirme (Integrating: 7 soru), Uyma (Obliging, 5 soru), Hükmetme (Dominating, 5 soru), Kaçınma (Avoiding, 7 soru) ve Uzlaşma (Compromising, 4 soru) boyutlarından toplam 28 sorudan oluşan bir ölçektir. 5’li Likert ile (1=Hiç katılmıyorum, 5= Kesinlikle katılıyorum) derecelendirilmiştir. Türkçe’ye geçerliliği Kozan (1989) çalışmasıyla yapılmıştır. Boyutların güvenilirlik değerleri sırasıyla; bütünleştirme (α : 0.8615), sakınma (α :0.7365), uyma (α :0.7330), uzlaşma (α :0.6421) ve hükmetme (α :0.6659) olarak bulunmuştur.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Konya ve Adana illerinde yer alan dört hastanedeki 225 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu, evli (%54.7), ön lisans (%32) ve lisans (%39.6) düzeyinde eğitim almış iken hekim, diyetisyen, gibi uzman personel %71.6, hemşire %12.9 ve idari personel %15.6 ve kadın çalışan %68.4 düzeyindedir. Araştırmaya katılanların ortalama 30.94 yaşında, 5.79 yıl kurumda çalışma yılına sahip oldukları tespit edilmiştir.

3. Bulgular

Araştırmada bireysel çatışma ölçeğinin doğrulayıcı faktör analiziyle geçerliliği; CR ve AVE katsayılarıyla da güvenilirlikleri araştırılmıştır. Tablo 1’de sonuçlar gösterilmektedir.

Tablo 1: Çatışma Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Çatışma Ölçeği Boyutları	(CFA)Başlangıç Faktör Yüğü*	(CFA) Sonuç Faktör Yüğü**	ξ Değer	Cronbach Alpha	Arit.Ort.	Std.Hata	Madde-Toplam Korelasyonları
Bütünleştirme				.771	12.31	1.95	
1.	.62	.62	9.48				.796**
2.	.71	.70	10.98				.828**
3.	.82*						
4.	.85	.88	14.39				.861**
5.	.59*						
6.	.62*						
7.	.64*						
Kaçınma				.766	10.49	2.57	
8.	.41*						
9.	.44*						
10.	.60	.54	7.93				.772**
11.	.67*						
12.	.58*						
13.	.76	.84	12.76				.853**
14.	.75	.81	12.26				.851**
Hükmetme				.749	7.09	2.93	
15.	.70	.74	10.53				.823**
16.	.77	.77	11.05				.835**
17.	.46*						
18.	.65	.61	8.78				.789**
19.	.67*						
Uyma				.645	10.88	1.99	
20.	.52*						
21.	.66	.66	9.35				.774**
22.	.30*						
23.	.60	.61	8.63				.792**
24.	.62	.58	8.04				.727**
Uzlaşma				.760	11.94	1.94	
25.	.62	.64	9.67				.784**
26.	.71	.72	11.37				.849**
27.	.81	.79	12.72				.832**
28.	.38*						

Note: Standardized item loadings reported for CFA. $p < .001$ for all loadings.

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 769.24/340 = 2.26$, NNFI=.79, NFI=.71, CFI=.81, AGFI=.76, GFI=.80, RMSEA=.075

** Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 112.04/80 = 1.40$, NNFI=.96, CFI=.97, AGFI=.91, GFI=.94, RMSEA=.04.

Bireysel çatışma yönetim tarzı ölçeğine doğrulayıcı faktör analizi CFA “confirmatory factor analysis” uygulanmıştır. Ölçeklerin uyum iyiliği araştırılmıştır. Bireysel çatışma yönetim tarzı ölçeğinin başlangıç versiyonunda iyi uyum değerlerine ulaşamamıştır (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 769.24/340=2.26$, NNFI=.79, NFI=.71, CFI=.81, AGFI=.76, GFI=.80, RMSEA=.075). İkinci aşamada düzeltme indeksi gösteren sorular çıkarılarak ölçek yeniden analize tabi tutulmuş ve iyi uyum değerlerine ulaşılmıştır (Goodness-of-Fit Statistics: $\chi^2/df = 112.04/80=1.40$, NNFI=.96, CFI=.97, AGFI=.91, GFI=.94, RMSEA=.04). Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği yüksek 3’er sorudan 5 alt boyuttan oluşan yeni bir Bireysel çatışma yönetim tarzı ölçeğine ulaşılmıştır. Analizler sonucunda uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde geçerliliği yüksek ölçek elde edilmiştir. Bu değerlendirmede χ^2/df oranı 5 ve daha küçük olması durumunda model veri uyumunun çok iyi olduğu kabul edilmektedir. RMSEA değerinin 0 ve 0.05’den küçük olması model veri uyumunun mükemmel olduğunu göstermektedir. GFI, IFI ve NFI’nin 0.90 üzerinde olması (Şimşek, 2007:14), CFI ve NNFI’nin .95’in üzerinde olması ve AGFI’nin .85’in üzerinde olması modelin iyiliğini göstermektedir (Schermele, Moosbrugger, 2003:43). Ölçeklerin *t* değerinin de anlamlı olması gerekmektedir (Hui, 2003). Tablo 1’de görüldüğü üzere *t* değerleri anlamlı bulunmuştur.

Yapılan uygulama sonunda Cronbach alfa değerleri kabul edilebilir sınırdadır bulunmuştur. Ölçek güvenilir olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin tümünün Cronbach alfa değeri, .724 olarak güvenilir düzeydedir. Maddelerin ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanarak Tablo 1’de gösterilmiştir. Aritmetik ortalama değerlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Her maddenin genel ölçek puanıyla ilişkisine madde-toplam korelasyonuna bakılmıştır. Bilindiği gibi ölçekte bulunan bir maddeden alınan puanın, testin bütününden alınan puanla korelasyonun yükseklik derecesi o maddenin ölçülmek istenen değişkeni ne kadar iyi ölçtüğünün bir göstergesidir ve madde geçerliğini gösterir. Literatürde ölçeğin toplanabilirlik özelliğinin bozulmaması için madde ile toplam arasındaki korelasyon katsayılarının negatif olmaması ve 0.25 değerinden büyük olması gerekmektedir (Kalaycı, 2006:405). Uygulama sonuçlarına göre maddelerin hepsinin ayırt edicilikleri, düzeltme gerektirmeyecek sınır kabul edilen 0.25’in üzerindedir. Buna göre ölçeklerin iyi bir iç tutarlılığa (internal consistency) sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 2: Ölçek Ortalamaları

	Bütünleştirme	Kaçınma	Hükmetme	Uyma	Uzlaşma
Aritmetik Ortalama	4.09	3.49	2.35	3.64	4.00
Standart Hata	.662	.912	1.015	.719	.671

Tablo 2’de görüldüğü gibi sağlık çalışanları bütünleştirme ve uzlaşma davranışını daha çok tercih etmektedirler. Daha sonra uyma ve kaçınma davranışı gelmektedir. Hükmetme davranışı en az tercih edilen davranış olarak görülmektedir.

Tablo 3: Bütünleştirme

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç Katılmıyorum	1	.4	.4	.4
Katılmıyorum	6	2.7	2.7	3.1
Orta Düzeyde Katılıyorum	16	7.1	7.1	10.2
Katılıyorum	151	67.1	67.1	73.3
Kesinlikle Katılıyorum	51	22.7	22.7	100.0
Toplam	225	100.0	100.0	

Yapılan analize göre; araştırmaya katılanlardan, bütünleştirme boyutunda %67,1 oranında katılıyorum, %22,7 oranında kesinlikle katılıyorum, %7,1 orta düzeyde katılıyorum, %2,7 oranında katılmıyorum ve %0,4 oranında hiç katılmıyorum sonucunun ortaya çıktığı görülmektedir.

Tablo 4: Kaçınma

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç Katılmıyorum	5	2.2	2.2	2.2
Katılmıyorum	29	12.9	12.9	15.1
Orta Düzeyde Katılıyorum	62	27.6	27.6	42.7
Katılıyorum	108	48.0	48.0	90.7
Kesinlikle Katılıyorum	21	9.3	9.3	100.0
Toplam	225	100,0	100,0	

Tablo 5’de görüldüğü gibi yapılan analize göre; araştırmaya katılanlardan, kaçınma boyutunda %48,0 oranında katılıyorum, %27,6 oranında orta düzeyde katılıyorum, %12,9 oranında katılmıyorum, %9,3 kesinlikle katılıyorum ve %2,2 oranında hiç katılmıyorum sonucunun ortaya çıktığı görülmektedir.

Tablo 5: Hükmetme

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç Katılmıyorum	46	20.4	20.4	20.4
Katılmıyorum	93	41.3	41.3	61.8
Orta Düzeyde Katılıyorum	54	24.0	24.0	85.8
Katılıyorum	26	11.6	11.6	97.3
Kesinlikle Katılıyorum	6	2.7	2.7	100.0
Toplam	225	100.0	100.0	

Yapılan analiz sonucuna göre; araştırmaya katılanlardan, hükmetme boyutunda %41,3 katılmıyorum, %24,0 orta düzeyde katılıyorum, %20,4 hiç katılmıyorum, %11,6 katılıyorum, %2.7 kesinlikle katılıyorum sonucunun ortaya çıktığı görülmektedir.

Tablo 6: Uyma

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç Katılmıyorum	2	.9	.9	.9
Katılmıyorum	11	4.9	4.9	5.8
Orta Düzeyde Katılıyorum	68	30.2	30.2	36.0
Katılıyorum	129	57.3	57.3	93.3
Kesinlikle Katılıyorum	15	6.7	6.7	100.0
Toplam	225	100.0	100.0	

Elde ettiğimiz analiz sonucuna göre; araştırmaya katılanlardan, uyma boyutunda %57,3 oranında katılıyorum, %30,2 oranında orta düzeyde katılıyorum, %6,7 oranında kesinlikle katılıyorum, %4,9 oranında katılmıyorum, %0,9 oranında hiç katılmıyorum sonucunun ortaya çıktığı görülmektedir.

Tablo 7: Uzlaşma

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hiç Katılmıyorum	2	.9	.9	.9
Katılmıyorum	5	2.2	2.2	3.1
Orta Düzeyde Katılıyorum	24	10.7	10.7	13.8
Katılıyorum	155	68.9	68.9	82.7
Kesinlikle Katılıyorum	39	17.3	17.3	100.0
Toplam	225	100.0	100.0	

Tablo 7’de görüldüğü gibi yapılan analizine göre; araştırmaya katılanlardan, bütünleştirme boyutunda %68,9 oranında katılıyorum, %17,3 oranında kesinlikle katılıyorum, %10,7 orta düzeyde katılıyorum, %2,2 oranında katılmıyorum ve %0,9 oranında hiç katılmıyorum sonucunun ortaya çıktığı görülmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırmada elde edilen bulgular araştırma kapsamına alınan kurumların yönetici ve personelinin çatışmayı yönetim stillerini yansıtmaktadır. Yapılan çalışmaya göre sağlık çalışanları bireysel çatışmayı çözümüleme yöntemlerinden en çok bütünleştirme ve uzlaşmayı tercih etmektedir. Daha sonra uyma ve ondan sonra kaçınma davranışı sergilenmektedir. Bu sıralama Rahim tarafından (1988) 1219 yönetici arasında yapılan çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Rahim çalışmasında, çatışma yönetim stillerinden bütünleşmenin ilk sırada olduğunu ardından uzlaşmanın geldiğini bulmuştur. Whitwort (2008) tarafından yapılan çalışmada çatışma yönetiminde en çok kullanılan stilin uzlaşma olduğu belirlenmiştir. Bu iki stil çatışan her iki tarafın kazanmasını sağlarken; kaçınma, problem çözme ve hükmetme stilleri tarafların kaybetmesine neden olmaktadır. Aynı şekilde elde ettiğimiz bu sonuç Mirzeoğlu’nun (2005) yöneticilerin en sık çatışma yönetim stillerinden bütünleştirme olarak bulduğu çalışmasının sonuçları ile paralellik göstermektedir. Rahim (1986), çatışmada

ABD yöneticileri, üstlerine uyma, astlarına problem çözme ve akranlarıyla uzlaşma tarzını benimsemişlerdir.

Günümüzde örgüt yöneticileri çatışma konusunda bilgi sahibi olmak zorundadır. Örgüt yöneticiliği artık bir bakıma çatışma yöneticiliği konumuna gelmiştir. Örgütteki çatışma yönetim süreci etkin, faydalı, tarafsız ve eşit olmalıdır. Çatışma çözüm yöntemi örgütteki morali teşvik etmeli ve bireyleri yönlendirici olmalıdır (Blake, Shepard ve Mouton’ın, 1964: 157). Etkin bir çatışma yönetiminin oluşturulabilmesi işgörenlerin tutum ve davranışlarının iyi bir şekilde analizine ve bunlar arasındaki farklılıkların neler olduğunun belirlenmesine bağlıdır (Thomas ve Ruble, 1977:145).

Bir hastaneye bağlı klinik departmanlar bütünleştirici tarzı kullandıklarında daha az ilişkisel çatışma ve stres azalmıştır. Çalışanlar, hükmetme ve kaçınma tarzını kullandıklarında daha yüksek çatışma ve ilişkisel çatışmanın ve stresin artışıyla sonuçlanmıştır (Rahim, 2000:6). Çalışmanın teorik kısmında ifade edilen sağlık kurumlarında çatışma nedenlerinin dışında teorik çalışmalarda üzerinde durulmayan bazı faktörlerin de ayrıca birer çatışma nedeni olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu faktörler, hem yöneticiler ve hem de çalışanlar tarafından birer çatışma nedeni olarak kabul edilmekle birlikte; atfedilen önem sıralaması farklılık arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Alptekin, S., Yazıcıoğlu, İ., (2005), “Thomas Modeli Kapsamında Yöneticilerin Çatışma Yönetimi Stilleri ve Tekstil İşletmelerinde Bir Alan Araştırması”, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, (1), 1-19.
2. Akkırman, A.,D. (1998). “Etkin Çatışma Yönetimi ve Müdahale Stratejileri” D.E.Ü.İ.İ.B.F.Dergisi, 13(2), 1-11.
3. Akça, C., Erigüç, G., (2007), “Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları ile Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9(2), 126-153.
4. Akyön, F., V., (2008), “İş Yerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma” Doktora Tezi, İstanbul.
5. Barki, H. ve Hartwick, J., (2004), “Conceptualizing The Construct of Interpersonal Conflict”, International Journal of Conflict Management, 15(3), 216–336.
6. Baysal, A.C. ve Tekarslan, E., (1996), İşletmeciler İçin Davranış Bilimleri, 2. Baskı, Avcıol Basım-Yayın, İstanbul.
7. Blake, R.R., Shepard, H.A., & Mouton, J. S., (1964), “Managing Intergroup Conflict in Industry”, Houston, Texas: Gulf.
8. Bumin, B., (1990), “İşletmelerde Organizasyon Geliştirme ve Çatışmanın Yönetimi”, Ankara.
9. Can, H., Aşan, Ö., Aydın, E.M., (2006), “Örgütsel Davranış”, Arıkan Basım Yayım, İstanbul.
10. Doğrusöz, S., (1987), “Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi” Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
11. Erdoğan, İ., (1999/1996), “İşleme Yönetiminde Örgütsel Davranış”, Dönence Basım/Avcıol Basım, İstanbul.
12. Eren, E., (2000), “ Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi” Beta Basım Yayım, Altıncı Baskı, İstanbul, 527-543.
13. Goodwin, J., (2003), “Resolving Auditor-Client Conflicts Concerning Financial Statement Issues”.
14. Graham, R., (1994), “Mary Parker Follett- Prophet of Management”, Harvard Business Pres, USA.
15. Gross, A. M. ve Guerrero, K. L., (2000), “Managing Conflict Appropriately and Effectively: An Application of the Competence Model to Rahim’s Organizational Conflict Styles”, International Journal of Conflict Management, 11(3), 200–226.
16. Hellriegel D., Slocum, J.W., Richard J. W., Woodman, W., (1986), Organizational Behavior, West Publishing Company, New York.
17. Herbert, T., T., (1976), Dimensions of Organizational Behavior, Macmillan Pub-Co., Inc., N.Y., 357
18. Hui, S. (2003), “Revision of Genetic Regulatory Models Using Structural Equation Modeling/Path Analysis”, www.cs.uwaterloo.ca/~s2hui/Summary.doc:02.05.2005.

19. Jameson, J. K., (1999) “Toward a Comprehensive Model for the Assessment And Management of Intraorganizational Conflict: Developing The Framework”, International Journal of Conflict Management, C.10, N.3, 268–294.
20. Kalaycı Ş. (2006), “SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri”, 2. Basım. Ankara: Asil yayın Dağıtım Ltd. Şti,
21. Karataş, S. (2007) “Afyonkarahisar İli Merkez İlköğretim Okullarında Görev Yapan Sınıf ve Branş Öğretmenlerinin Kurum İçi Çatışmaları Yönetim Biçimine İlişkin Görüşleri”, Bilim Eğitim Düşünce Dergisi, 7(2).
22. Karip E., (2000), “Çatışma Yönetimi”, Pagem Yayıncılık, Ankara: 60-65.
23. Kıdak, L.,B., Demir, S., Ceber, E., Turgay, A., S., (2011), “İzmir’de Bir Hastanede Yöneticilerin Çatışma Yönetim Stilleri ve Çalışanların Algılamaları”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 14(1), 1-25.
24. Koçel, T., (1999), İşletme Yöneticiliği; Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik-Modern-Çağdaş Yaklaşımlar, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 489-501.
25. Koçel, T., (2005), “İşletme Yöneticiliği”, (10.Baskı). İstanbul: Arıkan Yayıncılık.
26. Lussier, R., N., (1990), “Human Relations in organizations”, A Skill-Building Approach, USA, Richard D. Irwin, Inc.
27. Medcalf, H., Unwick, L.D. (2003), Dynamic Administration: The Collected Papers of Mary Parker Follett, III, Harper&Brother Publishers, New York&London.
28. Mirzeğlu, N., (2005), “Örgütsel Çatışma ve Yönetimi”, Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi,III(2), 51-56.
29. Ocak, S., Gider, Ö., Top, M., Şahin, B. ve Tarcan, M., (2004), “Muğla Devlet Hastanesinde Hemşirelerde Rol Belirsizliğine İlişkin Bir Çalışma”, Modern Hastane Yönetimi, 8(1), 54-62.
30. Özkalp, E., Kirel, Ç., (2005), Örgütsel Davranış, Etam A.Ş. Matbaa Tesisleri, Eskişehir.
31. Özkalp, Enver ve Kirel, Ç., (1996), “Örgütsel Davranış”, ETAM AŞ., Eskişehir.
32. Raduan C., R., Waitchalla R.,R.,V., Suppiah, J. ,U., and Jamilah O., (2007), A Face Concern Approach to Conflict Management – A Malaysian Perspective, University Putra Malaysia, Malaysia.
33. Rahim, M. A., (1983), “A Measure of Styles of Handling Interpersonal Conflict”, Academy of Management Journal, 28, 368–376.
34. Rahim, M. A. ve Bonoma, V. T., (1979), “Managing Organizational Conflict: A Model for Diagnosis and Intervention”, Psychological Reports, 44, 1323–1344.
35. Rahim, M. A., Magner, R. N. ve Shapiro, L. D., (2000), Do Justice Perceptions Influence Styles of Handling Conflict With Supervisors?: What Justice Perceptions, Precisely?, The International Journal of Conflict Management, 11(1), 9-31.
36. Rahim, M. A., (1986), “Referent Roles and Styles of Handling Interpersonal Conflict”, Journal of Social Psychology, 125 (1), 79–86.

37. Rahim, M. A. ve Magner, R. N., (1995), “Confirmatory Factor Analysis of the Styles of Handling Interpersonal Conflict: First-Order Factor Model and Its Invariance Across Groups”, Journal of Applied Psychology, 80 (1), 122–132.
38. Rahim, M. A., (2002), “Toward A Theory of Managing Organizational Conflict”, International Journal of Conflict Management, 13, 206–235.
39. Sökmen, A., ve Yazıcıoğlu, İ., (2005) , “Thomas Modeli Kapsamında Yöneticilerin Çatışma Yönetimi Stilleri ve Tekstil İşletmelerinde Bir Alan Araştırması”, Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, 1–19.
40. Şahin, A., Örseli, E., (2008), “Devlet Hastanelerinde Örgütsel Çatışma Nedenleri Bir Anket Uygulaması”, SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 43-62.
41. Şimşek, M., Akkgemci, T., ve Çelik, A., (2003), “Davranış Bilimlerine Giriş Ve Örgütlerde Davranış”, Gazi Kitapevi, 7. Baskı, 353-385.
42. Tekrarlan, E., Kılınç, T., Şencan H. ve Baysal, A.C. (2000), “Davranışın Sosyal Psikolojisi”. İstanbul: İ.U. İşletme Fakültesi Yayın No:278.
43. Thomas, W. K., (1976), “Conflict and Conflict Management”, M.D. Dunette (der.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Rand McNally, Chicago, 2, 889–935.
44. Thomas, W. K., (1977), “Toward Multi-Dimensional Values in Teaching: The Example of Conflict Behavior”, Academy of Management Review, 484–490.
45. Thomas, W. K. ve Ruble, L. T., (1977), “Support A Two- Dimensional Model of Conflict Behavior”, Organizational Behavior and Human Performance, 16, 143–155.
46. Uysal, İ., (2004), Örgütsel Çatışma Yönetimi ve Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankasına Yönelik Bir Uygulama, Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Ankara.
47. Ünver, S., (2002), “Örgütsel Çatışma ve Çatışma Çözümleme Yaklaşımlarının İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
48. Wagner III J., A., Hollenberck, J., R., (1992), Management of organizational Behavior 22, USA, Prentice Hall, Inc.
49. Wall, J.A. ve Callister, R.R., (1995) “Conflict and Its Management”, Journal of Management, 21(3), 515–558.
50. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu, Büyük Sözlük, www.tdk.gov.tr, Erişim Tarihi: 11.06.2014.

SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

Gözde Terekli YEŞİLAYDIN*

Gamze BAYIN**

İlkay Sevinç TURAÇ***

ÖZET

Bu çalışma, sağlık yönetimi alanında yapılmış lisansüstü tezlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaç kapsamında yapılmış tezler; yıllara, tez türüne, üniversitelere, anabilim dallarına ve yayın dillerine göre sınıflandırılmıştır. Ayrıca, tez konuları ana başlıklara göre gruplandırılmış ve örnekleme ilişkin bilgiler sunulmuştur. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) tez veri tabanından “Sağlık Kurumları Yöneticiliği, Sağlık Yönetimi, Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon, Sağlık Bilişimi ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği” anabilim dalları ile “Hastane ve Sağlık İşletmeciliği, Hastane İşletmeciliği ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği” bilim dalları taranmıştır. Tarama sonucunda 633 adet lisansüstü teze ulaşılmıştır. 1978-2013 yılları arasında yapılan tezlerin %92,42’sinin yüksek lisans, %99,05’inin Türkçe, %52,13’ünün işletme/işletme yönetimi anabilim dalında yapıldığı görülmektedir. Sağlık yönetimi konusunda en çok teze sahip dört üniversite, Beykent, Hacettepe, Marmara ve İstanbul Üniversitesi’dir. Tezlerin en fazla örgütsel davranış ve kalite yönetimi alanlarında yapıldığı, hastane çalışanlarının en sık çalışılan örneklem grubunu oluşturduğu ve anketin en çok kullanılan veri toplama aracı olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmanın, sağlık kurumları yönetimi alanında ileride yapılacak olan çalışma konularını belirleyebilmek açısından hem lisansüstü öğrencilere hem de akademisyenlere yol göstereceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Hastane İşletmeciliği, Lisansüstü Tezler

* Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, gterekli@gmail.com

** Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, gamzebayin@gmail.com

*** Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, ilkaysevincturac@hotmail.com

EXAMINATION OF GRADUATE THESIS IN THE FIELD OF HEALTH MANAGEMENT

ABSTRACT

This study aims to examine the graduate thesis made in the field of health management. For this aim, theses are classified according to the years, type of thesis, universities, department and publication language. In addition, the thesis topics are grouped according to the main topics and sampling information is presented. Departments of “Health Institutions Management, Health Management, Health Care Management, Health Quality Improvement and Accreditation, Health Informatics and Health Care Administration” and disciplines of “Hospital and Health Management, Hospital Administration and Health Care Management” were screened from Higher Education Council the database. After the screening, 633 graduate thesis were achieved. Thesis written between the years of 1978-2013 is observed that 92,42's% is master's degree, 99,05% is Turkish and 52,13% is made in business management department. The four universities have much thesis are Beykent, Hacettepe, Marmara and Istanbul University. Most theses made in the areas of organizational behavior and quality management. Hospital employees are the most commonly studied sample group. And the survey is the most commonly used data collection tool. It is believed that this research show the way to both graduate students and academics to determine future topics of the thesis in the field of health management.

Key Words: Health Management, Hospital Management, Graduate Theses

1. Giriş

Belirli amaçlara ulaşmak için başta insan kaynağı olmak üzere parasal kaynakları, hammaddeyi, malzemeyi, donanımı, demirbaşları ve zamanı birbiriyle uyumlu, verimli ve etkin kullanabilecek kararlar alma ve bu kararları uygulama süreci (Eren, 2008: 3) olarak tanımlanan yönetim; küreselleşme, gelişen teknoloji ve iş dünyasında yaşanan değişimler sonucu örgütler tarafından önem verilen bir kavram haline gelmiştir.

Sağlık harcamalarındaki artışlar, gelişen tıp teknolojisi ile doğru orantılı olarak sağlık hizmetlerinin artan karmaşıklığı, hastanelerin büyümesi, istihdam oranlarının artması, piyasa başarısızlıkları, sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi, kaynak kısıtlamaları karşısında daha kapsamlı bakım sunma gerekliliği; yirminci yüzyılın başlarında sağlık hizmetlerinde “yönetim” kavramını gündeme getirmiştir (Hilsenrath, 2012: 395; Buchbinder and Shanks, 2007: xv). Sağlık piyasasındaki tüm bu değişimler ve bilgi eksiklikleri, sağlık sistemlerini bilimsel açıdan yönetecek meslek mensuplarının yetiştirilmesi çabalarını başlatmıştır (Çimen, 2010: 137). Bu amaçla yönetim biliminin yaklaşımlarından yararlanma ihtiyacı söz konusu olmakta; sağlık ve yönetim bilimini bir araya getiren “sağlık yönetimi” disiplini ortaya çıkmakta (Yenimahalleli Yaşar vd., 2008: 148) ve sağlık yönetimi eğitimi önem kazanmaktadır (Hilsenrath, 2012: 395; Buchbinder and Shanks, 2007: xv).

AUPHA (Association of University Programs in Health Administration) (2003)'nın tanımına göre sağlık yönetimi, “tıbbi bakım ve toplum taleplerinin bireylere, örgütlere ve

topluma hizmet sağlanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, koordinasyonu ve kontrol edilmesidir”. Sağlık sektörünün profesyonel olarak yönetilmesinde sadece sağlık ya da sadece yönetim bilimi kural ve yaklaşımlarının kullanılmasının yeterli olmadığı anlaşılmış ve “sağlık yönetimi” ayrı bir disiplin olarak ulusal ve uluslararası üniversite eğitimlerinde yer almaya başlamıştır. (Yenimahalleli Yaşar vd., 2008: 159).

Sağlık yönetimi eğitimi, hem işletme hem de sağlık bilimleri alanlarına önemli katkılar sağlamaktadır. Ancak çoğu ülkede, sağlık yönetimi eğitiminin gelişimi, işletme ve tıbbın rekabeti tarafından zedelenmiştir. Bu ülkeler, işletme ve tıp ayrımına takılmışlardır. Diğer taraftan, sağlığın sosyal yönü ve belirsizliği; “sağlık sistemleri ticaret olarak kabul edilebilir mi, kamu ve özel sektörün doğru karışımı nedir” sorularını gündeme getirmiştir (Aaronson et al., 2010: 324). Haddock, McLean ve Chapman (2002: 2) ise, hemşirelik ve doktorluk gibi sağlık sisteminde doğrudan yer almayan bir role sahip olmalarından dolayı sağlık yöneticiliği kariyerini “gizli” bir meslek olarak tarif etmişlerdir. Ancak hükümetlerin uyguladıkları politikalar, sağlık hizmeti sunumunda yer alan paydaş sayısındaki artışlar, gelişen tüketici ve teknoloji hareketleri sağlık alanındaki yönetimin görünürlüğünü giderek artırmaya başlamıştır (Çimen, 2010: 137). Sağlık yönetimi eğitimi, “tıp” ve “işletme” bakış açılarını bir araya getirerek hem tıbbi hizmetlerin amacına uygun olarak sunulabilmesi için işletme fonksiyonlarını kullanabilme hem de sağlığın kendine has özelliklerine uygun işletme araçlarını seçebilme becerisini kazandırmaktadır.

Dünya’da sağlık yönetimi alanında ilk eğitim, 1927 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’deki Marquette Üniversitesi’nde verilmeye başlanmıştır (Haddock, McLean ve Chapman 2002: 3). İlk lisansüstü sağlık yönetimi programı ise, 1934 yılında Chicago Üniversitesi’nde “Health Administration and Policy” adı ile başlamıştır (<http://www.ssa.uchicago.edu/gphap/>). Yine ABD’de 1948 yılında, Sağlık Yönetimi Üniversite Programları Birliği (AUPHA) kurulmuştur. Sağlık yönetimi alanındaki lisans, yüksek lisans ve doktora programı eğitimlerini iyileştirmeyi hedefleyen, Amerika ve Kanada başta olmak üzere diğer pek çok ülkeden 400’ün üzerinde üyesi olan bu kuruluş; üniversiteler, fakülteler, bireyler ve kuruluşlar arasında küresel bir ağ kurmaktadır (<http://www.aupha.org/about>). 1968 yılında ise, yalnızca Amerika ve Kanada’da hizmet veren sağlık yönetimi eğitimi konusunda lisans ve lisansüstü eğitim programlarını akredite etmek amacıyla Sağlık Yönetimi Eğitimi Akreditasyon Komisyonu (Commission on Accreditation of Healthcare Management Education - CAHME) kurulmuştur (<https://www.cahme.org/>).

Türkiye’de ise sağlık yönetimi eğitimi 1963 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı “Sağlık İdaresi Yüksekokulu”nun kurulması ile başlamıştır. Sonrasında 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi bünyesinde “Hastane İdaresi Yüksekokulu” kurulmuş ve 1975 yılına kadar lisansüstü eğitim vermiştir. 1975 yılında lisans programı da açılarak okulun adı “Sağlık İdaresi Yüksekokulu” olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı okul ile Hacettepe Üniversitesi’ne bağlı okul 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi bünyesinde birleştirilmiştir. 2006 yılında ise Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi’ne “Sağlık İdaresi Bölümü” olarak bağlanmıştır (<http://www.sid.hacettepe.edu.tr/tarihce.shtml>).

Sağlık yönetimi eğitimi programlarındaki temel müfredat, yönetim teorileri, liderlik, örgütsel davranış, epidemiyoloji, sağlık ekonomisi, muhasebe finansman, insan kaynakları yönetimi, sağlık hukuku, sayısal yöntemler, insan davranışları gibi alanları kapsamakta ve sağlık yönetimi programı mezunları “sağlık yöneticisi” unvanı almaktadır (<http://www.health.ankara.edu.tr/saglik-kurumlari-yoneticiligi-bolumu/>; Reed, 2008: 40).

“Sağlık yöneticileri”; sağlık hizmetlerinin amaçları doğrultusunda örgütü mali, idari ve teknik açıdan taniyan, planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarını kalitatif ve kantitatif teknik ve yöntemler ile analiz eden, analitik düşünme bilgi ve becerisine sahip, sosyoloji, psikoloji, iletişim gibi alanlarda yetkin, gelecekte meydana gelebilecek sorunları önceden sezen, sorunlar karşısında etkili karar verebilen, örgütte ve çevresinde meydana gelen değişiklikleri yönetebilme yeteneğine sahip, eldeki kaynakların en akılcı, en etkili ve en verimli kullanılmasını sağlayan kişiler olarak tanımlanabilir.

Türkiye’de sağlık yönetimi alanında lisansüstü eğitim ise, ilk olarak 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde Hastane İdaresi Yüksek Okulu’nda verilmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetleri alanında yönetim olgusunun tanınmaya ve gelişmeye başlaması ile özellikle son beş yıl içinde üniversiteler bünyesinde yeni bölümler açılmaya başlanmıştır. Yüksek Öğretim Bilgi Yönetim Sistemi’nden elde edilen bilgilere göre şu an itibariyle, ülkemizde 60 üniversitenin toplamda 131 adet aktif lisansüstü programı bulunmaktadır. Sağlık yönetimi, sağlık kurumları işletmeciliği, sağlık kurumları yönetimi, sağlık kuruluşları yöneticiliği, hastane ve sağlık kurumları yönetimi gibi farklı isimler alan bu programlardan kimisi sağlık bilimleri enstitüsü kimisi ise sosyal bilimler enstitüsü bünyesinde yer almaktadır. Bu programlara ilişkin tanımlayıcı bilgiler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1. Türkiye’deki Sağlık Yönetimi Alanındaki Lisansüstü Programlara İlişkin Bilgiler

Program Türü		Sayı	%
Yüksek Lisans	Tezli	54	41,2
	Tezsiz	53	40,5
	Uzaktan	13	9,9
Doktora		11	8,4
Toplam		131	100,0

Kaynak: <https://istatistik.yok.gov.tr/>

Bu programların 120 tanesi yüksek lisans; 11 tanesi doktora programıdır. Yüksek Lisans programlarının %41,2’si tezli, %40,5’i ise tezsiz programlardır. Uzaktan öğretim programlarının 2009 yılı itibari ile başlamış oldukları ve yüksek lisans tezlerinin yaklaşık %10’unu kapsadıkları gözlenmiştir. Programların yaklaşık yarısı son iki yıl içinde açılmışlardır.

Bu bilgiler ışığında, Türkiye’de sağlık yönetimi eğitiminin, örgün ve yaygın eğitim imkanları ile günden güne yükselen bir değer olduğu ve sağlık yöneticisine verilen önemin gün geçtikçe arttığı söylenebilir. Sağlık yöneticilerine olan önemin artması ile sağlık yönetimi eğitimi veren kurumların daha nitelikli ve daha kaliteli eğitim vermeleri gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu düşünceden yola çıkılarak, bu çalışma, Türkiye’de sağlık yönetimi eğitimi veren eğitim kurumlarında yürütülmüş lisansüstü tezlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu sayede bu çalışmanın, sağlık kurumları yönetimi alanında ileride yapılacak olan lisansüstü çalışmalarda farklı ve yeni konu alanlarının belirlenmesi açısından hem lisansüstü öğrencilere hem de akademisyenlere yardımcı olacağı düşünülmektedir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık yönetimi alanında Türkiye’de yapılmış olan lisansüstü tezlerin incelenmesidir. Bu kapsamda; tezlerin türü, dili, erişim durumu, yapıldıkları üniversiteler ve anabilim dalları gibi özelliklerini özetlemek, yapıldıkları yıllara göre dağılımlarını ortaya koymak, en çok çalışılan konuları gruplandırmak, araştırmaların en sık yapıldığı örneklem gruplarını, şehirleri, sağlık kurum ve kuruluşlarının türlerini belirlemek ve en çok başvurulan veri toplama araçlarını sıralamak amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) tez veri tabanından “Sağlık Kurumları Yöneticiliği, Sağlık Yönetimi, Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon, Sağlık Bilişimi, Sağlık Hizmetleri Yönetimi ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği” anabilim dalları ile “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Hastane İşletmeciliği ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği” bilim dalları taranmıştır. Tarama sonucunda 641 adet teze ulaşılmıştır. Sağlık Bilişimi anabilim dalında yapılmış olan 8 adet tez, sağlık yönetimi alanı ile ilgili olmadığı düşünülerek araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Toplam 633 adet tez, araştırma kapsamında incelenmiştir.

2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamında, bazı tezlerin tam metnine erişilemediğinden, tezlerin özetleri incelenmiştir. Özet kısımlarında yer alan bilgilerin açık ve anlaşılır olmaması, incelenmek istenen bazı verilerin boş bırakılmasına neden olmakta, bu durum da araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Sağlık yönetimi alanında yapılan çalışmaların konu alanları, sosyal bilimler alanında yapılan diğer tüm çalışmalar gibi, birbirlerinden kesin sınırlar ile ayrılmamaktadır. Tezlerin temel konu alanlarının belirlenmesi aşamasında, bir tezin birden çok konu ile ilişkili olması, konu alanlarının belirlenmesini zorlaştırmıştır. Bu durum, araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır. Ana konu başlıklarının belirlenmesi aşamasında, uzman görüşlerinden, ders içeriklerinden, ulusal ve uluslararası kitap içeriklerinden yararlanılmıştır.

3. Bulgular

Araştırma kapsamında ele alınan tezlerin yıllara göre dağılımına bakıldığında, tezlerin 1978 yılında yapılmaya başladığı, 1998 yılından itibaren yılbaşına düşen tez sayısında artış olduğu ve tezlerin yaklaşık %76’sının son 7 yılda (2007-2013) yapıldığı görülmektedir. Özellikle 2010 yılında tezlerin sayısındaki artış dikkat çekmektedir.

Araştırma kapsamındaki tezlerin türü, dili, erişim durumları ve yapıldıkları üniversite ve anabilim dallarını içeren özelliklerine Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma Kapsamındaki Tezlerin Özellikleri

Kategori		Sayı	%
Tezlerin Türü	Yüksek Lisans Tezi	585	92,42
	Doktora Tezi	48	7,58
Tezlerin Dili	Türkçe	627	99,05
	İngilizce	6	0,95
Anabilim Dalları	Sağlık Kurumları Yönetimi ABD	303	47,87
	İşletme ABD	330	52,13
Erişme Durumu	Erişime Açık	442	69,83
	Erişime Kapalı	191	30,17
Tezlerin Yapıldığı Üniversiteler	Beykent Üniversitesi	180	28,44
	Hacettepe Üniversitesi	83	13,11
	Marmara Üniversitesi	71	11,22
	İstanbul Üniversitesi	57	9,00
	Dokuz Eylül Üniversitesi	57	9,00
	Gazi Üniversitesi	57	9,00
	Ankara Üniversitesi	48	7,58
	Başkent Üniversitesi	24	3,79
	Atılım Üniversitesi	19	3,00
	GATA	14	2,21
	ODTÜ	6	0,95
	Süleyman Demirel Üniversitesi	6	0,95
	Ufuk Üniversitesi	4	0,63
	Okan Üniversitesi	2	0,32
İstanbul Bilim Üniversitesi	2	0,32	
Cumhuriyet Üniversitesi	2	0,32	
Akdeniz Üniversitesi	1	0,16	
Toplam		633	100,00

Tablo 2’ye bakıldığında; tezlerin %92,42’sinin yüksek lisans tezi olduğu, %99,05’inin Türkçe yazıldığı, %69,83’ünün erişime açık olduğu görülmektedir. Tezlerin %52,13’ü işletme anabilim dalında; %47,87’si sağlık kurumları yönetimi anabilim dalında yapılmıştır. Tezlerin yapıldığı 17 üniversiteye bakıldığında ise sırasıyla; Beykent Üniversitesi (%28,44), Hacettepe Üniversitesi (%13,11) ve Marmara Üniversitesi’nin (%11,22) en çok tez yapılan ilk 3 üniversitedir. Tezlerin %63,5’inin devlet üniversitelerinde, %36,5’inin ise özel üniversitelerde yapılmış olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki tezlerin ana konularına göre dağılımları Tablo 3’te yer almaktadır.

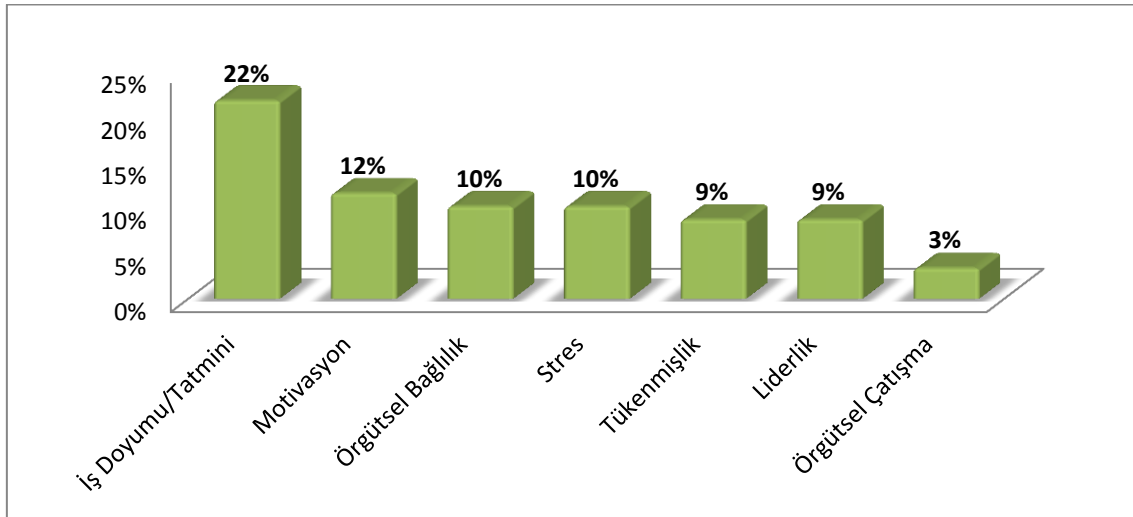
Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Tezlerin Konularına Göre Dağılımı

Konular	Sayı	%*	Konular	Sayı	%*
Örgütsel Davranış	157	22,59	Sağlık Teknolojileri Yönetimi	21	3,02
Kalite Yönetimi	117	16,83	Sağlık Hukuku ve Etik	20	2,88
Sağlık Kurumları Yönetimi	45	6,47	Finansal Yönetim	18	2,59
Performans Yönetimi	45	6,47	Sağlık Sosyolojisi	16	2,30
İnsan Kaynakları Yönetimi	44	6,33	Sağlık Sigortacılığı	11	1,58
Sağlık Politikası ve Planlaması	44	6,33	Sağlık Ölçütleri	10	1,44
Pazarlama	33	4,75	Sağlık İletişimi	9	1,29
Muhasebe	29	4,17	Sağlık Turizmi	8	1,15
Üretim Yönetimi	29	4,17	Halkla İlişkiler	8	1,15
Sağlık Ekonomisi	28	4,03	Stratejik Yönetim	3	0,43

*Satır Yüzdesi, Bir tezin birden fazla konu ile ilişkili olması nedeniyle, yüzdeler, toplam (n=633) üzerinden hesaplanmamıştır.

Araştırma kapsamındaki tezlerin konu alanlarına göre dağılımlarına bakıldığında, tezlerin %22,59'unun örgütsel davranış alanında; %16,83'ünün kalite yönetimi alanında yapılmış olduğu görülmektedir. Sağlık kurumları yönetimi, performans yönetimi, insan kaynakları yönetimi ve sağlık politikası diğer çok çalışılan konu alanlarını oluşturmaktadır.

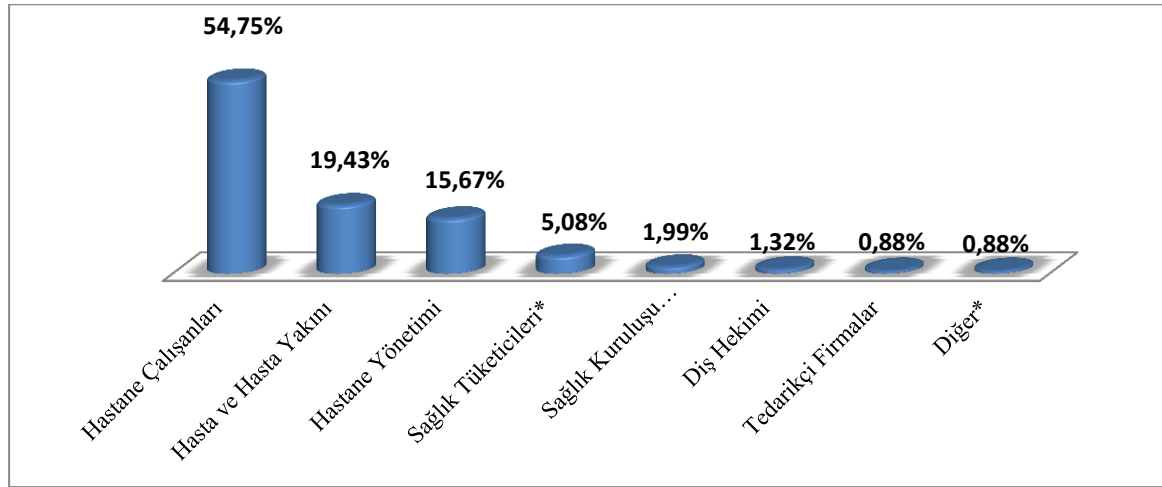
Araştırma kapsamında en çok çalışılan “Örgütsel Davranış” alanında en çok ele alınan 5 alt başlığa Şekil 2’de yer verilmiştir.



Şekil 2. Örgütsel Davranış Alanındaki Tezlerin Alt Konularının Dağılımı

Örgütsel davranış alanında en çok çalışılan konulara bakıldığında, ilk sırada, iş doyumunu/tatmini konusu yer almaktadır. Diğer çok çalışılan örgütsel davranış konuları ise sırasıyla, motivasyon, örgütsel bağlılık, stres, tükenmişlik, liderlik ve örgütsel çatışmadır. Tüm bu konular, örgütsel davranış konularının yaklaşık %75’ini oluşturmaktadır.

Şekil 3, araştırma kapsamındaki tezlerde en çok çalışılan örneklem gruplarını özetlemektedir.



Şekil 3. Araştırma Kapsamındaki Tezlerin Örneklem Gruplarına Göre Dağılımı

* Toplum, Hane Halkı, Öğrenciler, Akademisyenler; ** Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, Adli Tıp Kurumu, Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü, Sağlık Grup Başkanlığı; ***Diğer (Konaklama ve termal işletme yöneticisi, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, kuvvet komutanları)

Araştırma kapsamındaki tezlerin örneklemelerine bakıldığında, tezlerin %54,75'inin hastane çalışanlarına, %19,43'ünün hasta ve hasta yakınlarına, %15,67'sinin ise, hastane yönetimine uygulandığı görülmektedir. Hastane çalışanlarına uygulanan tezlerin %34'ünün sadece hemşirelere uygulandığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki tezlerin araştırmanın yapıldığı şehirlere göre dağılımı, Tablo 4'te yer almaktadır.

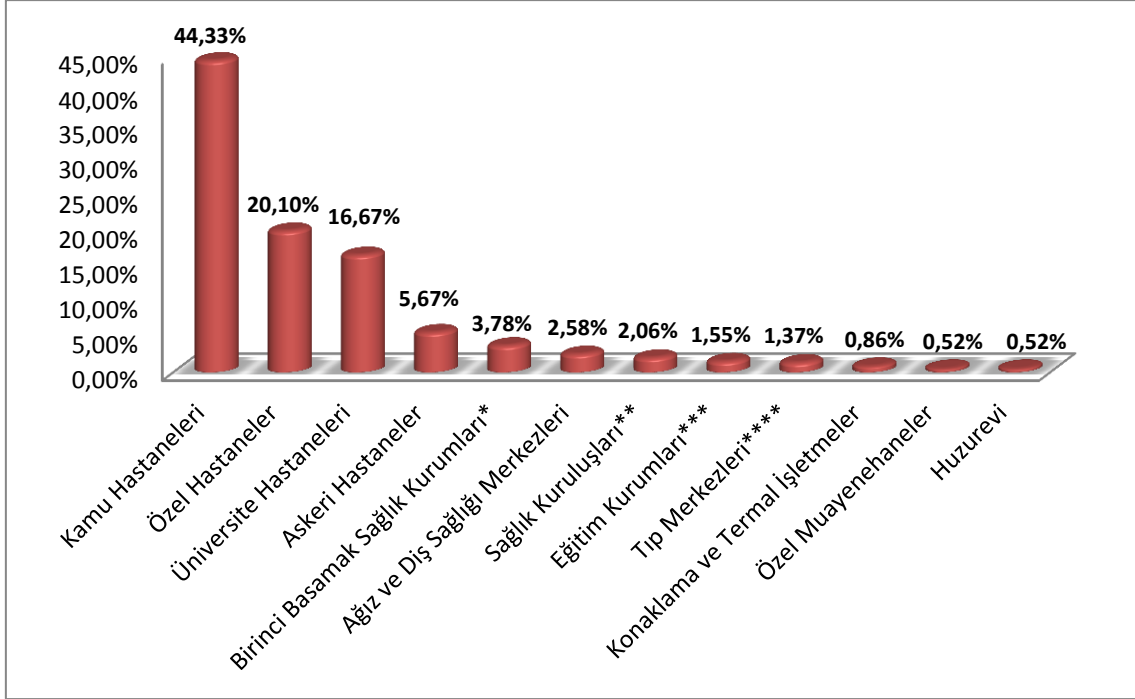
Tablo 4. Araştırmaların Yapıldığı Yerlere Göre Dağılımı

Şehirler	Sayı	%	Şehirler	Sayı	%
İstanbul	155	28,97	Adana	4	0,75
Ankara	153	28,60	Eskişehir	4	0,75
İzmir	50	9,35	Muğla	3	0,56
Türkiye Geneli	44	8,22	Sivas	3	0,56
Denizli	20	3,74	Kırıkkale	3	0,56
Antalya	10	1,87	Aydın	3	0,56
Zonguldak	8	1,50	Edirne	3	0,56
Kırklareli	6	1,12	Manisa	3	0,56
Sakarya	6	1,12	Düzce	2	0,37
Bursa	6	1,12	Afyon	2	0,37
Kocaeli	6	1,12	Tokat	2	0,37
Isparta	5	0,93	Trabzon	2	0,37
Balıkesir	5	0,93	Diğer*	23	4,30
Diyarbakır	4	0,75			

*Adıyaman, Nevşehir, Samsun, Ordu, Tunceli, Trabzon, Yalova, Bolu, Kütahya, Uşak, Çanakkale, Bingöl, Gaziantep, Erzurum, Malatya, Mersin, Elazığ, Van, Kastamonu, Burdur, Antakya, Kabil, Afganistan (Diğer kategorisinde yer alan şehirlerin her birinde 1 adet araştırma yapılmıştır.)

Tezlerdeki araştırmaların yapıldığı yerlere göre dağılımlarına bakıldığında, tezlerin yarısından fazlasının İstanbul (%29,08) ve Ankara’da (%28,71) yapıldığı görülmektedir. İzmir, Denizli ve Antalya; en çok araştırma yapılan diğer şehirlerdir. Tezlerin %8,26’sının Türkiye genelinde yapıldığı görülmektedir. Bu tezlerin büyük bir çoğunluğunun ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşu verilerini kullanarak ülke genelinde sonuçlara ulaştıkları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki tezlerin uygulamalarının yapıldığı sağlık kurum ve kuruluşlarının türlerine göre dağılımı, Şekil 4’te yer almaktadır.

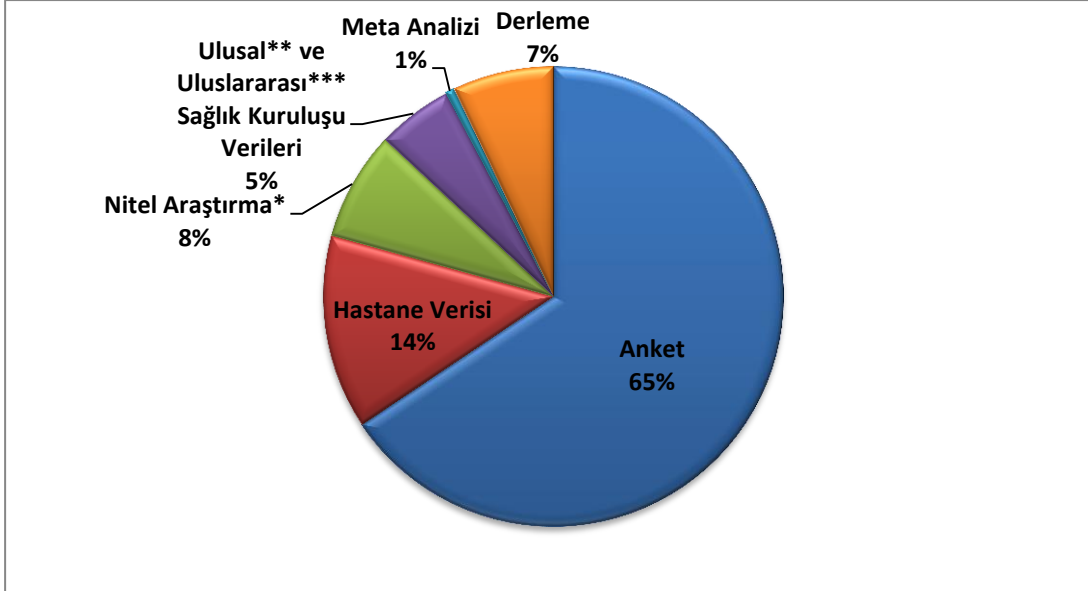


Şekil 4. Araştırma Kapsamındaki Tezlerin Uygulamalarının Yapıldığı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Türlerine Göre Dağılımı

*Birinci Basamak Sağlık Kurumları (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, 112 Acil Servis, Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanserleri) **Sağlık Kuruluşları (Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, İl Sağlık Müdürlükleri, Hıfzısıhha, Adli Tıp Kurumu, Sigorta Kuruluşları) ***Eğitim Kurumları (Meslek Liseleri, Üniversiteler)

En çok araştırma yapılan sağlık kurum ve kuruluşların bakıldığında, kamu hastanelerinin (%44,33), özel hastanelerin (%20,10) ve üniversite hastanelerinin (%16,67) büyük bir çoğunluğu oluşturdukları görülmektedir.

Şekil 5, araştırma kapsamındaki tezlerin veri toplama aracına göre dağılımını göstermektedir.



Şekil 5. Araştırma Kapsamındaki Tezlerin Veri Toplama Aracına Göre Dağılımı

*Nitel Araştırma (Odak grup görüşmesi, mülakat, Delfi Tekniği, Gözlem, Örnek Olay İncelemesi) **Ulusal Sağlık Kuruluşu Verileri (Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistikleri, Ulusal Bilgi Bankası, MEDULA verileri, Merkez Bankası İstatistikleri, Türkiye İstatistik Kurumu Verileri, Milli Eğitim Bakanlığı İstatistikleri, Devlet Planlama Teşkilatı İstatistikleri, Emekli Sandığı Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Verileri, Devlet İstatistik Enstitüsü Verileri, Hazine Müsteşarlığı Kayıtları, Sigorta Kuruluşları Verileri) ***Uluslararası Sağlık Kuruluşu Verileri (Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa İstatistik Kurumu Göstergeleri)

Araştırma kapsamındaki tezlerde, en çok kullanılan veri toplama aracının anket (%65) olduğu görülmektedir. İkincil verileri (Hastane verisi, ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşu verileri, meta analizi) kullanarak yapılan araştırmalar ise, tüm çalışmaların %20'sini oluşturmaktadır. Tezlerin %8'inde nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılırken, %7'si derleme niteliğinde olup araştırma bulguları olmadan literatür bilgilerine yer vermiştir.

4. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma kapsamında, sağlık yönetimi konusunda ilgili anabilim dalları ve bilim dallarında yapılmış 633 tez incelemeye alınmıştır. Bu tezlerin konu başlıklarını belirlemek, seçilen araştırma yöntemlerine ilişkin çıkarımda bulunmak, yıllara göre dağılımını ortaya koymak, araştırmanın yapıldığı kişi ve kurumları saptamak ise araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Bu amaçla, Türkiye’de bu alanda yapılmış tüm tezler hakkında genel bir değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmenin, sağlık kurumları yönetimi alanında ileride yapılacak olan çalışma konularını belirleyebilmek açısından hem lisansüstü öğrencilere hem de akademisyenlere yol göstereceği düşünülmektedir.

Sağlık yönetimi alanında Türkiye’de yapılmış olan lisansüstü tezlerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde, ilk tezin 1978 yılında yapılmış olduğu ve tezlerin yaklaşık 3’de 2’sinin son 5 yılda yapılmış olduğu görülmektedir. Türkiye’de son 2-3 yılda sağlık yönetimi

alanında açılan lisansüstü programların sayısındaki artışa bakıldığında, tezlerin sayısındaki artış ile doğru orantılı olduğu söylenebilir. Proquest veritabanından başta Amerika ve Kanada olmak üzere diğer Dünya ülkelerinde yapılmış “sağlık yönetimi” konusundaki lisansüstü tez çalışmalarının yıllara göre dağılımına bakıldığında ise, tez çalışmalarının 1950 yılında başlamış olduğu ve yaklaşık %90’ının 2000 yılı ve sonrasında yapıldığı belirlenmiştir. Genel olarak, sağlık yönetimi alanındaki tezlerin sayısında son 10 yılda büyük bir artış olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki tezlerin genel özelliklerine bakıldığında, tezlerin %92’sinin yüksek lisans tezi olduğu görülmektedir. Sağlık yönetimi alanındaki doktora programlarının sayısı, yüksek lisans programlarının sayısının 10’da 1’i kadardır. Bu durum, doktora tez sayısının daha az olmasının nedenini açıklamaktadır. Tezlerin dillerine bakıldığında, tamamına yakınının Türkçe olduğu görülmektedir. Türkiye’de sağlık yönetimi alanındaki lisansüstü programların çoğunluğunun eğitim dili Türkçedir. Dili İngilizce olan 6 tez, eğitim dili İngilizce olan Orta Doğu Teknik Üniversitesi’nin Sağlık Bilişimi programına aittir. Tezlerin yapıldığı üniversitelere bakıldığında, çoğunluğunun Türkiye’nin metropollerinde bulunan büyük ve köklü üniversitelerde yapıldığı görülmektedir. Bu durum, sağlık yönetimi gibi işletmenin spesifik bir alanına ait olan programların çoğunluğunun öncelikle büyük şehirlerde açılmış olması ve bu alanlardaki akademisyenlerin çoğunlukla bu üniversitelerde bulunması ile açıklanabilir.

Tezlerin temel konu alanlarına göre dağılımına bakıldığında en çok çalışılan alanının örgütsel davranış olduğu görülmektedir. Örgütsel davranış konusunda yapılmış tezlerin içeriklerine bakıldığında, iş tatmini, motivasyon, bağlılık, stres, tükenmişlik, liderlik ve çatışma gibi konuların en çok çalışılan konular olduğu görülmektedir. Sağlık sektöründe kalifiye ve kalifiye olmayan işgücünün bir arada yer aldığı heterojen meslek gruplarının varlığı, bu gruplar arasındaki farklılıkların yönetilmesindeki problemler, gruplar arası güvensizlikler ve çatışmalar, “biz ve onlar” ikileminin oluşması, sağlık profesyonelleri arasındaki işlevsel bağlılık (Morgan 2006, Atun 2003); örgütsel davranış araştırmalarını yapmak için sağlık sektörünü önemli bir alan haline getirmektedir. Bununla birlikte, kalite yönetimi, sağlık kurumları yönetimi, performans yönetimi ve insan kaynakları yönetimi gibi alanlar diğer çok çalışılan temel konu alanlarını oluşturmaktadır. Diğer birçok çalışılan konu olan sağlık politikası ile ilgili olan tezlerin yıllara göre dağılımına bakıldığında, hemen her dönem çalışılan bir alan olduğu görülmektedir. Sağlık alanındaki değişen politikalar ve yeni uygulamalar; bu alandaki çalışmaların devam etmesini sağlamaktadır. Sağlık turizmi ile ilgili yapılan tez çalışmalarının ise son 3 yılda yapıldığı görülmektedir. Bu sonuç, sağlık turizminin yeni çalışılmaya başlayan popüler bir alan olduğunu göstermektedir. Buna karşın, stratejik yönetim ve sağlık iletişimi gibi üzerinde çok az sayıda araştırma yürütülmüş temel konu alanları da bulunmaktadır. Bu sonuçların özellikle gelecekte sağlık yönetimi alanında çalışmak isteyen araştırmacılara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki tezlerin örneklem dağılımlarına bakıldığında, tezlerin yarısından fazlasının (% 54,75) hastane çalışanlarına yönelik yapıldığı görülmektedir. Araştırmaların en çok örgütsel davranış alanında özellikle iş tatmini, motivasyon, örgütsel bağlılık, stres, tükenmişlik, örgütsel çatışma gibi alt alanlarda yapıldığı düşünüldüğünde; araştırmaların çalışanlar üzerinde yoğunlaşması bu bulguyu destekler nitelikte olmaktadır. Araştırmaların büyük çoğunluğunun (%86,77) hastanelerde yürütülmüş olduğu belirlenmiştir. Özellikle kamu hastaneleri en fazla (%44,33) araştırma yapılan sağlık kurumu olarak birinci sırada yer almaktadır.

Tezlerdeki araştırmaların yürütüldüğü yerlere bakıldığında, tezlerin en çok İstanbul ve Ankara’da yapıldığı görülmektedir. Bu durum, bu şehirlerde sağlık yönetimi eğitimi veren eğitim kurumlarının diğer şehirlere kıyasla daha fazla olması ile açıklanabilir. Coğrafi açıdan bölgesel olarak bir kıyaslama yapıldığında ise, araştırmaların %35’inin Marmara bölgesinde, %31’inin ise İç Anadolu bölgesinde yürütüldüğü tespit edilmiştir. Araştırmaların %4’ü Akdeniz ve %4’ü Karadeniz bölgesinde yürütülürken; %1’i Doğu ve %1’i Güneydoğu Anadolu bölgesinde yürütülmektedir. Bundan sonraki çalışmaların Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki illerde yürütülmesinin bölgesel farklılıkları tespit etmede sağlıklı sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir.

Tezlerde kullanılan veri toplama araçlarına bakıldığında, tezlerin %65’inde anket yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Farklı bölgelerde yer alan büyük grupların davranış, tutum, inanç ve bilgi düzeyleri hakkında hızla bilgi toplanmasına olanak tanınması, anketin en çok tercih edilme nedenlerinden birini oluşturmaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2013). Bilgisayar destekli istatistik programlarının gelişmesi ve anketlerden elde edilen verilerin bu programlarda işlenmesinin ve analiz edilmesinin görece kolay olması; anketin yaygınlık kazanmasının altında yatan bir diğer nedeni oluşturmaktadır (Altunışık ve ark., 2005). Tezlerin %14’ünde hastane verisi, %5’inde ise, ulusal ve uluslararası sağlık kuruluşu verisi gibi ikincil veriler kullanılmıştır. İkincil veriler, ulusal ve uluslararası çevreye daha kolay genellenebilir olması ve karşılaştırma yapmaya elverişli olması nedeniyle tercih edilmektedir. Bu nicel araştırma teknikleriyle gerçekleştirilen çalışmaların sonuçlarının doğru bir biçimde değerlendirilebilmesi için nitel araştırma bulgularıyla da desteklenmesi önem taşımaktadır (Johnson ve Onwuegbuzie, 2014). Her iki araştırma tasarımının bir arada kullanıldığı tezler, tüm tezlerin %3’ünü oluşturmaktadır. Sağlık yönetimi alanındaki araştırma sonuçlarının daha nitelikli olabilmesi için nitel ve nicel araştırma tasarımlarının bir arada kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir. Meta analizini kullanan tezlerin ise en düşük orana sahip olduğu görülmektedir. Meta analizi, aynı araştırma sorusuna cevap verebilmek için tasarlanmış, birden çok bireysel çalışmanın yöntemleri ve sonuçlarının incelendiği bir analiz yöntemidir. Tüm çalışmaların toplam bir sonucunu elde etmesi nedeniyle istatistiksel açıdan gücü yüksek olan bir yöntemdir (Bruce et al., 2008). Dolayısıyla, sağlık yönetimi alanında yapılan tez çalışmalarında, bu yöntemin kullanımı önerilmektedir.

Kaynaklar

1. AARONSON, W., M. Counte, B. Ramirez, D. West (2010), Global Health Management Education: Challenges And Opportunities For Academic Programs, *Journal of Health Administration Education*, 4, s. 323-325.
2. ALTUNIŞIK, R., R. Coşkun, S. Bayraktaroğlu, E. Yıldırım (2005), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Sakarya Kitabevi, Sakarya.
3. ATUN, R.A. (2003), Doctors And Managers Need To Speak A Common Language, *BMJ*, 326(7390), s. 655.
4. AUPHA (The Association of University Programs in Health Administration) (2003), *Health Services Administration Education: Directory of Programs 2003-2005*, Washington.
5. BUCHBINDER, S.B., N.H. Shanks (2007), *Introduction To Health Care Management*, Jones and Bartlett Publishers Inc, USA.
6. BRUCE, N., D. Pope, D. Stainstreet (2008), *Quantitative Methods For Health Research: A Practical Interactive Guide To Epidemiology and Statistics*, Jonh Wiley & Sons, England.
7. BÜYÜKÖZTÜRK, Ş., E. Çakmak Kılıç, Ö.E. Akgün, Ş. Karadeniz, F. Demirel (2013), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Pegem Akademi, Ankara.
8. ÇİMEN, M. (2010), Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), s. 136-139.
9. EREN, E. (2008), *Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar)*, Beta Basın Yayım, İstanbul.
10. HADDOCK, C.C., R.A. McLean, R.C. Chapman (2002), *Careers in Healthcare Management: How to Find Your Path and Follow it*, Health Administration Press, Chicago.
11. HILSENATH, P. E. (2012), Healthcare management education settings in the United States: History and perspective, *Journal of Management History*, 18(4), s. 386-401.
12. JOHNSON, R.B., A.J. Onwuegbuzie (2014), Mixed methods research: a research paradigm whose time has come, *Educational Researcher*, 33(7), s. 14-26.
13. MORGAN, G. (2006), Images of Organization. In: Morgan G. (Eds.). *Interests, Conflicts and Power: Organizaitons as Political Systems*. London: Sage Publications, Chapter 6: 149-206.
14. REED, L.M. (2008), Healthcare Management-A Different Kind of Health Profession, *The Advisor*, s. 38-42.
15. YENİMAHALLELİ YAŞAR, Gülbiye, Afsun Ezel Esatoğlu, İsmail Ağırbaş, Ömer Rıfki Önder, Nilgün Sarp (2008), Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Eğitim Programlarının Hollanda ve Yunanistan'daki Programlar ile Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi, *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı*, Antalya, s.147-159.
16. <http://www.aupha.org/about>
17. <https://www.cahme.org/>
18. <http://www.health.ankara.edu.tr/saglik-kurumlari-yoneticiligi-bolumu/>
19. <https://istatistik.yok.gov.tr/>
20. <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/tarihce.shtml>
21. <http://www.ssa.uchicago.edu/gphap/>

ÜNİVERSİTELERDE DİSİPLİNLERARASI TIBBİ SOSYAL HİZMETİ GELİŞTİRME ÇALIŞMALARI

Bülent ŞEN*

ÖZET

Üniversitelerde açılan sosyal hizmet bölümleri genellikle sağlık bilimleri fakültelerinin altında açılmaktadır. Bu durum eğer dikkatli bir planlama ve koordinasyon yapılabilirse; sağlık alanında sosyal hizmet mesleğinin etkinliğinin artırılması ve sağlığın geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesinde sosyal hizmet mesleğinin pozitif rol alması kuvvet çarpanı olma noktasında önemli bir etki oluşturabilir. Üniversite öğrenimi esnasında, diğer sağlık bölümü öğrencileri ile sosyal hizmet bölümü öğrencileri arasında, sağlık alanında tıbbi sosyal hizmet anlamında ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi ile sağlığın biyo –psiko-sosyal iyilik haline ulaşılma noktasında da önemli bir eksikliğin tamamlanabileceği ve sağlık yöneticilerinin işlerinin kolaylaşabileceği değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sosyal Hizmet, Tıbbi Sosyal Hizmet, Ekip çalışması.

*Yrd. Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,
ailedanismanlik@yahoo.com

ABSTRACT

Social service departments at universities generally is opened under the faculty of health sciences. If can be done careful planning and coordination; to take a positive role in the realization of the social work profession at the point of force multiplier can create a significant impact for increasing the efficiency of the social work profession in the field of health and health promotion. During university education between the other health science students and the social services department students should be perform development of the concept of teamwork, so bio-psycho-social well-being of health at the point of achieving a significant deficiency can be completed and is considered to be health care managers' jobs easier.

Key Words: Health, Social Work, Medical Social Work, Team Work.

Giriş

Bir ülkenin vatandaşlarına hizmet veren bütün kurum ve kuruluşların merkezinde insan vardır. İnsanın olduğu yerde kişinin kendi iç dünyasıyla birlikte gerek fiziki çevresi gerekse iletişim halinde olduğu akraba, eş, dost çevresi de vardır. En kapsamlı verilen kamu hizmetlerini sıralayacak olursak bunların en önde gelenlerinden biri de sağlıktır. Ülkemizi düşündüğümüzde 76 milyon nüfusa yılda yaklaşık 600 milyon işlem muayene ve tedavi hizmeti verilmektedir. Bu rakamlar hizmetin büyüklüğünü ortaya koymaktadır (Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 2013, s. 5).

1900'lü yılların başında hastanelerde tedavi olan insanların evlerine gittikten bir süre sonra daha kötüleşerek geri geldikleri tespit edilmiş: Amerika'da bunun nedenleri araştırıldıktan sonra, bu konuda çalışma yapma gerekliliği ortaya çıkmıştır. İlk tıbbi sosyal hizmet uzmanı 1905 yılında Amerika'da atanmıştır. Ülkemizde ise bu konudaki ilk uzmanın atanma tarihi 1965'tir.

Tıbbi sosyal hizmet yaklaşımı, tedavi sürecine hasta ve yakınlarının katılımının sağlanmasını ve tıbbi tedaviyi olumsuz etkileyen her türlü sorunun hasta yararına çözüm getirilmesini içermektedir. Tıbbi tedavi öncesi, esnasında ve sonrasında ortaya çıkan psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlenmesi, tıbbi tedavinin etkinliğine ve dolayısıyla hastanın esenliğine önemli katkı sağlamaktadır. Ülkemiz sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alma ihtiyacı olan özür, kimsesiz, yoksul, sağlık güvencesiz, yaşlı, mülteci, sığınmacı, aile şiddet mağduru, il dışından gelen hastalar vb. hastaların da öncelikli sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyacakları göz önünde bulundurulmalıdır.

Tıbbi sosyal hizmet

Tıpsal sosyal hizmetler ifadesini kullanan Tomanbay (1999)'ın sosyal çalışma sözlüğünde tıpsal sosyal hizmetler “ Tıpsal sağlık alanında sosyal çalışmanın görev alanına giren konularda verilen hizmetler” olarak tanımlamakta ve “tıpsal sağaltım hizmetleri sosyal sağaltım hizmetleriyle, sosyal hizmetlerle desteklenmediği sürece etkili olmayacaktır tezinden hareketle sosyal çalışma tıpsal sağlık alanında kendisine yer bulmuştur” ifadesini kullanmaktadır (s. 262).

Barker (1999) The Social Work Dictionary isimli sözlüğünde tıbbi sosyal hizmeti (medical social work); “hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında sağlığı artırıcı, hastalıkları önleyici çalışmaların yanı sıra hasta ve yakınlarına hastalıktan kaynaklanan sosyal ve psikolojik sorunlarını çözmelerine yardım eden sosyal çalışma uygulamasıdır” diye tanımlamakta ve ayrıca hastalıkla ve hasta ile ilgilenen diğer tıp personelinin ve kurumların hastalığın sosyal-psikolojik yönleri hakkında bilgilendirilmesi ve ilgisinin artırılması faaliyeti olarak açıklanmaktadır (s. 296). Tıbbi sosyal çalışmayıcıyı da “ görev yaptığı sağlık kuruluşlarında; öncelikle hastanın psikososyal ihtiyaçlarını karşılayan ve diğer tıp personelinin hastaların sosyal ihtiyaçlarına duyarlı olmasını sağlayan ve profesyonel olarak çalışan sosyal çalışmacı” olarak tanımlamaktadır (s. 296). Örneğin, tıbbi sosyal çalışmacı, çalıştığı hastanede doktorun hastasını erken taburcu etme planına hastanın ailesi ile önceden çalışarak evde bakım konusunda onları hazırlayarak destek verebilir.

Türkiye İş Kurumunun 2006 yılında hazırladığı, Türk Meslekler Sözlüğünde, Meslek Kodu : 2446 olarak belirlenen Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanı / Sosyal Çalışmacının meslek tanımı: “Sağlık kuruluşunda tedavi gören her hastanın uygulanan tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanması amacı ile; ekonomik, sosyal, eğitsel ve destekleyici hizmetler veren, hastanın ailesi ve yakın çevresi ile ilişkilerini düzenleyen, hastane hizmetlerinde hasta beklentilerine uygun hizmet planlanması faaliyetlerini yürüten nitelikli kişidir” olarak belirtilmiştir.

Duyan, Sayar ve Özbulut (2008, s. 182), tıbbi sosyal hizmet uzmanının, ortak amaçları sağlığı korumak ve (yeniden) düzeltmek olan çok disiplinli ekip üyeleriyle birlikte çalıştığını, bu ekibin vazgeçilmez bir parçası olduğunu, sağlık konusu ele alındığında insan sağlığının fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları olduğunu; dolayısıyla hastalığın tedavisinin çok boyutlu bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi hususunun unutulmaması gerektiğini, bu nedenle tıbbi sorunlarda bütüncül bir yaklaşımın uygulandığını, burada tıbbi sosyal hizmet uzmanının birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir şekilde gelişmesini sağlamakla görevli olduğunu belirtmektedirler.

Tıbbi sosyal hizmetin odağında sosyo-ekonomik koşullar, sosyal destek ve sosyal sorunlar bulunmaktadır. Hastalıklar esnasında bu faktörler sosyal, fiziksel ve psikolojik yakınmalara neden olmakta ve sosyal, fiziksel ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesine engel olmaktadır. Bu durumda sağlığın bozulmasına ve dolayısıyla yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Sağlığın bozulması ve yaşam kalitesinin azalması sonucunda ortaya belli bir stres çıkmaktadır. Bu stresin ortadan kaldırılması amacıyla gerçekleştirilen tıbbi sosyal hizmet uygulamaları hastalıklara psikososyal açıdan yaklaşmaktadır.

Hastalıkları birdenbire ortaya çıkanlar ve yavaş yavaş bazı semptomlarıyla kendini belli edenler olmak üzere ikiye ayırabiliriz. Kronik hastalıkların bazılarında hastalık yavaş yavaş ilerlerken, bazıları hep aynı şekilde devam ederler, bazıları ise zaman zaman ortaya çıkarlar. Bazı hastalıklarda tedaviye başlanmış bile olsa hastanın ömrü kısalabilir, bazılarında ise ölüm kaçınılmaz olabilir. Bu gibi durumlarda hasta ve ailelerin üzerindeki psikososyal etkiler birbirinden farklı ve dolayısıyla sosyal hizmet uygulamasında da bazı farklılıklar oluşacaktır. Bazı kronik hastalıklar bireyin kendi bedeni üzerindeki kontrol becerisini, kişiliğini ve ilişkilerini olumsuz olarak etkilemekte, hastanın zaman içinde yalnızlaşmasına neden olabilmektedir. Hasta üzerinde oluşan bu değişimler hasta yakınlarının hastaya daha fazla ilgi gösterme ile hastayı kendi haline bırakma ikilemini yaşamalarına neden olabilir.

Hastayı kaybetme olasılığı hasta ile ailesi arasındaki ilişki dengesini bozabilir. Hastalığın tedaviye cevap vermemesi ailenin hastayı gözden çıkarmasına neden olabilir.

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere hastalık sistemi ile hastalığın gerektirdiği pratik çözüm bekleyen ihtiyaçlar, duygusal ihtiyaçlar, hastalığın seyri, hastalığa atfedilen anlam, hastalık hakkında toplumda bugüne kadar yaşanmış durumlardan oluşur. Genelde hastalıkların, kronik olsun ya da olmasın, birbirine benzeyen ve farklılaşan yönleri vardır. Hastalıkları sadece biyolojik kriterlere göre tanımlamak yeterli olmaz. Özellikle kronik hastalık durumlarının aile sistemi ile birlikte ele alınması zorunludur; çünkü hastalık bireyle birlikte aile yaşamını ve tedaviden alınacak sonucu etkilemektedir (Duyan, Sayar ve Özbulut, 2008, s. 184-185). Bu nedenle hastaların karşılaştıkları sorunlara ve tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının bu durumlara nasıl müdahale ettikleri hususuna kısaca değinmekte fayda bulunmaktadır. Aydemir ve Duyan tarafından yapılan bir araştırmada; hastaların sosyal hizmet gereksinimleri ve sosyal hizmet uzmanlarının bu gereksinimlere hangi uygulamaları yaptıkları hususu aşağıda özetlenmiştir.

Hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunlar: Ücret sorunları, hastanın sahipsiz olması, hastaneye yatış işlemleri ile ilgili formaliteler, hastane hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklanan sorunlar, ailevi sorunlar, çalışma yaşamı ile ilgili sorunlar, hastanın hastaneye yatmak istememesi, hastanın kimsesiz, yatacak yerinin olmaması, istismar ve ihmal ile ilgili sorunlar.

Hastaların hastaneye yatış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için SHU'larının verdikleri hizmetler: Hastane ücretlerini ödemede yararlanabileceği kaynakları belirleme ve bu kaynakları kullanmasını sağlama, yatış işlemleri ve hastane hakkında bilgi verme, sahipsiz hastaların yatırılmasını sağlama, hastaların ailevi sorunlarını çözmesine yardımcı olma, hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlarını çözmesine yardımcı olmak, yatmak istemeyen hastalarla mesleki çalışma yapmak, hastalara kalacak yer sağlamak, terk bebekler için korunma kararı alınmasını sağlamak.

Hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunlar: Uyum sorunları (tedaviye, tedavi ekibine, servise, hastaneye), ailevi sorunlar, tedavi ücretleri ile ilgili sorunlar, hastaneden çıkış ile ilgili sorun yaşama, hastalığa ilişkin duygusal sorunlar(anksiyete, depresyon vb.), hastanın çalışma yaşamına ilişkin sorunlar ve gelir kaybı, hastanın fiziksel olarak bağımlı hale gelmesi nedeniyle ortaya çıkan bakım sorunları, diğer (yatan hastalardan ameliyat parası talep edilmesi, hastaların çıkışı için diğer kurumların ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması ve yavaş davranması).

Hastaların hastanede yattığı süre içinde karşılaştıkları sorunların çözümü için SHU'larının verdikleri hizmetler: Hastanın hastalığa ilişkin duygularını aktarmasına destek olma, hastalığa ve tedaviye uyumunu sağlamak, tedavi ücretlerinin ödenmesi için kaynak bulma ve bunlardan yararlanabilmesi için çalışma yapma, hasta ve ailesinin hastalığın seyri ve tedaviye ilişkin bilgilendirilmesi, hastanın yakınları ile iletişim sağlanarak hasta ailesinin hastaya destek olmasının sağlanması, hastanın sorunlarına tedavi ekibinin duyarlı olmasının sağlanması, hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemeler yapma, hasta ve ailesine kalacakları yer konusunda yardımcı olmak.

Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunlar: Tedavi ücretlerinin ödenmesine ilişkin sorunlar, hastanın barınabileceği bir yerin olmaması, hastanın ailesi ile bağlantı kurulamaması, hastanın evine ulaştırılmasına ilişkin ulaşım sorunları, ailenin hastayı

çıkarmak istememesi, hastanın hastaneden çıkmak istememesi, çıkış işlemleri hakkında bilgi eksikliği, diğer (hastanın kimsesiz olması, gerekli ilaçları alamaması).

Hastaların hastaneden çıkış aşamasında karşılaştıkları sorunların çözümü için verilen hizmetler: Hastane ücretlerinin karşılanması için hastane dışı kaynakların bulunması ve bu kaynaklardan hastaların yararlandırılması, terk edilen hastaların ilgili kurumlarına havale edilmesi, hastasını almak istemeyen ailelerin ikna edilmesi, hastanın evine ulaştırılması ile ilgili hizmetler, hastaneden çıkmak istemeyen hastaların ikna edilmesi, çıkış işlemleri hakkında hastaya bilgi verme, hastalara ilaçlarının alınmasında yardımcı olmak.

Hastaların taburcu olduktan sonra karşılaştıkları sorunlar: Hastanın ücret sorunları, hastanın tıbbi önerileri yerine getirmesinde karşılaştığı sorunlar, hastanın ailesi içerisinde sosyal rollerini yerine getirememesi, hastanın ailesine ve çevresine uyum sağlayamaması, hastanın çalışma yaşamında rolünü yerine getirememesi, hastanın fiziksel işlevlerini yitirmesi sonucu bağımlı hale gelmesi, hastanın düzenli olarak kontrole gelememesi, diğer (eksik tedavi, hastaya uygun iş bulamamak).

SHU'larının hastaların taburcu olduktan sonra karşılaştıkları sorunların çözümüne yönelik verdikleri hizmetler: hastanın ailesi ve çevresine ve yeni durumuna uyum sağlamasına yardımcı olmak, hasta ve ailesinin taburculuk sonrası yararlanabileceği toplumsal kaynak ve programlardan yararlandırılması, hasta ve ailesini tıbbi tedavi hakkında bilgilendirme, hastanın bağımlılık duygusunu yenmesine yardımcı olmak, hastanın çalışma yaşamına ilişkin düzenlemelerin yapılması, aile içi yeni düzenlemelerin (sosyal rol açısından) yapılmasına yardımcı olma, diğer (eksik tedavi sorununu gidermeye çalışmak, hastaya uygun iş bulmaya çalışmak).

Sağlık bilincinin kazandırılmasının ve sağlığın korunmasının yanı sıra, tedavi, bakım, rehabilitasyon ve tedavi sonrası izleme programlarının başarıyla gerçekleştirilebilmesi sağlık personelinin etkin çalışmalarına bağlıdır. “Sağlıklı birey, sağlıklı aile ve sağlıklı toplum” ilkesinin hayata geçirilmesinde özellikle uzmanlaşmış personelin çalışmaları büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmalar çok disiplinli ekip anlayışı içinde sürdürülmelidir.

Ekip; bilgileri, becerileri, yetenekleri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek üyelerinden oluşur. Sağlık hizmeti ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli ya da az önemli değildir.

Çakmaklı (1991) makalesinde, ABD’de Minnesota çalışmalarından elde edilen bulgunun; hekimlere başvuran hastaların yaklaşık % 40’ını tıbbi şikâyeti olanlar ve diğer % 60’ını ise tıbbi sosyal hizmet ihtiyacı karşılanamayanların oluşturduğunu, Eyalet de hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada ise, taburcu aşamasına gelmiş hastaların bir kısmının tıbbi tedavi gördükleri halde tam anlamı ile iyileşemedikleri ve 3/5’inin kendileri için sosyal çalışma yapılmadan ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyiliğe ulaşamadıklarının ortaya çıkarıldığı belirtilmektedir. Sözü edilen sosyal çalışmanın tanımında en belirgin öğenin hastaya gösterilen mesleki ilgi ve alakanın yoğunluğu ve tedavi amaçlı oluşudur. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanı ortak amaçları sağlığı korumak ve yeniden düzeltmek olan çok disiplinli sağlık ekibinin vazgeçilmez bir unsurudur.

Saka (2009, s. 584), çalışmaların nihai hedefinin, hasta ve ailesi açısından hastalığın travmatik etkilerini ve toplum açısından maliyetini olabildiğince azaltmak hatta ortadan kaldırmak olduğunu, sosyal hizmet uzmanının hasta ve ailesi adına yeri geldiğinde

savunuculuk, kolaylaştırıcılık, uzlaştırıcılık gibi rolleri üstlenmesi ve toplum, aile, sağlık ekibi ve hasta arasında adeta bir köprü görevi yapması gerektiğini belirtmektedir.

Seyyar (2004), hasta ile ilgilenen sosyal çalışmacının görevini, bireyin kişilik özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun bir sosyal ortamı ve sağlığına yeniden kavuşmasını hızlandırmak olarak açıklamakta; sosyal çalışmacının hastanın kişisel, bio-psikolojik yapısını dikkate almak suretiyle hastanın ve tedavi ekibinin mümkün mertebe beklentilerine paralel bir biçimde hayat kalitesini artıran en uygun bir sosyal ortamın ve uyumun sağlanmasına yönelik tedbirler almak olduğunu belirtmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı; tedavi olmayı reddetme, ilaç kullanmayı reddetme, hastanede uzun süre yatmaktan dolayı moral gücünü kaybetme gibi durumlarda, hastalığı kabullenme, içinde bulunduğu yeni durumla başa çıkma yollarını öğrenme gibi konularda ve hastanın çaresizlik, bağımlılık gibi durumlarıyla başa çıkma konularında psikolojik destek sağlanması için sosyal hizmet müdahalesi yapar. Kişisel görüşmeler, grup çalışmaları ve sosyal aktiviteler düzenleyerek hastanın içinde bulunduğu olumsuz durumu iyileştirme yönünde destekler sağlamayı amaçlar (Saka, 2009, s. 584).

Sundar (2009), hastane de geçen her iki günün birbirine benzememesine rağmen, hastane sosyal hizmet uzmanının normal bir günü; yoğun bakım ünitelerinde yaşam destek cihazından hastanın ayrılması konusunda bir tartışmaya iştirak etmek, bir çocuk istismarının değerlendirilmesi, ortalığı karıştıran bir hasta ile kriz müdahalesi ve bir aile destek grubunda kolaylaştırıcı ve lider rolü oynamak gibi görevleri kapsayabileceğini, bu tür bir ortamda başarılı olabilmek için bir sosyal çalışmacının karşısına çıkan durumlarda öncelikleri tayin etme ve o işe bir an önce odaklanabilme ile son derece esnek düşünebilme ve davranabilme yeteneğinin olması gerektiğini belirtmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında karşılaşılan sorunlar

Ülkemizde sosyal hizmet mesleğinin tam olarak tanınmaması nedeniyle sağlık ekibi içerisinde sosyal çalışmacının gerekliliğinin anlaşılıp kabullenme süreci zaman alabilmektedir. Bu da sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastanın belirlenip yönlendirilmesini geciktirmektedir.

Özellikle ekonomik yetersizliği olan hasta ve hasta yakınları için kullanılabilir toplumsal kaynak yeterli değildir ya da çoğunlukla sosyal güvencesi olmayan insanları kapsayan sınırlı bir kaynak vardır. Hastanelerde sosyal hizmet uzmanına ekonomik yetersizlik nedeniyle çok fazla hasta yönlendirilmekte, ancak toplumsal kaynakların yetersizliği nedeniyle bu hususun bir çözüme kavuşturulamaması hastane sosyal hizmet uzmanının yetersizliği ya da beceriksizliği olarak algılanabilmektedir.

Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlığın fiziksel boyutunu önemsemeyip diğer alanlara gereken önemi ve desteği sağlayamayan hastane idaresinin tutumu da hastane sosyal hizmet uygulamalarını zorlaştıran nedenlerden biridir.

Diğer taraftan birçok hastanede yetersiz sosyal hizmet uzmanı kadrosunun olması nedeniyle tüm hastalara hizmet sunulmaması ve sosyal hizmet servislerinin olmayışı sosyal hizmet uygulamalarını zorlaştırmaktadır (Saka, 2009, s. 585) .

Tıbbi sosyal hizmet bağlamında hasta hakları

Tıbbi sosyal hizmet denilince hasta hakları ilk olarak akla gelen hususlardan biridir. Hasta hakları “sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı” içinde yer alan hakların bir bölümünü anlatır. Ancak insanlar bu haklarının ayırımına genellikle sağlıkları bozulduğunda, bu durumdan nasıl kurtulacaklarını aradıkları sırada varırlar. İnsanların sağlıklı iken haklarını kullanması kolaydır. Ancak hastalıkta hem fiziksel hem de ruhsal yönden zayıf oldukları için haklarını savunamazlar. Bu nedenle sağlık hakkı yerine hasta hakları kavramı ön plana çıkmaktadır (Sayek, 1991, s. 14).

Hastalar haklarını kimden isteyeceklerini bildikleri sürece onları elde etmek için mücadele edeceklerdir. Bu nedenle hastaların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmeleri ve hasta hakları savunucusu olmaları gerekmektedir (Gaylin,1973, akt. Şahbudak,1992, s.7).

Bütün bu gelişmelerin yanında insan haklarının ve aynı zamanda hasta haklarının içinde yer alan ve her iki hakkın korunmasını ve geliştirilmesini ilke olarak benimsemiş bir meslek ve disiplin olarak sosyal hizmetin önemi yadsınamaz.

Barker’ın tanımına göre hasta hakları; “hasta ve müracaatçıları haksız, yersiz ve gereksiz uygulama ve tedaviden koruyan yasal, moral ve etik standartlardır” (1999, s. 352).

Hasta hakları esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşama saygı gösterme gibi ilkeler, hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit düzeyde ulaşılabilir ve sürekli olması ise, hasta haklarının en önemli hedefini oluşturmaktadır (Hatun, 1995, s. 35).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2011 yılında yürürlüğe koyduğu Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesine göre Tıbbi sosyal hizmet: Ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması olarak tanımlanmakta ve hastanelerde kurulması istenen Sosyal Hizmet Birimleri tarafından Sosyal Hizmet Görevlerinin yerine getirilmesi istenmektedir. Dolayısıyla Sosyal Hizmet Uzmanları bu birimlerde görev alacağı için Hasta Hakları konusunda müdahalelerini de bu birimlerde görevleri esnasında yerine getireceklerdir.

Sosyal hizmet mesleği açısından hasta hakları, müracaatçı haklarının sağlık alanına yansımalarıdır. Meslek elemanlarının müracaatçı hakları konusundaki tutum ve davranışları, mesleğin felsefesinde, ilke ve standartlarında açık olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla mesleğin temel dokusunu oluşturan bu haklar, son derece doğal, günlük bir tutum ve davranış haline dönüşmektedir (Knee, 1987, akt. Saruç, 2007, s. 40).

Hastaların hakları varsa, sağlık çalışanlarının ve hastane yönetiminin bu hakların hastaya uygulanmasını sağlama ve hastayı sahip olduğu bu haklardan yararlandırma sorumluluğu vardır. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanları bazen insan haklarının yerine getirilmesi için gerekli hizmetleri sağlar; diğer zamanlarda hakları görmezden gelmiş ya da

hakları çiğnenmişler için başkalarını insanların temel haklarını tanımaya ve doğru ve adil davranmaya çağırarak seslerini yükseltirler (Duyan, 2003, s. 8).

Bazı durumlarda hasta, haklarını elde edemeyebilir ya da kullanamayabilir. Bu durumda hastanın yardıma ihtiyacı olacaktır. Sosyal hizmet uzmanı bu yardımı yapacak önemli kişilerden biridir. Sosyal hizmet uzmanı hastanın haklarını koruyarak veya hakların korunmasına yardım ederek kendi üzerine düşen sorumluluğunu da yerine getirir. Sosyal hizmet uzmanları hasta hakları kavramının tanımlanmasında ve uygulanmasında, tıbbi etikle ilgili olarak politika oluşturma ve karar verme süreçlerinde de önemli roller üstlenirler. Sosyal hizmet uzmanları hasta veya ailesinin savunucusu veya temsilcisi gibi işlev görürler (Tokmak ve Duyan, 1994, s. 223).

Ayrıca, hastalara hakları kadar sorumluluklarını da öğretmek gerekir. Hastalar bu sorumlulukları yerine getirdikleri zaman daha hızlı, kolay ve kaliteli hizmet alacaklar ve bu sayede memnuniyetleri artacaktır. Aksi halde hasta ve sağlık çalışanları arasında gereksiz sürtüşmeler yaşanacak ve iki taraf için de zaman kaybı olacaktır.

Sonuç olarak; hasta hakları bağlamında tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastaların kendi kaderlerini tayin etmesi ilkesi çerçevesinde eğitici, kolaylaştırıcı, savunucu rollerini bilmeli ve her fırsatta mesleki bilgi, beceri ve değer temelinde uygulamaya dökmelidirler. Hasta hakları, diğer insan hakları gibi mücadele sonucu kazanılmış haklar değildir. Bu nedenle, öncelikle hasta hakları konusunda hastaların bilgilendirilmesi için her türlü çaba harcanmalıdır. Bunun ardından bu haklarını elde etmeleri ve savunmaları için hastaların güçlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır.

Türkiye’de hasta haklarının tanınmasını ve korunmasını sağlayacak hasta haklarını güçlendirme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Erbay ve Şen (2003) bir Üniversite hastanesinde hasta hakları ile ilgili yaptıkları araştırmalarında; çalışmaya katılan hastaların hasta hakları konusunda yeterli olarak bilgilendirilmeleri için ilave tedbirler alınmasına ihtiyaç olduğu, hasta hakları biriminin varlığı konusunu hastaların çoğunluğunun bilmediği, dolayısıyla bilgi alma ya da şikâyet etme konusunda nereye başvuracaklarını bilmedikleri ve hasta hakları birimine herhangi bir konuda başvuru yapmadıklarını belirlemişlerdir. Bu nedenle özellikle hastanelerde olmak üzere tüm toplum genelinde hastalara ve sağlıklı bireylere hasta haklarını öğretecek çalışmalar ve projeler yapılmalıdır.

Üniversitelerde disiplinlerarası tıbbi sosyal hizmeti geliştirme çalışmaları

2011 yılında Antalya da "1. Uluslararası Tıbbi Sosyal Hizmetler Kongresi" nde konuşma yapan Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü Prof. Dr. İrfan Şencan’ın, hedeflerinin sosyal hizmet uzmanlarının klinik bazlı çalışmalara başlaması olduğunu belirterek, "Ama bu zaman alacak bir süreç. Bunun için personel sayısını artıracamız" ifadesini kullanması, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının sayısının çok yetersiz olduğunun yetkililer tarafından da fark edildiği ve bu açığın kapatılması için sosyal hizmet uzmanı alımlarının artacağını ve gelecek on yıl içinde sosyal hizmet mesleğinin ve özellikle tıbbi sosyal hizmet uzmanlığının cazip hale geleceğini göstermektedir. Bu durumda kriz ortamının fırsata dönüştürülmesi ve kısa-orta vadede yetkin tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yetiştirilmesi için sağlık fakültelerinde açılmış sosyal hizmet bölümlerine bu bağlamda işlevsellik kazandırılmasının önemli olduğu görülmektedir.



Türkiye'de; Kamu hastanesi sayısının 836 bu hastanelerde görev yapan sosyal çalışmacı sayısının 750 olduğunu, özel hastane sayısının 546 ve bu hastanelerde görev yapan sosyal çalışmacı sayısının ise 300'lerde kaldığı, hastane başına bir tane bile tıbbi sosyal hizmet uzmanının düşmediği, sosyal hizmet uygulamalarının sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için yetkin tıbbi sosyal hizmet uzmanlarını kadrolarında barındıran sosyal hizmet birimlerinin kurulması gerektiği açıktır.

Bugün itibarı ile Türkiye'de 37 Sosyal Hizmet Bölümü bulunmakta bunların 11'i İktisadi ve İdari Bilimler Fakültelerinde, 4'ü Fen-Edebiyat fakültelerinde, 21'i Sağlık Bilimleri fakültelerinde ve 1'i Açıköğretim fakültesinde eğitim ve öğretim faaliyetlerine devam etmektedir. Sağlık fakültelerinde açılan bölümlere baktığımızda; Hemşirelik, Ebelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Sağlık Yönetimi, Odyoloji, Gerontoloji, Çocuk gelişim bölümlerinin olduğu görülmektedir. Hastane ortamlarında sağlık ekibini oluşturan bu bölümlerin çalışanlarının daha henüz öğrenci iken sosyal hizmet bölümü öğrencileri ile etkileşim içerisine girmesinin tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında bir kuvvet çarpanı olabileceği hususu değerlendirilmelidir.

Cılga (2004, s. 162), öğrenci sayısını artırmanın ve eğitim kurumlarını çoğaltmanın yolunu; öğrenci odaklı ölçümlerle çalışmak olduğunu, müracaatçıların ya da hedef kitlelerin yararlanma düzeyinin sosyal çalışmacıların toplumsal etkililiğinin ve verimliliğinin bir göstergesi olduğunu, bu çabaların eğitimin, bilim dalının ve sosyal çalışmacının toplumda tanınmasını ve yaygınlaşmasını sağlayabileceğini belirtmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Hastalık, sağlık ve psiko-sosyal sorunlar birbirleriyle ilişkili olup aralarındaki etkileşimi belirlemek çok zordur. Dolayısıyla karşılıklı etkileşime bağlı olarak psiko-sosyal sorunlar çeşitli hastalıklara yol açabildiği gibi hastalıklar da psiko-sosyal sorunları doğurabilir. Hastaların tedavisini yalnızca tıbbi boyutla sınırlamanın, hastalığı kısmen tedavi etmek anlamına geldiği artık tüm sağlık personeline kabul edilen bir gerçektir. Bu nedenle sağlık alanında yüzyıllık bir geçmişe sahip olan sosyal hizmetin ve sağlığı biyo-psiko-sosyal ve ekonomik iyilik hali olarak ele alan tıbbi sosyal hizmetlerin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Bu bağlamda sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamalarının etkililiğinin ortaya konulması bilimsel çalışmalar ile mümkün olacaktır.

Tıbbi sosyal hizmet yaklaşımı, tedavi sürecine hasta ve yakınlarının katılımının sağlanmasını ve tıbbi tedaviyi olumsuz etkileyen her türlü sorunun hasta yararına çözüm getirilmesini içermektedir. Tıbbi tedavi öncesi, esnasında ve sonrasında ortaya çıkan psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümlenmesi, tıbbi tedavinin etkinliğine ve dolayısıyla hastanın esenliğine önemli katkı sağlamaktadır. Ülkemiz sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alma ihtiyacı olan özür, kimsesiz, yoksul, sağlık güvencesiz, yaşlı, mülteci, sığınmacı, aile şiddet mağduru, il dışından gelen hastalar vb. hastaların öncelikli sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyacakları göz önünde bulundurulurken; bundan sonra diğer tedavi gören hastalara da belirli bir plan dahilinde ulaşılması ve hedefin; hastanelere yatan bütün hastaların en az bir defa sosyal hizmet uzmanıyla karşılaşması olması gözönünde bulundurulmalıdır.

Sağlık ekibi içerisinde, bugünden daha etkin rol ve fonksiyonlara sahip tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının yetiştirilmesi için üniversitelerin ilgili bölümlerine görev düşmektedir. Diğer taraftan bu ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının fonksiyonelliği ülkemizde sosyal



devlet koşullarının iyileştirilmesi, sağlıklı sosyal politikaların ve sosyal kurumların oluşturulmasına da bağlıdır.

Sağlık bilimleri fakültelerinde sosyal hizmet mesleği ve disiplininin sağlık alanına ilişkin “bilimsel bilgi” üretimini sağlamak ve bilimsel bilginin mesleki uygulamada etkinliğini artırmak amacıyla aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- ▶ Sosyal hizmet bölümü öğrencileri için Tıbbi Sosyal Hizmet ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet ders saatlerinin artırılması,
- ▶ Sağlık Bilimleri Fakültesinin diğer bölümleri ile birlikte ortak seçmeli derslerin planlanması,
- ▶ Diğer bölüm öğrencileri ile birlikte ortak projelerin yapılması,
- ▶ Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin stajlarının hastane ortamında planlanması,
- ▶ Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin bitirme projelerinin sağlık temelli yapılması,
- ▶ Hastanelerde görev yapan sağlık personeli ile Sosyal Hizmet Birimlerinde görev yapacak Sosyal Hizmet Uzmanlarına; kurum kuralları ile hastaların hakları gibi zaman zaman zaman birbiri ile çelişen durumlarda etkili karar verip uygulama yapabilmeleri için etik felsefesi ve etik ikilemler konusunda eğitimler verilmesi,
- ▶ Üniversitelerin sosyal hizmet bölümlerinde hasta hakları konusunda öğrencilere kapsamlı seminerler verilmesi.

Kaynakça

1. Barker, R., L. (1999). *The Social Work Dictionary*, 4th edition, Washington DC: NASW Press.
2. Cılga, İ. (2004). *Bilim ve meslek olarak Türkiye’de sosyal hizmet*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Ümit Ofset Matbaacılık.
3. Çakmaklı, K. (1991). *Aileler için sosyal hizmet*. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları. Ankara
4. Duyan, V. (2003). Sosyal Hizmetin İşlev ve Roller. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, 14 (2), 1-22.
5. Duyan, V., Sayar, Ö. ve Özbulut, M. (2008). *Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları.
6. Erbay, E. ve Şen, B. (2012). Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesinde yatan hastaların hasta hakları hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, 23 (2), 7-20.
7. Hatun, Ş. (1995). Hasta hakları hepimizin hakkı. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi*, 336: 35.
8. Saka, F. D. (2009). İstanbul Üniversitesi tıp fakültesi hematoloji servisi tıbbi sosyal hizmet çalışmaları ve bir olgu sunumu. *12-14 Kasım 2009 Sosyal hizmet sempozyumu, sosyal dışlanma ve sosyal hizmet bildiri kitabı*. Ankara
9. Saruç, S. (2007). Kadın hastalıkları ve doğumevi eğitim ve araştırma hastanelerinde yatan hastaların hasta hakları bilgi düzeyinin belirlenmesi: Ankara Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
10. Sayek, F. (1991). Hasta hakları. *Türk Tabipler Birliği Haber Bülteni*, Sayı: 26, 27-30.
11. Seyyar, A. (2004). AB’de sosyal hizmet kapsamında tıbbi rehabilitasyon uygulamaları.
12. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Birinci Sosyal Hizmetler Şurası, Ön Komisyon Raporları ve Bireysel Çalışmalar, Ankara, Nisan 2004.
13. Sundar, I. (2009, s. 190). *Social work practices in health and medical profession*. Sarup Book Publishers Pvt. Ltd. India.
14. Tokmak, F. ve Duyan, V. (1994). Hasta Hakları, Tıbbi Etik ve Sosyal Hizmet. *4.Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı, Bildiriler*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayın No: 3, 214-225.
15. Tomanbay, İ. (1999). *Sosyal çalışma sözlüğü*. Ankara: Selvi Yayınevi.
16. <http://www.saglik.gov.tr/hastahaklari>, Erişim: 24.05.2014.
17. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete 01.08.1998/23420.



**SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN ATILGANLIK DÜZEYLERİNİ
BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

Yunus Emre ÖZTÜRK*

Musa ÖZATA**

Çetin BEBE***

ÖZET

Bu çalışmanın amacı sağlık yönetimi öğrencilerinin atılganlık düzeylerini belirlemektir. Çalışma sağlık yönetimi öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerine yönelik ölçek geliştirme çalışmalarında alt boyutları test etmek amacıyla kullanılmıştır. Bir iletişim biçimi olarak değerlendirilen atılganlık özellikle kariyer yaşamına yeni başlayacak olan üniversite öğrencilerinin sosyal becerilerini geliştirerek iş yaşamındaki başarılarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda sağlık yönetimi öğrencilerinin atılganlık düzeylerini belirleyerek yorumlamak alan yazın önem arz etmektedir. Çalışmada Rathus atılganlık envanteri kullanılarak sağlık yönetimi öğrencilerinden veriler elde edilerek tanımlayıcı istatistik analizleri gerçekleştirilecektir.

* Yrd. Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü,
yunuseozturk@gmail.com

** Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü, musaozata@gmail.com

*** Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü, cerinbebe@hotmail.com

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the level of health management students' assertiveness. This study scales for health management in the development of students' entrepreneurial orientation subscale was used to test the labor. Regarded as a form of communication, assertiveness, especially university students, who will begin a new career in life by improving their social skills are thought to contribute to the success of business life. In this context, health management by determining students' assertiveness is important to interpret the literature. In the study, students in health care management from Rathus assertiveness inventory data were obtained using descriptive statistical analysis will be carried out.

Giriş

Sosyal gelişimin temelini oluşturan ve en önemli davranış şekillerinden birisi olarak kabul edilebilecek atılganlık insan ilişkilerinde temel bir davranışsal özelliktir (Pamuk,2013:8). Assertiveness sözcüğü, atılganlık (Voltan, 1980), güvengenlik (Voltan Acar, 1989), kendini etkili olarak ortaya koyma (Davaşlıgil ve ark 1998) etkili davranma, girişkenlik (Buzlu 1999) kavramları biçiminde Türkçede kullanılmaktadır (Korkut,2004; akt: Dinçer,2008:9). Atılganlık kavramı, ilk kez Wolpe ve Lazarus (1966) tarafından tanımlanmıştır. Wolpe ve Lazarus, duyguların ve hakların sosyal olarak kabul edilebilir tüm ifadelerinin atılgan davranışlar olarak değerlendirilebileceğini belirtmişlerdir. Buna ek olarak atılgan davranış, öfkenin, şiddetin, anlaşmazlığın, sıkıntı ve üzüntünün, sevincin, övgünün ve sevginin olumlu ifadesini içermektedir (Lazarus,1973; akt: Ayhan,2012:37). Atılganlık kişinin düşünce, inanç ve isteklerini karşısındakilerin haklarını çiğnemenin ifade edebilmesidir. Birey duygu ve düşüncelerini karşısındakine doğrudan ve dürüst bir şekilde ifade eder. Atılganlık başkalarını küçük görmeden, onların haklarını da tanıyarak, bireyin kendi haklarını koruyabilme, duygu ve düşüncelerini açıkça anlatabilme yolu olarak geliştirilen, bir çeşit kişiler arası ilişkiler biçimi olarak tanımlanabilir. Atılganlık, beceridir, birinin sahip olduğu ya da yoksun olduğu bir özellik değildir. Atılganlık iki tür saygı içerir. Kendine saygı; kişinin kendi ihtiyaçlarını belirlemesi ve haklarını savunmasıdır. Diğerlerine saygı; kişinin diğerlerinin ihtiyaçlarına ve haklarına saygı göstermesidir (Kamaraj 2004; akt: Çevik,2011:142). İnsanın yaşı ilerledikçe, atılganlık düzeyinin de artması beklenmektedir. Bunun nedeni, ergenlerin yaşları ilerledikçe daha fazla deneyim sahibi olmaları, kişiler arası ilişkilerde giderek daha etkin hale gelmeleri ve sosyal öğrenmelerinin artması ile ilgilidir. Yaş ilerledikçe artan bilgi ve deneyim, bireyin kendine olan güvenini, kendini daha açık ve doğru bir biçimde ortaya koyabilmesini sağlamaktadır (Dinçyürek ve ark,2010:146).

Atılganlık evrensel bir özellik olmayıp, kişiye ve duruma göre değişmektedir. Bireysel farklılıklar ve kültürel özellikler önemli rol oynamaktadır. Kendini ifade etme; insanın temel gereksinimi olmasına karşın, atılgan davranışın batı kültürünün bir özelliği olduğu belirtilmektedir. Türk toplumunun yapısında; tepki vermeme, söz dinleme, uysallık, saygı gösterme ve sessizlik ödüllendirilmekte; merak, konuşma ve kişisel girişim cezalandırılmaktadır. Kültürler arası etkileşimin artması bu davranışı öğrenme isteğini artırmaktadır (Ayaz 2002: akt;Çakır,2010:24). Atılganlık, her kişinin bir başka kişinin haklarını çiğnemeksizin gereksinimlerini karşılamaya hakkının olduğunu bildirmektedir. Atılgan olma kendini açıkça ve sakince ifade edebilme ve aynı zamanda “duyulma” demektir. Kısaca, birisinin yükünü omuzlarında hissettiğinde ve bu yükün altında duyguların

ezildiğinde, acı duymaya ve girişimde bulunmaya hakkı olduğunu düşünmektir (Yıldız,2006; akt: Çakır,2010: 23).

Atılğan davranış biçimi; insan ilişkilerinde eşitliği gözetmek, insanları eşit görmek, zayıf olan tarafı kişisel güçle donatarak güç dengesini sağlamak ve herkesin kazanmasını mümkün kılmaktır (Alberti ve Emmons, 2002; akt: Bozboğa,2009:6). Atılğan iletişim diğer kişilerin saygınlığını göz önünde bulundurarak düşünceleri ve hissedilenleri olumlu, dürüst ve açık yüreklilik ile rahat ve güvenli bir şekilde ifade edebilmektir (Fortinash ve Holoday-Worret, 1996; akt: Bozboğa,2009:7).

Atılğanlık, gerçekten diğerini dikkate almaya ve açıklığa dayanır. Konu ne kadar zor olursa olsun karşısındakine sakinlikle hitap etmek şeklinde kendini gösterir, büyük ölçüde doğallık içerir. Kendini yapıcı bir şekilde ortaya koymak, diğerlerinin haklarına saygı göstererek kendi haklarını korumak, kişisel yaşamına, fikir ve isteklerine sahip çıkmak, yakın çevre ile iyi ilişkiler kurmak, atılğanlık kapsamı içindedir. Bunun için farkındalık büyük önem taşır, farkındalık bireyin kendisini ve diğerlerini sağlıklı bir şekilde değerlendirilmesini dolayısıyla gerçekçi uzlaşma fırsatlarını aramasını getirir (Poussard,2002; akt: Kaplanoğlu,2006:12)

Atılğan davranış gösteren kişinin niteliklerini aşağıdaki gibi özetleyebiliriz:

- ✓ Söylemek istediğini direkt cümlelerle ifade ederler.
- ✓ Tarafsız kelimeler kullanırlar, “ben” mesajları gönderirler.
- ✓ Önem verir izlenimi yaratan dikkatli bir dinleyicidirler.
- ✓ Diğer insanların gözlerine bakabilirler, uygun jestlerle doğal sözel ifadeler ve iyi ayarlanmış “yetişkin” bir ses tonuyla uygun yüz ifadesi kullanırlar.
- ✓ “Çocuksu” savunmalar uygulamaktan kaçınabilirler.
- ✓ Başkalarıyla her zaman aynı fikirde olamayacaklarını kabul edebilirler.
- ✓ Görüşlerini olumlu fakat kestirip atmayaarak ifade edebilirler.
- ✓ Seçimler yaparken uygun şekilde “evet” veya “hayır” diyebilirler.
- ✓ Nazik fakat gerektiğinde kesindirler ve ise yarar sonuçları tartışabilirler.
- ✓ Yakın ilişkiler kurarlar, birçok kişilerarası gereksinimleri saptar ve karşılarlar.
- ✓ Kendi hayat kararlarını ve seçimlerini yaparlar ve hedeflerini gerçekleştirirler.
- ✓ Hem sözel hem de sözel olmayan, olumlu ve olumsuz duygularını dürüst ve uygun şekilde ifade edebilirler.
- ✓ Atılğan kişi kendini yükseltendir, olumludur. Sonuç olarak kendisini ve başkalarını amaca yönelik kullanabilirler (Tanış 1993a; Ayaz 2002; akt: Yıldız,2006:17).

Bu araştırmanın amacı sağlık yönetimi öğrencilerinin atılğanlık düzeylerini belirlemektir. Çalışma sağlık yönetimi öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerine yönelik ölçek geliştirme çalışmalarında alt boyutları test etmek amacıyla kullanılmıştır.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Araştırma evreninde bulunan 380 öğrencinin 232’si örneklem gurubuna dâhil edilmiştir. Araştırma Rathus atılğanlık envanteri kullanılarak sağlık yönetimi öğrencilerinden veriler elde edilmesiyle tanımlayıcı istatistik analizleri gerçekleştirilecektir. Araştırmanın ölçeği iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda öğrencilerin demografik verileri, ikinci kısımda ise Rathus atılğanlık envanteri ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Verilerine Ait Bulgular

Cinsiyet	n	%
Kadın	135	58,2
Erkek	97	41,8
Sınıf	n	%
1.Sınıf	70	30,2
2.Sınıf	68	29,3
3.Sınıf	92	39,7
4.Sınıf	2	0,9
Yaşanılan Yer	n	%
Köy	51	22,0
Belde	15	6,5
İlçe	66	28,4
İl	100	43,1
Kardeş Sayısı	n	%
1	6	2,6
2	56	24,1
3	74	31,9
4 ve Üstü	96	41,4
Lise Mezuniyeti	n	%
Genel Lise	120	51,7
Anadolu Lisesi	87	37,5
Meslek Lisesi	16	6,9
Diğer	9	3,9
TOPLAM	232	100
Üniversite sınavına kaçınıcı girişten sonra bu bölüme yerleştiniz?	n	%
1	88	37,9
2	110	47,4
3	25	10,8
4 ve Üstü	9	3,9
Ailenizin Aylık Geliri?	n	%
1-800	43	18,5
800-1500	82	35,3
1500-2000	54	23,3
2000-3000	37	15,9
3000 üstü	16	6,9
Staj Yaptınız mı?	n	%
Evet	40	17,2
Hayır	192	82,8
Staj dışında başka bir kurumda çalıştınız mı?	n	%
Evet	101	43,5
Hayır	131	56,5
Herhangi bir sosyal komiteye veya gruba üye misiniz?	n	%
Evet	89	38,4
Hayır	143	61,6
TOPLAM	232	100



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr

Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551

E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %58,2 si kadın %41,8'i erkektir. Bu öğrencilerden %30,2'si 1.sınıf , %29,3'ü 2.sınıf, %39,7'si 3.sınıf ve %0,2'si 4.sınıfta öğrenim görmektedirler. Katılımcıların %22'si Köyde yaşarken %6,5'i Beldede, %28,4'ü ilçede, %43,1'i de İl merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların kardeş sayılarına bakıldığında %2,6'sı 1 kardeş, %24,1'i 2 kardeş, %31,9'u 3 kardeş ve %41,4'ü de 4 ve üstü kardeşe sahiptir. Öğrencilerin %51,7 si Genel Lise mezunu, %37,5'i Anadolu Lisesi mezunu, %6,9'u meslek lisesi mezunu ve %3,9'u diğer liselerden mezun olmuştur. Öğrencilerin %37,9'u üniversite sınavına ilk girişte Sağlık Yönetimi bölümüne yerleşirken, %47,4'ü ikinci girişte, %10,8'i üçüncü girişte ve %3,9'u da dört ve dertten fazla kez üniversite sınavına girerek okudukları bölüme yerleşmiştir. Katılımcıların ailelerinin aylık gelirine baktığımızda; 1-800 TL arası geliri olanlar %18,5 iken 800-1500TL arası geliri olanlar %35,3, 1500-2000TL arası geliri olanlar %23,3, 2000-3000TL arası geliri olanlar %15,9 ve 3000TL üstü geliri olanlar %6,9 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin %43,5'i daha önce staj yapmış olup %56,5'i staj yapmamıştır. Herhangi bir sosyal komite veya gruba üye olanlar %38,4 iken üyeliği bulunmayanların oranı %61,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Verilerle İlgili Atılganlık Skorlarının Farklılığı İçin Yapılan Varyans Analizi Ve T Testi.

Cinsiyete Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	t	p
ERKEK	97	3,1351	0,607	0,544
KADIN	135	3,1052	0,597	0,551
Sınıfa Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	F	p
1.SINIF	70	3,1086	0,344	0,794
2.SINIF	68	3,0882		
3.SINIF	92	3,1449		
4.SINIF	2	3,1833		
Yaşanılan Yere Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	F	p
KÖY	51	3,1837	1,675	0,173
BELDE	15	3,0844		
İLÇE	66	3,1601		
İL	100	3,0610		
Kardeş Sayısına Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	F	p
1	6	3,0667	0,708	0,548
2	56	3,0673		
3	74	3,1122		
4 VE ÜSTÜ	96	3,1545		
Mezun Olunan Liseye Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	F	p
GENEL LİSE	120	3,1411	0,464	0,708
ANADOLU LİSESİ	87	3,0897		
MESLEK LİSESİ	16	3,0688		
DİĞER	9	3,1630		
Üniversite sınavına kaçınıcı girişten sonra bu bölüme yerleştiniz? Sorusunun puan ortalaması	n	Ortalama	F	p
1	88	3,0292	5,155	0,002
2	110	3,1352		
3	25	3,2373		
4 VE ÜSTÜ	9	3,4370		
Aylık Gelir Durumuna Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	F	p
1-800	88	3,0292	0,684	0,604
800-1500	82	3,1085		
1500-2000	54	3,0741		
2000-3000	37	3,1514		
3000 ÜSTÜ	16	3,0625		
Staj Durumuna Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	t	p
EVET	40	3,0600	-1,087	0,278
HAYIR	192	3,1297	-1,347	0,182
Staj Dışında Bir Kurum Veya İş Yerinde Çalıştınız Mı? Sorusuna Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	t	p
EVET	101	3,1330	0,555	0,580
HAYIR	131	3,1059	0,554	0,580
Herhangi Bir Sosyal Komiteye Veya Gruba Üye Misiniz? Sorusuna Göre Puan Ortalaması	n	Ortalama	t	p
EVET	89	3,0918	-0,843	0,400
HAYIR	143	3,1338	-0,855	0,394

Katılımcıların demografik verilerine göre atılganlık düzeyleri incelenmiştir (tablo 2). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre atılganlık düzeylerine bakıldığında kadın ve erkek katılımcıların ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Kadın ve erkeklerin atılganlık düzeyleri orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre atılganlık ortalamaları arasında anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($p>0,05$). Bütün sınıfların atılganlık düzeyleri orta derecede olduğu görülmüştür. Öğrencilerin ailelerinin yaşadıkları yere göre atılganlık düzeylerine bakıldığında; yaşanan yerler arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Bütün yaşam merkezlerinde atılganlık ortalamaları orta düzeyde olduğu görülmüştür. Öğrencilerin kardeş sayılarına göre atılganlık düzeyleri incelendiğinde kardeş sayılarıyla ilgili anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Mezun olunan liseye göre puan ortalamaları incelendiğinde liseler arasındaki anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Üniversite sınavına kaçınıcı girişten sonra bu bölüme yerleştiniz sorusuna verilen cevapların ortalamalarına bakıldığında üniversite sınavına girme sayıları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Üniversite sınavına dört ve dört defadan fazla girenlerin atılganlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aylık gelir durumuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Staj yapma durumuna göre atılganlık düzeyleri incelendiğinde staj yapıp yapmama arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$) ve atılganlık düzeyleri orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Staj dışında bir kurum veya iş yerinde çalıştınız mı? Sorusuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Herhangi bir sosyal komiteye veya gruba üye misiniz? Sorusuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$) ve atılganlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Atılganlık Sağlık Yönetimi öğrencileri için sahip olunması gereken temel bir beceri olduğu düşünülmektedir. Sağlık yöneticilerinin atılganlık becerisine sahip olması, sosyal yaşamlarında olduğu kadar, profesyonel yaşamlarında da sıkıntı yaşamaksızın davranmalarına ve stresli durumlara direnebilmelerine izin verir. Atılgan davranabilme becerisine sahip sağlık yöneticileri, profesyonel yaşamlarında daha çok güçlü olabilecek, iş yerlerindeki zor koşullara direnebilecekler ve gerçek profesyonelliğe ulaşabileceklerdir. Kendini değerli gören, özgüveni yüksek olan bireylerin grup iletişiminin daha iyi olduğu, insan ilişkilerin de toleranslı olduğu, yaşamı daha anlamlı bulduğu bilinmektedir. Kişiler arası iletişimin yoğun olduğu hastane ortamının, karmaşık örgütsel yapısı, hizmet veren bireylerin çeşitliliği ve özellikleri, ekip çalışmasının gerekliliği düşünülürse (Bal,2003: akt; Kaplanoğlu,2006) sağlık yöneticilerinin atılgan davranışa sahip olmaları önem kazanmaktadır.

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin atılganlık düzeylerini ölçmek amacıyla gerçekleştirilen araştırma sonucunda;

- Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre atılganlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu ancak aradaki farkın anlamsız olduğu sonucuna varılmıştır.
- Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre atılganlık düzeyleri incelendiğinde sınıf ortalamalarının orta düzeyde olduğu ve sınıflar arasındaki farkın anlamsız olduğu kanısına varılmıştır.
- Katılımcıların yaşadıkları yere göre atılganlık düzeylerinin incelenmesi sonucunda yerleşim yerlerinin atılganlık düzeylerine bir katkısının olmadığı görülmüştür.
- Kardeş sayısının atılganlık düzeyine etkisi incelendiğinde; öğrencilerin kardeş sayıları ile atılganlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir.
- Öğrencilerin mezun oldukları lisenin atılganlık düzeyine olumlu bir katkısı tespit edilememiştir. Liseler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

- Katılımcıların üniversite sınavına girme sayıları ile atılgnlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Dört ve dört defadan fazla sınava giren öğrencilerin atılgnlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak üç kez sınava girip kazamadığı halde pes etmeyerek azim ve kararlılık göstermenin atılgnlık düzeyini arttırdığı düşünülmektedir.
- Sosyal yaşamın önemli bir unsuru olan gelir düzeyinin öğrencilerin atılgnlık düzeylerini etkilemediği araştırmamız sonucunda saptanmıştır.
- Staj yapıp yapmamanın, staj dışında bir kurumda çalışıp çalışmamanın ve herhangi bir sosyal komite veya gruba üye olmanın öğrencilerin atılgnlık düzeyini etkileyecek bir unsur olmadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışma sadece Selçuk Üniversitesi’ndeki Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerinin üzerinde yapılmış olmasından kapsayıcı nitelikte değildir. Sağlık sektörü gibi oldukça hareketli ve sıfır hata ile çalışılan bir sektörde yöneticileri atılgnlık düzeylerinin yüksek olması beklenilmektedir. Buna karşın araştırmamız sonucunda sağlık yöneticisi adayı olan sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin atılgnlık düzeylerinin vasat düzeyde olduğu görülmüştür. Sağlık yönetimi eğitimi veren kurumların öğrencilerin atılgnlık düzeylerini arttırmaya yönelik atılgnlık eğitimlerini verilmelerini önermekteyiz. Bu çalışmanın daha kapsayıcı bir araştırma ile geliştirilmesi Sağlık Yönetimi eğitimi veren kurumlar için önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Pamuk, U.E. (2013). Ortaokul Öğrencilerinin Atılgnlık Düzeyi İle Akran Baskısı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
2. Çevik, S. A. (2011). Atılgnlık ve Kadın, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4,Sayı:1
3. Dinçyürek, S. Çağlar, M. Birol, C. (2010). Atılgnlık Ve Denetim Odağı Düzeyi: Gelecek Nesillere Etkisi Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 39: 142-150
4. Çakır, A. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme Ve Atılgnlık Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
5. Ayhan, G. (2012). Hemşirelerde Psikolojik Şiddet (Mobbing) İle Atılgnlık Düzeyi İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
6. Bozboğa, Z. B. (2009). Sivas İl Merkezinde Çalışan Ebelerin Atılgnlık Düzeyleri İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
7. Dinçer, F. (2008). Hemşirelik Ve Ebelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı Ve Atılgnlık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
8. Kaplanoğlu, A.E. (2006). Yönetici Hemşirelerin Atılgnlık Düzeyleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
9. Yıldız, A. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire, Ebe Ve Sağlık Memurlarının Benlik Saygısı Ve Atılgnlık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

TEDAVİYİ REDDEDEN HASTALARIN ACİL SERVİS KULLANIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Onur GÖZÜBÜYÜK*

Yasemin AKBULUT**

ÖZET

Acil servislerin, hastalığı acil olmayan hastalar tarafından sıklıkla kullanıldığı ve bu durumun birçok sorunu beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bu araştırmanın amacı acil serviste muayene olduktan sonra tedaviyi reddeden hastaların acil servisi kullanma nedenlerini belirlemek, hastalar ve hekimlerin aciliyet düzeyleri ile ilgili görüşlerini karşılaştırmaktır. Araştırma Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi'nde 1 Mart 2014 – 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kesitsel türde, tanımlayıcı nitelikte olan araştırmanın evrenini bu tarihler arasında, acil servise başvurduktan sonra tedaviyi reddeden hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 135 hasta kapsama alınmış, evrenin % 66,8'ine ulaşılmıştır. Araştırmada tedaviyi reddeden hastaların % 46,7'sinin erkek; % 46,7'sininin 19 – 64 yaş aralığında; % 73,3'ünün yetişkin acil servisinde tedavi olduğu saptanmıştır. Hastalar en çok % 14,2 ile karın ağrısı ve % 11,2 ile nefes darlığı şikâyetleri ile acil servise başvurmuştur. Hastaların % 24,4'ü sadece acil olduğu düşüncesiyle, % 14,7'si yakın olduğu, % 14,1'i öneri üzerine ve % 10,9'u güven ve daha iyi hizmet verileceği düşüncesiyle acil servisi tercih etmiştir. Hastaların % 33'ü kendilerini çok acil olarak görürken, hekimler sadece % 4,4'üne kırmızı triaj kodu vermiştir. Tedaviyi reddeden hastaların % 69,6'sı sunulan hizmetten memnun kalmıştır. Araştırma sonucunda acil servise başvurup, tedaviyi reddeden hastalara yönelik aciliyet durumu ve acil servis kullanımı ile ilgili eğitimler verilmesi; medya, sivil toplum kuruluşları aracılığıyla daha geniş kitlelerin bilinçlendirilmesi, konu ile ilgili yapılan çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hakları, Hastane Yönetimi, Tedavi Ret

* Uzman, Kocaeli Üniversitesi, Nöbetçi Müdürü, onurgzbyk@gmail.com

** Doç.Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Yasemin.Akbulut@health.ankara.edu.tr

ABSTRACT

It is known that emergency departments are generally used by the patients whose illnesses are really urgent and also this matter causes some problems. The aim of this survey is to determine the causes why the patients refused treatments after using of the emergency departments and the other aim is to compare the opinions of patients and physicians about the level of urgency. Survey was carried out in Kocaeli University Research and Application Hospital in Emergency Department, on May 1 2014 –May 15,2014. This survey was in type of cross-sectional and descriptive and it was formed generally by the patients who applied emergency department between these dates but then refused the treatment. In the survey sample wasn't chosen and selected 135 patients who agreed to participate in the survey were covered, reached 66.8 % of universe. In this survey, 46.7 % of patients who refused treatment are male; 46.7 % of the 19-64 age range; 7.3 % of adults were found to be treated in the emergency department. Patients chiefly; with 14.2 % stomach ache and with 11,2 % breath shortness were admitted to the emergency departments. 24.4 % of patients thinking only emergency, 14,7 % thinking close to themselves, 14.1 % with proposal, 10.9 % thinking of confidence and giving better service preferred emergency departments. While 33 % of patients saw themselves as very urgent, physicians gave only the red triage code to 4,4 % of patients 69.6 % of patients who refused the treatment were satisfied with the services provided. As a result of this survey, It is recommended that giving training about how to use emergency departments to the patients who applied emergency departments but refused treatments, raising awareness of a wider audience through media, non-governmental organizations and increasing the number of relevant studies.

Key Words: Hospital Management, Patient Rights, Refusing of treatment.

1.Giriş

Acil servisler kendilerine has özellikleri bulunan ve kesintisiz hizmet verilen birimlerdir. Çalışma koşullarının farklı olmasının yanında hastaların başvuru nedenlerinin çeşitliliği de diğer servis ve poliklinik hastalarına oranla farklılık göstermektedir (Kılıçaslan ve Ark., 2005:6).

Sağlık sisteminde meydana gelen yapısal değişimlerin etkisiyle acil servislerde yaşanan sorunlar her geçen gün yeni bir boyut kazanmaktadır. Karşılaşılan sorunların medyaya yansımaları da gün geçtikçe artmaktadır (Serinken ve Ark., 2013:126). Bu durum acil servislerde yaşanan sorunların ve var olan aksaklıkların tespit edilerek, gerekli düzenlenmelerin yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Acil servislerdeki; hasta sayısındaki artış, hastalık yapısındaki değişimler, sevk zincirinin düzgün işlememesi gibi nedenler sıklıkla karşılaşılan sorunlar haline gelmiştir. Bu durum acil servislerin iş yükünün artmasına neden olmakta, hem çalışanlar hem de hastalar olumsuz etkilenmektedir.

Hastalar, kendilerine uygulanan tedavi ile kendilerine uygulanmasını düşündüğü tedavinin çatışması durumunda bir takım tepkiler göstermektedir. Bu tepki tedavinin reddedilmesi şeklinde olabileceği gibi sözlü sataşma ya da daha ileri boyutlarda da olabilmektedir. Tedavinin reddedilmesi hastanın olmasını düşündüğü tedavi sürecindeki bir

aksama olarak değerlendirmek ve bu aksaklıkları gidermek için tedaviyi reddeden hastaların özelliklerini incelemek gerekmektedir.

2.Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada; acil servise başvuran ve çeşitli nedenlerle tedaviyi reddeden hastaların, acil servisi kullanma nedenlerini belirlemek, hastalar ve hekimlerin aciliyet düzeyleri ile ilgili görüşlerini karşılaştırmaktır. Bu kapsamda; hastalara kaliteli hizmet verilmesi veya sistemin getirdiği aksaklıkların giderilmesinin yanı sıra verimliliğin artırılması, maddi kazancın artırılması, çalışanın moral artışının sağlanması, verimli bir çalışma ortamının oluşturulması, personel devrinin azaltılması yoluyla mesleki anlamda kişilerin iş doyumunun artırılacağı kanaatine varılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 1 Mart 2014 – 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında acil servise başvurduktan sonra tedavi ret formu imzalayarak tedaviyi sonlandıran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, bu süre zarfında tedaviyi reddeden 202 hastadan, araştırmaya katılmayı kabul eden 135 hastaya anket uygulanmıştır. Bu sayı aynı tarih aralığındaki toplam ret sayısının % 66,8'dir. Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi'ne kesi, yanık ve travma sonucu getirilen 18 yaşın altındaki çocuklar yetişkin acil servisinde değerlendirilmektedir. Tedavisi reddedilen 18 yaş altı 40 çocuğun verileri ailelerinden elde edilmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada veriler anket ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket, konu ile ilgili literatürden (Erbay, 2012; Akpınar, 2008; Sarıtemur, 2008; Keser ve Arguz, 2010; Güneysel ve ark., 2008; Serinken ve ark., 2013) elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anket, hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 6 soru ve tedaviyi reddetme nedenlerini belirlemeye yönelik 13 soru olmak üzere toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Hastaların yaş, cinsiyet ve triaj kodu hastanenin bilgi yönetim sisteminden elde edilmiştir.

3.Bulgular

Tedaviyi reddeden hastaların reddedilen servise, ret saatine, triaj koduna ve sosyal güvencelerine göre dağılımları Çizelge 4.1.'de gösterilmiştir. Çizelge 3.1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların 72'sinin (% 53,3) kadın, 63'ünün (% 46,7) erkek olduğu; yaş dağılımı incelendiğinde ise 0-18 yaş ve altında 43 hasta (% 31,9), 19-64 yaş arasında 64 hasta (% 46,7), 65 yaş ve üzeri 29 hasta (% 21,5) olduğu görülmektedir. Hastaların 36'sının (% 26,7) çocuk acil servisinden, 99'nun ise (% 73,3) yetişkin acil servisinden olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal güvenceleri incelendiğinde araştırma grubunun % 96,3'ünü sosyal güvenlik kurumu (SGK) hastası, % 3,7'sini ise özel sağlık sigortası, öğrenci ve sosyal güvencesi olmayan hastalardan oluştuğu görülmektedir. Triaj koduna göre araştırma grubunun dağılımı incelenecek olursa; 118 (% 87,4) hastaya sarı, 11 (% 8,1) hastaya yeşil, 6 (% 4,4) hastaya ise kırmızı triaj kodu verildiği gözlenmektedir.

Çizelge 3.1. Tedaviyi Reddeden Hastaların Reddedilen Servis, Ret Saati, Triaaj Kodu ve Sosyal Güvenceye Göre Dağılımları

		Sayı=135	Yüzde (%100)
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	72	53,3
	Erkek	63	46,7
Hastaların Yaş Dağılımı	0-18	43	31,9
	19-64	64	46,7
	64 - +	29	21,5
Tedavi Reddedilen Servis	Yetişkin Acil	99	73,3
	Çocuk Acil	36	26,7
Hastanın Triaaj Kodu	Kırmızı	6	4,4
	Sarı	118	87,4
	Yeşil	11	8,1
Sosyal Güvence	SGK	130	96,3
	Özel Sağlık Sigortası	1	0,7
	Öğrenci (Mediko-Sosyal)	2	1,5
	Sosyal Güvence Yok	2	1,5

Çizelge 3.2.'de tedaviyi reddeden hastaların aldığı sağlık hizmetinden memnun olma durumu incelenmiştir. Tedaviyi reddeden hastaların büyük bir çoğunluğu oluşturan 94 kişi (% 69,6) acil servisten memnun olarak ayrılmış, 14 kişi (% 10,4) kısmen memnun olmuş, 27 kişi (% 20,0) ise sunulan hizmetten memnun kalmamıştır.

Çizelge 3.2. Tedaviyi Reddetme Kararına İlişkin Bulgular

	Evet		Kısmen		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sunulan hizmetten memnun olma durumu	94	69,6	14	10,4	27	20,0	135	100

Bir hasta için birden fazla şikâyetle acil servise başvurabilmektedir. Bu nedenle araştırma grubunu 135 hasta oluştururken, 155 başvuru şikâyeti işaretlenmiştir. Hastaların başvuru şikâyetlerinin gösterildiği Çizelge 3.3. incelendiğinde; en çok başvuru şikâyetinin 22 hasta (% 14,2) ile karın ağrısı olduğu gözlenmektedir. Karın ağrısını 18 hasta (% 11,6) ile nefes darlığı ve 18 hasta (% 11,6) ile bulantı-kusma şikâyetleri takip etmektedir. Hastaların en az başvurduğu şikâyet türü ise 7 hasta (% 4,5) ile baş ağrısı-baş dönmesi şikâyetidir.

Çizelge 3.3. Acil Servise Başvuru Şikâyetlerine İlişkin Bulgular

Başvuru Şikâyetleri	Sayı	%
Karın Ağrısı	22	14,2
Nefes Darlığı	18	11,6
Bulantı-Kusma	18	11,6
Yumuşak Doku Bozuklukları	14	9,0
Göğüs Ağrısı-Çarpıntı	12	7,7
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (Ateş, Öksürük, Boğaz Ağrısı)	11	7,1
Psikiyatrik Semptomlar	10	6,5
Tansiyon	10	6,5
Yaralanma	8	5,2
Baş Ağrısı-Baş Dönmesi	7	4,5
Diğer (Epilepsi, Yanık, Şeker Hastalığı, Felç, Bilinç Kaybı, Zehirlenme, İştahsızlık, Uyuşma, İdrar Yapamama, İdrarda Kanama, Gözde Yabancı Cisim, Solunum Yolunda Yabancı Cisim, Bilmiyorum)	25	16,1
Toplam	155	100

Hastaya göre şikâyetin aciliyet düzeyinin incelendiği Çizelge 3.4.’te 45 hasta (% 33,3) çok acil olduğunu, 71 hasta (% 52,6) acil olduğunu, 19 hasta ise (% 14,1) acil olmadığını belirtmiştir.

Çizelge 3.4. Aciliyet Düzeyine İlişkin Bulgular

Şikâyetin Aciliyet Düzeyi	Çok Acil		Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastaya göre şikâyetin aciliyet düzeyi	45	33,3	71	52,6	19	14,1	135	100

Acil servisi tercih etmenin bir hasta için birden fazla nedeni olabilmektedir. Bu nedenle araştırma grubunu 135 hasta oluştururken, 156 neden işaretlenmiştir. Çizelge 3.5.’te görüleceği gibi acil servisin en çok tercih edilme nedenleri; 38 hasta (% 24,4) ile normal şartlarda muayeneyi bekleyemeyecek derecede endişe duymak, 23 hasta (% 14,7) yakınlık ve 22 hasta (% 14,1) ile öneri üzerine gelmek seçeneklerini belirtmiştir. En az tercih nedenleri ise 11 hasta (% 7,1) muayene olmak için kısa bekleme süresi-hastaneye yatışın hızlı ve kolay olması, yine 11 hasta (% 7,1) başka bir sağlık kuruluşundan sevk edilmesidir.

Çizelge 3.5. Araştırma Grubunun Acil Servisi Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Acil Servisi Tercih Etme Nedenleri	Sayı	%
Normal şartlarda muayeneyi beklemeyecek derecede endişe duymak	38	24,4
Yakınlık	23	14,7
Öneri üzerine gelmek	22	14,1
Güven ve Daha iyi hizmet verileceği düşüncesi	17	10,9
Hastanenin takipli hastası olduğu için	15	9,6
Ambulans getirdi	15	9,6
Başka bir sağlık kurumundan sevk edilme	11	7,1
Muayene olmak için kısa bekleme süresi-Hastaneye yatışın hızlı ve kolay olması	11	7,1
Diğer	4	2,6
Toplam	156	100

Çizelge 3.6.'da hastanın algıladığı aciliyet düzeyi ile hastaya verilen triaj kodu arasında dağılım incelenmiştir. Çizelgeye göre kendini çok acil olarak değerlendiren 1 hastaya (% 2,2) kırmızı, 39 hastaya (% 86,7) sarı, 5 hastaya ise (% 11,1) yeşil triaj kodu verilmiştir. Kendini acil olarak değerlendiren 3 hastaya (% 4,2) kırmızı, 64 hastaya (% 90,1) sarı, 4 hastaya ise (% 5,6) yeşil triaj kodu verilmiştir. Kendisini Acil olarak görmeyen 2 hastaya (% 10,5) kırmızı, 15 hastaya (% 78,9) sarı, 2 hastaya ise (% 10,5) yeşil triaj kodu verilmiştir. Hastanın algıladığı aciliyet düzeyi ile hastanın triaj kodu arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.6. Hastanın Aciliyeti Hakkındaki Görüşü ile Doktorun Triaj Kodunun Karşılaştırılması

Hastanın Algıladığı Aciliyet Düzeyi	Hastanın Triaj Kodu						Toplam (n=135)	p
	Kırmızı		Sarı		Yeşil			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çok Acil	1	2,2	39	86,7	5	11,1	45	0,495
Acil	3	4,2	64	90,1	4	5,6	71	
Acil Değil	2	10,5	15	78,9	2	10,5	19	

Çizelge 3.7.'de başvuru şikâyetine göre hastanın algıladığı aciliyet düzeyinin dağılımı verilmiştir. Çizelge incelendiğinde; durumunu çok acil gören hastaların oranının en yüksek olduğu başvuru şikâyeti karın ağrısı ve bulantı kusmadır. Karın ağrısı şikâyeti ile başvuran 4 hasta (% 50,0) durumunu çok acil olduğunu, 3 hasta (% 37,5) durumunun acil olduğunu, 1 hasta ise (% 12,5) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Bulantı kusma şikâyetleriyle başvuran 9 hasta (% 50,0) durumunu çok acil olduğunu, 6 hasta (% 33,3) durumunun acil olduğunu, 3 hasta ise (% 16,7) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Durumunu acil gören hastaların oranının en yüksek olduğu başvuru şikâyeti yumuşak doku bozukluklarıdır. Yumuşak doku bozuklukları nedeniyle başvuran 3 hasta (% 16,7) durumunu çok acil olduğunu, 14 hasta (% 77,8) durumunun acil olduğunu, 1 hasta ise (% 5,6) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Durumunu acil olarak görmeyen hastaların oranının en yüksek olduğu başvuru şikâyeti üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (Ateş, Öksürük, Boğaz Ağrısı). Üst solunum yolu enfeksiyonu şikâyetiyle başvuran 3 hasta (% 30,0) durumunu çok acil olduğunu, 4 hasta (% 40,0) durumunun acil olduğunu, 3 hasta ise (% 30,0) durumunun acil olmadığını düşünmektedir. Başvuru şikâyetleri ile hastanın algıladığı aciliyet düzeyi arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.7. Başvuru Şikâyetine Göre Hastanın Algıladığı Aciliyet Düzeyi

Başvuru Şikâyetleri	Hastanın Algıladığı Aciliyet Düzeyi						Toplam (n=156)	P
	Çok Acil		Acil		Acil değil			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Karın Ağrısı	4	50,0	3	37,5	1	12,5	8	0,701
Nefes Darlığı	2	20,0	6	60,0	2	20,0	10	0,665
Bulantı-Kusma	9	50,0	6	33,3	3	16,7	18	0,219
Yumuşak Doku Bozuklukları	3	16,7	14	77,8	1	5,6	18	0,070
Göğüs Ağrısı-Çarpıntı	10	38,5	14	53,8	2	7,7	26	0,550
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (Ateş, Öksürük, Boğaz Ağrısı)	3	30,0	4	40,0	3	30,0	10	0,347
Psikiyatrik Semptomlar	2	18,2	6	54,5	3	24,3	11	0,315
Tansiyon	2	28,6	5	71,4	-	-	7	0,504
Yaralanma	3	21,4	8	57,1	3	21,4	14	0,481
Baş Ağrısı-Baş Dönmesi	8	34,8	14	60,9	1	4,3	23	0,326
Diğer (Epilepsi, Yanık, Şeker Hastalığı, Felç, Bilinç Kaybı, Zehirlenme, İştahsızlık, Uyuşma, İdrar Yapamama, İdrarda Kanama, Gözde Yabancı Cisim, Solunum Yolu Yabancı Cisim, Bilmiyorum)	4	36,4	6	54,5	1	9,1	11	1,000

4. Sonuç ve Öneriler

Araştırmada yer alan hastaların % 87'si “sarı” triaj kodu almıştır, bu durum acil olmayan hastaların çoğunlukla tedaviyi reddettiğini göstermektedir. Bu kapsamda olan hastalara acil servis hizmetleri, içeriği ve bekleme sürelerine yönelik eğitim verilmesi, kapalı devre televizyon yayını ile bilgilendirilmeleri önerilebilir.

Araştırma sonucunda, tedaviyi reddeden acil servis hastalarının çoğunlukla klinik olarak acil olmadığı saptanmıştır. Bu durum hasta yoğunluğu ve uzun bekleme sürelerini de beraberinde getirmektedir. Buna göre; aile hekimliği ve acil servis kullanımı konusunda

eğitimler verilmesi, sosyal medya aracılığıyla daha geniş kitlelerin bilinçlendirilmesi, vardiyalı poliklinik sisteminin uygulanması önerilebilir. Sağlık kurumlarının tedavi ret sonrası hasta takip sistemini oluşturması, acil serviste değerlendirilen hastanın aciliyet düzeyini belirlemedeki yeterliliği tespit edilebilir ve gerekli düzenlemeler yapılabilir.

Kaynaklar

- 1.AKPINAR, K. (2008). ‘Acil Servislerde Hasta Hakları (Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)’. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- 2.ERBAY, H. (2012). ‘Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması’, Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- 3.GÜNEYSEL, Ö., ONUR, O.E., SARITEMUR, M., AKOĞLU, H., DENİZBAŞI, A. (2008). ‘Muayene Edildikten Sonra Tıbbi Uyarılara Rağmen Acil servisi Terk Eden Hastaların Değerlendirilmesi’. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 8(2), ss.79-83.
- 4.KESER, N., ARGUZ, P. (2010). ‘ Ebeveynlerin Çocukların Tedavisini Reddetme Nedenleri’, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(1), ss. 05-11.
- 5.KILIÇASLAN, İ., BOZAN, H., OKTAY, C., GÖKSU, E. (2005). ‘ Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri’. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(1), ss. 5-13.
- 6.SARITEMUR, M. (2008). ‘Medikal Uyarılara Rağmen, Muayeneden Sonra Acil Servisi Terk Eden Hastaların Özellikleri’. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı, İstanbul.
- 7.SERİNKEN, M., TÜRKÇÜER, İ., ÖZEN, M., UYANIK, E., ELİÇABUK, H., KARSLI, E. (2013). ‘Bir Üniversite Acil Servisinden Kendi İsteğiyle Ayrılan Hastaların Geriye Dönük Analizi’. *The Journal Of Academic Emergency Medicine*, 12:126.

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
8. KONGRESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2011

POSTER BİLDİRİLER

HASTANE YÖNETİCİSİNDE OLMASI GEREKEN ÖZELLİKLER: ÜST DÜZEY SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNE YÖNELİK BİR DERLEME ÇALIŞMASI

Ebru Özlem GÜVEN*

Taha Yasin MEYDANERİ**

Abdurrahman TELLİOĞLU***

ÖZET

Dünya’da ve Türkiye’deki sağlık reformları ve beraberindeki gelişmeler, ülkelerin sağlık kurumları yöneticilerine giderek ihtiyaç duyulacağını ortaya çıkarmıştır. Ancak bu ihtiyaca cevaben sağlık sektöründe yönetici olmayı hedefleyen ilgili bölüm öğrencilerin, sağlık yöneticisi olabilmek için, kamu / özel sektörün beklentilerine uygun özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu çalışmanın da amacı, halen görev yapmakta olan üst düzey sağlık yöneticilerinin, hastane yöneticilerinde olması gereken özelliklerin neler olması gerektiği konusundaki beklenti, görüş ve önerilerinin derlenip, ortaya çıkarılmasıdır. Bu çalışmada hastane yönetimi konusunda referans kabul edilen çeşitli web siteleri ve süreli yayınlardan, kamu ve özel sektörde halen görev yapmakta olan sağlık yöneticilerinin röportajları derlenmiş ve hastane yöneticisinde olması gereken özellikler konusundaki öneri, beklenti ve görüşleri ortaya çıkarılmıştır. Derlenen yönetici görüşlerinin ortak olduğu ve özellikle sağlık alanında - özellikle hastanelerde - görev yapacak başarılı bir yöneticide, “iletişim becerisi, analitik düşünme kabiliyeti, insanlığa hizmet etme arzusu, pratik ve hızlı karar verme, ekip çalışmasına yatkınlık, değişime ve gelişime açık olma” özelliklerinin olması gerektiği bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgular sonucunda, hastanelerde yönetici olmak isteyen adayların bu sıralanan özellikler bağlamında kendilerini geliştirmeye istekli ve azimli olmaları gerektiği önerilmektedir. Bu özelliklerin geliştirilmesi için, ilgili lisans bölümlerindeki ders içeriklerinin bulgulara uygun olarak revize edilmesi ve bu alanda kariyer hedefleyen bireylerin ilgili konularda çeşitli kaynaklardan ve eğitim programlarından yararlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane Yöneticisi, Sağlık Yöneticiliği, Yönetici Özellikleri

* Yrd. Doç. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Üyesi, ebrozlemguven@aydin.edu.tr

** İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Lisans Öğrencisi

*** İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Lisans Öğrencisi

THE QUALIFICATIONS A HOSPITAL MANAGER MUST HAVE:A COMPILATION OF THE PERSPECTIVES OF HIGH LEVEL HEALTH MANAGERS

ABSTRACT

The health reforms and the associated developments in Turkey and the world have indicated that there will be a more pressing need for the managers of the health institutions. However, the students that study at the related departments of the universities and aim at becoming the managers of the health institutions need to be equipped with the qualifications anticipated from the public/private sector. The aim of this study is to compile and report the expectations, opinions and suggestions of the current of the high level health managers as to what qualifications the health managers must have. In this study, the interviews of the health managers working at the public and private health institutions have been compiled from various web pages and periodicals that are regarded as the references in the field of health and their suggestions, expectations and opinions as to what qualifications the health managers must be equipped with have been demonstrated. The compiled opinions of the health managers specify the basic qualification that a manager must be equipped with: "communications skills, analytical thinking ability and desire to serve humanity, practical and quick decision-making, working well in teams, being open to change and development." They suggest that those would like to be health managers should develop themselves as regards the said qualifications and they should be determined. And also they advise the revisions of the lessons' contents in line with these qualifications and those who wish to be successful in this field should make use of various resources and educational programs.

Key Words: Hospital Manager, Health Care Manager, Manager Properties

I. Giriş

Sağlık / Sağlık Kurumları Yöneticiliği bölümlerinden mezun olacak öğrencilerin, kamu ve özel sektördeki görev tanımlarının ve sorumluluklarının tam olarak ne olduğu ve ne olacağı konusu uzunca zamandır tartışılan bir konudur. Ancak bilinen bir gerçek var ki, Dünyada ve Türkiye’de yürütülen sağlık reformları ve sağlık sektöründeki gelişmeler, ülkelerin sağlık kurumları yöneticilerine giderek artan oranda ihtiyaç duyulacağını ortaya çıkarmıştır. Gelişen sağlık sistemi içerisinde önemli yer tutan hastanelerin de profesyonel yöneticilere olan ihtiyacı da paralel olarak artış gösterecektir.

1. Yönetici Kavramı:

Yönetici; kar ve riski başkalarına ait olmak üzere, mal ve hizmet üretmek için üretim elemanlarını bir araya getiren ve işletme fonksiyonlarını çalıştırma, yönetim fonksiyonlarını yerine getirme sorumluluğu olan kişidir (Uysal vd; 2012). Eğer yöneticiler aynı zamanda işletmenin sahibi iseler, kar ve riski de onlara aittir.

1.1. Yöneticinin görevleri genel bazıları olarak şöyle sıralanabilir:

- Amaçlara hangi kaynaklardan ulaşılabileceğini belirleyip bu kaynakları sağlar.
- İşletme çalışanlarının görevlerini belirler.
- Görev aldığı birimde yönetim fonksiyonlarını yürütür

- Hedeflere yeterince ulaşılması için gerekli önlemleri alır
- Yöneticinin, çalışmalarından sorumlu olduğu kişiler vardır. Yönetici bu kişilerin "üst"ü, çalışmalarından sorumlu olduğu kişiler ise yöneticinin "ast"ıdır.

Yöneticiler, hangi sektörde olursa olsun görev yaptıkları örgütlerin amaçlarını etkin ve verimli olarak gerçekleştirmek; yani, başarılı olmak zorundadır. Bu bakımdan önce başarı kavramını tanımlamak gerekmektedir. Başarı; görevler yönünden kusursuz iş yapmayı, işi daha iyi yapabilmeyi, kusursuzluk standardına ulaşmayı ifade eder. Başarılı yönetici bu süreci icra edebildir(Uysal vd; 2012).

2. Başarılı hastane yöneticisinde bulunması gereken özellikler(www.acikders.ankara.edu.tr):

Öncelikle başarılı bir yöneticide olması gereken özellikler literatürde aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

A. Doğuştan Gelen ve Ussal Özellikler

- Zeka
- Kabiliyet,
- Kuvvetli hafıza,
- Olumlu tavır,
- Kişilik (karakter),
- Sabır,
- Sadakat,
- Samimiyet,
- Dürüstlük,
- İnanırcılık,
- İyi huy,
- Yüksek moral,
- İdeal,
- Tevazu,
- Espri,
- Sevecen,
- Mertlik ve
- Cesaret

B. Bilgi ve Tecrübeye İlişkin Özellikler

- Teknik beceri,
- Haberleşme becerisi,
- İnsan ilişkileri becerisi
- Analitik beceri,
- Karar verme becerisi,
- Kavramsal beceri

C. Yürütmeye İlişkin Özellikler

- Önderlik niteliğine sahiptir,
- Problem çözer ve çatışmaları iyi yönetir.
- Temsil ettiği grubun görüşlerini bilir ve bunları anlamlandırır.

- Örgütü başarı ile temsil eder.
- Örgüt ve birey amaçlarını birleştirir.
- Örgütteki informal grupları çalıştırır.
- Astlarını öğütler ve objektif olarak değerlendirir.
- İnsiyatifini yetkisi ve kuvvetini dengeli kullanır.
- Görev uygulamasında astları arasında uyum ve işbirliği sağlar.
- Astlarını kararlarına iştirak ettirir ve astlarının faaliyetlerinin uyumlaştırılmasına dikkat eder.
- Kabiliyet ve maharetlerinden tamamı ile yararlanır.
- Dinamik olur.

Yukarıdaki yöneticilik vasıfları tüm sektörler için esas alınmış olup bu çalışma ile hastane yöneticilerine yönelik özgülleştirilmesi planlanmıştır.

3. Araştırma Metodolojisi

3.1.Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın da amacı, halen görev yapmakta olan üst düzey sağlık yöneticilerinin, hastane yöneticilerinde olması gereken özelliklerin neler olması gerektiği konusundaki beklenti, görüş ve önerilerinin derlenip, ortaya çıkarılmasıdır.

3.2.Araştırmanın Yöntemi: Bu çalışmada hastane yönetimi konusunda referans kabul edilen çeşitli web siteleri ve süreli yayınlardan / dergilerden, kamu ve özel sektörde halen görev yapmakta olan sağlık yöneticilerinin röportajları derlenmiş ve hastane yöneticisinde olması gereken özellikler konusundaki öneri, beklenti ve görüşleri ortaya çıkarılmıştır.

3.3.Araştırmanın Bulguları:Başarılı hastane yöneticisinde olması gereken özelliklerle ilgili olarak Tablo-1’de yer alan kaynaklardan derlenerek içerik analizi yapılan yönetici görüşleri isim ve unvan bilgileri aşağıda özetlenmiş ve ilgili dergi künye ve web sitesi bilgileri kaynakça bölümünde yer almaktadır.

Sıra No	Dergiler
1	Hospital Manager Sağlık Profesyonelinin Dergisi / Ocak 2014 Sayısı
2	Hospital Manager Sağlık Profesyonelinin Dergisi / Nisan 2012 Sayısı
3	Hospital Manager Sağlık Profesyonelinin Dergisi / Şubat 2012 Sayısı
4	Sağlık ve İnsan, Aylık Sağlık ve Yaşam Dergisi / Ocak 2013 Sayısı
5	SAYED, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi / Kasım 2012 Yıl:5 -56 Sayısı
6	Web siteleri:
7	http://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/339/mod_resource/content/1/Ba%C5%9Far%C4%B1%C4%B1%20Bir%20Y%C3%B6neticide%20Bulunan%20C3%96zellik%20ve%20bunlar%C4%B1%20Kazanma%20yollar%C4%B1.pdf
8	http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=418
9	http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-saglik-yoneticilerine-ihtiyac-artiyor-1-11-41850.html
10	http://www.saglikyoneticilerizirvesi.org/10/index.php

Tablo-1: İçerik Analizine tabi tutulan web sitesi ve dergiler

a. Sağlık Bakanı Prof Dr. Mehmet Müezzinoğlu

“Başarılı bir yönetici, yeniliklere açık, gelişmeleri takip edebilen, önyargılarından arınmış konu hakkında yeterli bilgiye sahip olan, halka hizmeti hakka hizmet sayarak çalışma bilincine sahip olduğuna inanan, başaracağına inanan ve inandığı doğrultuda emek sarf eden”

b. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Kurum Başkanı Prof. Dr. Ali İhsan Dokucu

“Başarılı yönetici, adil, istişareye ve eleştiriye açık, insani özellikleri önde tutan, başarıya odaklanmış, kendisiyle barışık, personeli ile uyumlu, birinci özelliği vatandaşa hizmet olan, hizmeti bir mecburiyet değil insan sevgisinin doğal bir sonucu olarak gören ve kendisini mesleğe ve işine adanmış”

c. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yönt. Prof. Dr. Mustafa Paç

“Sağlık sektöründe varlık göstermek isteyen ve yöneticilik hedefleyenlerin yapması gereken uygulamanın içinde lisansüstü çalışmada dâhil hastane yönetim becerileri işletme bilgi ve uygulamalarını geliştirmeleri ama mutlaka hastane yaşamını yıllarca içlerine sindirmeleri gerekir”

d. İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri Dr. Şuayip Birinci

“Başarılı hastane yöneticileri; faaliyetlerini yürütürken stratejik planlama yaparak hedef ve önceliklerini, bunlara ulaşmak için nasıl bir yol izleyeceklerini, performans ölçütlerini belirleyecek ve kaynakların dağılımını planlayabilecek bir yapıya sahip olmalıdır. Bu çerçevede somut hedefleri ölçüp değerlendirme yapabilmelidir”

e. İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri Uz. Dr. Tuncay Palteki

“Başarılı hastane yöneticisi öncelikle yönetim fonksiyonlarını iyi bilmeli ve çalıştığı ekibiyle yüksek iletişim halinde olabilmelidir. Hedefi olmayan yönetici özellikle değişim ve dönüşüm dönemlerinde başarısızlığa mahkûmdur. Bu sistemde başarı ve performans izlenerek yöneticiler yaptıkları işten sorumlu tutulabilmektedir. Başarılı yönetici ekibinin yapmış olduğu başarılı uygulamaları tüm kuruma yayabilen kişidir”

f. Mardin Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri Cihan Nişancı

“Başarılı bir yöneticinin olmazsa olmaz özelliği ekip ruhuyla hareket etmesi ortak akla önem vermesi ve lider olmasıdır. İyi bir yönetici, iş konusunda beklentilerini, isteklerini doğru ve net olarak ifade edebilmelidir. Öngörü niteliği yüksek olmalıdır. Sonuçları önceden kestirebilmelidir. Yeniliklere açık olmalı, gelişmeleri takip etmelidir. Lider bir şekilde sorunların üstesinden gelip sabırla güzel sonuçlar olmayı bilmelidir. Ayrıca yöneticiler çalışanlar üzerinde yenilikçi ve motive eden vasıfta olmalıdır.”

g. TOBB Türkiye Medikal Maclis Başkanı ve İncekaralar Genel Müdür Özgür İncekara

“Başarılı yönetici, yöneteceği sistemi kurabilen takım oluşturup yönlendirebilen, sektörü ve bu sektörün sıkıntılarını iyi bilen analitik düşünerek kriz yönetebilen, bilgiyi etkin bir şekilde yönetebilen ve güncel kılan gerektiğinde inisiyatif kullanıp karar verebilen bir kişi olmalıdır.”

h. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı Prof. Dr. Mehveş Tarım

“Başarılı bir hastane yöneticisinin, sağlık işletmesinin diğer işletmelerden farklı olduğunu ayırt edebilen, sağlık sistemi ve politikaları hakkında bilgili sağlık çalışanlarıyla aynı dili konuşabilen iletişim becerilerine ve yönetim özelliklerine sahip, stratejik düşünebilen, vizyon sahibi, problem çözme becerisi olan, yönetim fonksiyonuna hakim olması gerekir.”

- i. İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Birimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Çağ Çal

“Başarılı bir hastane yöneticisi derdine çare arayan hasta ve bu hizmeti verebilecek donanıma sahip hekime en üst düzeyde empati ile yaklaşmalıdır. Bu empatinin yaratılabilmesi için yöneticilerini hastanelerdeki kar etme zorunluluğunun sadece hizmet kalitesini arttırmak ve hizmetin sürdürülebileceğini temin etmek amacına yönelik olduğuna inanması ilke edinmesi gerekir.”

Sonuç ve Öneriler:

Araştırma bulguları sonucunda, sağlık kurumlarında yönetici olmak isteyen adayların yukarıda sıralanan özellikler bağlamında özellikle de “iletişim becerisi, analitik düşünme kabiliyeti, insanlığa hizmet etme arzusu, pratik ve hızlı karar verme, ekip çalışmasına yatkınlık, değişime ve gelişime açık olma, problem çözebilme, eleştiriye açık ve takipçi olma” gibi özelliklere sahip olması gerektiği bulgusuna ulaşılmıştır. Bu özellikler ışığında geleceğin sağlık kurumları yöneticilerinin, kendilerini geliştirmeye istekli ve azimli olmaları gerektiği önerilmektedir. Bu özelliklerin geliştirilmesi için de, ilgili lisans bölümlerindeki ders içeriklerinin bu bulgulara uygun olarak revize edilmesi ve bu alanda kariyer hedefleyen bireylerin ilgili konularda çeşitli kaynaklardan ve eğitim programlarından yararlanması önerilmektedir.

Kaynaklar:

- 1.Hospital Manager Sağlık Profesyonelinin Dergisi / Ocak 2014 Sayısı
- 2.Hospital Manager Sağlık Profesyonelinin Dergisi / Nisan 2012 Sayısı
- 3.Hospital Manager Sağlık Profesyonelinin Dergisi / Şubat 2012 Sayısı
- 4.Sağlık ve İnsan, Aylık Sağlık ve Yaşam Dergisi / Ocak 2013 Sayısı
- 5.SAYED, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi / Kasım 2012 Yıl:5 -56 Sayısı
- 6.http://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/339/mod_resource/content/1/Ba%C5%9Far%C4%B1%C4%B1%20Bir%20Y%C3%B6neticide%20Bulunan%20%C3%96zellik%20ve%20unlar%C4%B1%20Kazanma%20yollar%C4%B1.pdf
- 7.<http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=418>
- 8.<http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-saglik-yoneticilerine-ihtiyac-artiyor-1-11-41850.html>
- 9.<http://www.saglikyoneticilerizirvesi.org/10/index.php>
10. Ş.A. Uysal, B. Keklik, R. Erdem ve R.Çelik; *Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri İle Çalışanların İş Üretkenlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C:15, S:1 (2012)

STRATEJİK YÖNETİM TEKNİKLERİ VE SWOT ANALİZ İLE ÖRNEK BİR SWOT ANALİZ TASARIMI

Pelin ÖZMEN*

Mehmet ÇETİN**

Yönetim Organizasyonda Etkinlik ve Verimlilik Kavramları:

Etkinlik (Effectiveness): (doing the rightthing) Doğru işin yapılmasıdır. Kuruluşun önceden belirlenmiş amaçlarına ne düzeyde ulaştığının göstergesidir.

Verimlilik (Efficiency): (doingthingsright) İşlerin doğru yapılması anlamında olup Fransızca “L’efficacité” kelimesinin karşılığıdır. “Minimum çaba ve masraf ile maksimum sonuçlar elde etme kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır. İktisat Ansiklopedisinde kavram teknik anlamda “çıktı-girdi” oranı olarak yorumlanmaktadır. Verimlilik; bugün dünden iyi, yarın da bugünden iyi olmalıdır düşüncesini savunan bir düşünce şeklidir. Burada amaç, en düşük kaynak kullanımı ile en çok çıktıyı almak ve sürekli gelişmektir (1).

Çoğu zaman her iki kavram birbirine karıştırılır. Bazen verimli yönetim için gerekli olan önemli uygulamalar terk edilir. Oysa mühim olan etkin yönetimdir. Etkinlik stratejik bir karardır, sadece mevcut organizasyonu değil aynı zamanda içinde bulunulan pazarı ve pazarın geleceğini de düşünür. Sonuç olarak bir organizasyon öncelikle etkin olmalıdır, etkin olmadan verimlilik için uğraşmak yanlıştır ve organizasyonu başarısızlığa sürükler.

Strateji ve Stratejik Yönetim:

Strateji bir kurumun güttüğü siyasete uygun olarak seçtiği hedeflere ulaşmak üzere aldığı her alandaki kararlar ve her türlü aracın kullanılması olarak ifade edilmektedir (2). Bu kararlar; sonuca odaklı, uzun dönemli ve dinamiktir (3). Strateji; yeniliği, ilerlemeyi, yöneticinin sürekli olarak çevreye uyumunu veya çevre ile karşılıklı ilişki içinde olmasını sağlayarak, ortaya çıkan değişiklikleri denetim altında tutan bir yönetim aracıdır (4).

Stratejik yönetim ise, stratejilerin planlanması için gerekli araştırma, inceleme, değerlendirme ile, bu stratejilerin uygulanabilmesi için örgüt içi her türlü tedbirin alınarak yürürlüğe konulmasını, daha sonra da stratejilerin uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra kontrol edilmesini kapsayan ve işletmenin üst düzey kadrolarının faaliyetlerini ilgilendiren süreçler toplamıdır (5-6)

*Pelin ÖZMEN Uzmanlık Öğrencisi GATA Askeri Sağlık Hizmetleri AD drpozmen@hotmail.com

**Mehmet ÇETİN Öğretim Üyesi GATA Askeri Sağlık Hizmetleri AD mcetin@gata.edu.tr

Stratejik Yönetimin Özellikleri (7):

Stratejik yönetim, işletmenin geleceğini ilgilendirmesi ve ona bir istikamet belirlemeye çalışması sebebiyle tepe yönetiminin uzun vadedeki amaçları ile ilgilidir bir fonksiyonudur. Stratejik yönetim işletmeyi birbirleriyle etkileşim ve bağımlılık halindeki parçaların oluşturduğu açık ve bir bütün olarak görür. Farklı birimler ve hiyerarşik kademeler arasında koordinasyon sağlar. Alt kademe yöneticilerine rehberlik eder. Stratejik yönetim, işletmenin amaçlarıyla toplumun menfaatlerini birlikte ele alır. Bu açıdan dış çevresine karşı sorumluluk taşır.

Stratejik Yönetim Teknikleri:

-Boston Danışma Grubu'nun Portföy Analizi:

Boston Danışma Grubu (BDG), değişik iş birimlerine sahip işletmelerin bu iş birimlerini göreceli olarak yönetebilmeleri için bir teknik geliştirmiştir. Burada sektörün büyüme hızı ve sahip oldukları pazar gücü göz önüne alınarak analiz yapılmakta hangi iş birimleri için nasıl bir kurumsal strateji geliştirebileceği konusunda kararlar alınmaktadır (8).

-Porter Analizi:

Michael E. Porter, Harvard Business School profesörlerinden ve dünyanın en tanınmış strateji düşünürüdür. Porter, yayınladığı “Rekabet Stratejisi” (Competitive Strategy) adlı kitabı ile stratejik yönetime farklı bir boyut getirmiştir. Porter'ın 1985 yılında geliştirdiği bu model, strateji belirleme sürecinde daha çok pazarın yapısı ve rekabet şartları üzerinde durmaktadır (9). Porter'a göre, bir işletmenin karlılığını etkileyen temelde beş faktör vardır. Bunlar, rekabetin şiddeti (mevcut rakiplerinin gücü), alıcıların gücü, tedarikçilerin gücü, ikame ürünler (ürün veya hizmetin başka bir şekilde verilmesi ihtimali) ve piyasaya yeni girenler. Bu beş güç bir arada hem firmanın karlılığını etkilemekte hem de endüstrinin yapısını oluşturmaktadır.

-Yönlendirici Politika Matrisi (10):

Geçmiş 1970'li yıllara dayanan Yönlendirici Politika Matrisi (YPM); Shell, General Electric ve McKinsey tarafından geliştirilmiştir. Her üç çalışma da benzer esaslara sahip olup, üst yönetimin, değişik iş alanlarında faaliyette bulunan işletmeleri ile ilgili yatırım ve tasfiye kararlarını verebilmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

-7/S Analizi (11):

Strateji oluşturma ve örgüt geliştirmeye yönelik ortaya konulan ilk teorilerden olan McKinsey'in 7/S teorisidir. “In Search of Excellence” isimli kitabı yayınlayarak mükemmellik yaklaşımını kuran Peters ve Waterman adlı düşünürler, yaptıkları araştırmalarda mükemmel firmalardan diğerlerini ayıran yedi örgüt değişkeni olduğuna işaret etmişlerdir. Bu yedi değişken; yapı (structure), strateji (strategy), yönetim stili (style), sistem ve süreçler (systems and procedures), beceriler (skills), paylaşılan değerler (shared values), kurmaylar (staffs), şeklinde ortaya koyulmaktadır. Önemli olan, başarılı ve mükemmel olmak için bu değişkenlerin firmada bulunması ve aralarında da bir dengenin olmasıdır.

SWOT Analizi:

Tüm dünyada rekabetin ve kaynaklardaki kıtlığın artması ve ürün-hayat döneminin kısılması firmaları daha verimli çalışabilmek için strateji geliştirmeye itmiştir. Geliştirilen stratejilerden biri de pazarlama ve üretim kararlarının birbirleri üzerindeki etkilerin birlikte ele alındığı SWOT Analizidir. SWOT Analizi'ni ilk olarak Prof. Heinz Wehrich, San Francisco

Üniversitesi’nde yönetim profesörü iken “LongRangePlanning”de çıkan makalesi ile ortaya atılmıştır (12).

SWOT Analizi (13-14-15-16-17):

SWOT, aşağıdaki İngilizce kelimelerin baş harflerinden oluşturulmuş bir kısaltmadır:

S: Strength (Organizasyonun güçlü/üstün olan yönlerinin tespit edilmesi demektir.)

W:Weaknesses (Organizasyonun güçsüz/zayıf olan yönlerinin tespit edilmesi demektir.)

O: Opportunities (Organizasyonun sahip olduğu fırsatları ifade etmektedir.)

T:Threats (Organizasyonun karşı karşıya bulunduğu tehdit ve tehlikeleri ifade etmektedir.)

İşletmelerin, bilinçli ve sistematik analizler yaparak kaynak ve kabiliyetlerini en iyi şekilde kullanabilmesi ve yeni stratejiler geliştirebilmesi için, her şeyden önce işletmeler, “SWOT Analizi” çalşmasının stratejik önemini benimsemelidir.

Sonuç olarak SWOT Analizi, hem organizasyonun kendi iç durum değerlendirmesine, hem de organizasyon dışındaki pazar yapısının ve rakiplerin durumunun analiz edilmesine imkân sağlar.

SWOT Analizine karşı yapılan başlıca eleştirilerden bazıları şunlardır (18):

SWOT analizi fazlasıyla uzun bir liste oluşturmaktadır. Öncelikleri göstermek için ağırlıklar kullanılmamakta buna karşın çapraşık kelimeler ve söz öbekleri kullanılmaktadır.Aynı faktör iki sınıflandırmada yer alabilmektedir (güçlü bir yanın aynı zamanda bir zayıflık olması gibi)Veri veya analizlerle görüşlerin doğruluğunun kanıtlanması zorunluluğu yoktur.

SWOT Analiz Yapılmasına Dair Bir Çalışma Önerisi:

Öncelikle her alanda yapılmış SWOT Analiz çalışmaları okunmalı, sonrasında sağlık alanında yapılmış SWOT Analiz örnekleri incelenmelidir.Bu literatür taramalarının ardından, kurumun iç paydaşlarından yani çalışanlarından kurumun güçlü ve zayıf yanlarını değerlendirmeleri istenmelidir. Ardından kurumun dış paydaşlarına fırsat ve tehditlere yönelik değerlendirme yaptırılmalıdır.

Değerlendirmeler için anketler yapılabileceği gibi, uzman görüşlerinden de fayda sağlanabilir. Benzer pozisyondaki şirketler, kurumlar gezilerek saha gözlem anlamında fikir edinilebilir. Bu şekilde SWOT Analizin bileşenleri kolaylıkla oluşturulabilir.

SWOT Analiz bileşenleri ayrıca tek tek açıklanabilir. Kurum, analiz sonucunda geleceğe yönelik planlarını daha net bir şekilde ortaya koyabilir.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK PLAN VE POLİTİKA VE UYGULAMALARINDA ÇIKIŞ KONUŞMA VE SADAKAT

*F. Şebnem ÖZDEM**

ÖZET

Hirschman (1970) tüketicilerin, sunulan hizmetlerin ve malların performansındaki bozulma ile baş etme yollarının analiz etmiş ve baş edebilme amacıyla çıkış (exit), konuşma (voice), sadakat (loyalty) olan üç yol seçeneğine dayalı teori geliştirmiştir. (Hirschman, 1970)

Çalışmada Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapılanmasında öncelikle çıkış, konuşma ve sadakat seçeneği imkanlarının araştırılması amaçlanmıştır. İkinci olarak ise konuşma mekanizmalarının varlığının ele alınması ve etkin bir konuşma seçeneğinin sağlık kuruluşları ve sağlık kuruluşlarından hizmet alanlar için faydalı olmasına yönelik çalışma önerisi geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla çalışmada Türkiye’de, Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1963-2014 yılları arasında hazırlanan beş yıllık on kalkınma planındaki sağlık hizmetlerinin sunumu ve organizasyonu hakkındaki plan ve politikalar araştırılmıştır. Araştırmanın metodu nitel araştırmadır. Araştırma bulguları dosya ve literatür taraması yöntemi ile elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, çıkış, konuşma, sadakat

*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, sebnemozdem@gmail.com

APPLICATIONS OF HEALTH PLANS AND POLICIES IN TURKEY

SPEAKING OUT AND LOYALTY

ABSTRACT

Hirschman (1970) analyzed the ways consumers cope with degradation of goods and services provided and developed a theory which includes 3 options to cope with those: exit (exit), speech (voice) and loyalty (loyalty) (Hirschman, 1970).

In this study, it is aimed to investigate primarily the exit, voice and loyalty options in structuring the health services in Turkey. Secondly, it is aimed to investigate the existence of the voice mechanisms and to develop working recommendations for creating a voice mechanism which will provide benefits for the health institutions and patients who get health services from those health institutions. To reach these aims, the plans and policies regarding the provision and organization of health services in 10 different five-year development plans made by the State Planning Organization between the years 1963-2014 are investigated. The research method is a qualitative research method. Research findings were reached by file and literature scanning methods.

Keywords: Health, exit, voice, loyalty.

1. Giriş

Hirschman 1970 yılında yayınladığında kitabında tüketicilerin, sunulan hizmetlerin ve malların performansındaki bozulma ile baş etme yollarının analizi etmiş ve baş etme yollarını çıkış (exit), konuşma (voice), loyalty (sadakat) olan üç seçeneğe dayalı teori geliştirmiştir.

Bu teoride temel olarak, tüketiciler açısından kontrol olarak ve onların emrinde olan yolun nihai kaynağının ve tepkiyi sağlayacak mekanizmaların çıkış ve konuşma olduğudur. 'Exit' ile ifade edilen gerçek, tüketicilerin firmayı ya da kurumu terk etmesidir. Hirschman'a göre çıkış ise, müşterinin düşüştüğü bir kurumu terk etmesi ve umut veren bir kuruma daha yüksek kalitede hizmet ve ürünleri için geçmesi eylemidir. Konuşma ise durumu değiştirmek amacıyla mağduriyetlerin ifade edilmesidir. Konuşma, bireysel olarak doğrudan sorumlu yönetime ya da toplu dilekçe, protesto, kamu oyu seferberliği gibi çeşitli eylemlerle yönetimi zorlamak için yapılmaktadır. Üçüncü seçenek olan sadakat, tüketicilerin, sunulan hizmetlerin ve malların performansındaki bozulmanın geçici olduğunu dileyerek şartlar değiştiğinde durumunda düzeleceğini umut ederek, sesini çıkarmayarak, ürün veya hizmeti satın almaya devam etmeleridir. (Hirschman, 1970)

Hirschman'ın çerçevesi, yaygın olarak refah piyasalarının analizinde kullanılan ve bu kullanıcıların çıkış, sadakat, konuşma araçları ile ya da bunların kombinasyonu olan bazı terimler ile sorulara mantıklı cevaplar aranır. (Dowding ve ark., 2000)

Bu çalışmada öncelikle Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılanmasında çıkış, konuşma ve sadakat seçeneğinin imkanlarının araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde 1963 yılından 2014 yılına kadar Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan beş yıllık on kalkınma planındaki sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili plan ve

politikalar araştırılmıştır. Plan ve politikalar çıkış, konuşma ve sadakat seçenekleri ile ele alınmıştır.

2.Kalkınma Plan ve Politikalarının Tarihsel Sürecinde Çıkış Konuşma ve Sadakat Teorilerinin Yeri

1.2.Birinci Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

1963-1967 yılını kapsayan ilk kalkınma planında sağlık hizmetleri ile ilgili yer alan sorunlar ve hedeflerden bazıları şunlardır (DPT, 1963);

Sorunlar ;

- Hizmet sunumunda bölgesel farklar,
- Hizmetten faydalanmada fırsat eşitsizliği,
- Toplum nüfusuna göre sağlık personeli yetersizliği,
- Tıbbi donatım yetersizliği,
- Sağlığa ayrılan bütçenin yeterli olmaması,
- Sağlık programlarının pahalı olduğu ve etkisiz olan hastanecilik sistemi,
- Kişi başına düşen sağlık harcamalarının az olması,

Hedef ve Politikalar;

- Personel yetiştirilmesi,; Köylere kadar yayılan iyi bir sağlık teşkilâtı kurulması çevre sağlık şartlarının düzeltilmesi,
- Halkın sağlık eğitimi,
- Bulaşıcı hastalıklarla savaş ve bunların yok edilmesi,
 - Ana - çocuk sağlığı, ruh sağlığı, sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi, okul sağlığı, nüfus plânlaması, beslenme ve tedavikurumlarının kurulması,

Yukarıda ifade edilen sorunlara yönelik planlar göz önüne alındığında, sağlık hizmetlerinin ilk beş yıllık kalkınma planı döneminde sayıca, imkan ve olanak olarak çok yetersiz olması ve hizmet alanların daha kaliteli hizmet alabileceği bir başka kuruluşun olmaması nedeniyle birinci plan döneminde çıkış seçeneğinin olmadığı ve zorunlu sadakat durumunun olduğu ifade edilebilir (Tablo 1).

Tablo 1: Birinci Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
1-Fırsat Eşitliği Bölgesel farkların giderilmesi Hizmetten eşit yararlanma	Sosyalleştirme programı; kamu sağlayıcısı, Özel teşebbüs teşviki	a) Evde ve ayakta bakım, b) Koruyucu sağlık hizmeti	Genel Sağlık Sigortası	Çıkış yok, Konuşma mekanizması yok Sadakat yok

2.2. İkinci Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

1968-1972 yılını kapsayan ikinci kalkınma planında sağlık hizmetleri ile ilgili şu hedefler ve politikalar yer almaktadır: (DPT, 1968)

- İkinci Beş Yıllık Plan döneminde halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla sağlık standartlarının belirli bir seviyeye ulaştırılmasının sağlanması,

- Toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık veren sosyalleştirme programlarıyla gerçekleştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinden sınırlı sayıda nüfusun yararlanabileceği tedavi edici hekimlik hizmetlerinin, koruyucu hekimlik hizmetlerini tamamlayıcı bir unsur olarak ele alınması, evde ve ayakta tedavilerinin geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin birbiri ile tutarlı bir bütün olarak ve verimli şekilde uygulanabilmesinin sağlanması,
- Özelleşebilen sağlık tesisleri yapmasının teşvik edilmesi,
- Pratisyen hekim ve sağlık ocağı sayısının artırılarak, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde verimliliği artırmak için doktor, yardımcı sağlık personeli oranındaki dengesizliklerin giderilmesidir.

İkinci plan döneminde de birinci plan dönemindeki sorunların devam ediyor olması dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmamış olması, hem sağlık kuruluşları hem de sigortacılık alanında rekabet ortamının olmaması nedeniyle konuşma ve çıkış seçeneğinin olmadığı halkın zorunlu olarak sadakat seçeneğini kullandığı ifade edilebilir. İkinci kalkınma planının sistemi ve seçenekleri Tablo 2 'de gösterilmiştir.

Tablo 2: İkinci Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
1-Hizmete erişim kolaylığı Bölgesel farkların giderilmesi Hizmetten eşit yararlanma	Sosyalleştirme programı; kamu sağlayıcı Özel teşebbüs teşviki	a)Evde ve ayakta bakım b)Koruyucu sağlık hizmeti	Genel Sağlık Sigortası	Çıkış yok, Konuşma mekanizması yok Zorunlu sadakat

2.3.Üçüncü Beş Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

1973-1977 dönemini kapsayan üçüncü kalkınma planında sağlık hizmetleri ile ilgili şu sorunlar, hedefler ve politikalar yer almaktadır: (DPT, 1973)

Sorunlar;

- Sağlık hizmetlerinin, ülkenin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayacak yaygınlık, nitelik ve nicelikte olmaması,
- Sosyalleştirme programı kapsamında kırsal bölgeleri de içine alacak dengeli bir sağlık sisteminin personel yetersizliğinden dolayı gerçekleştirilememesi,
- Çevre sağlığı, ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve toplumun sağlık eğitimi gibi temel sağlık hizmetlerinin gereğince yürütülememesi,
- Yataklı tedavi kurumlarında yatak sayısının illere göre dengesizlik göstermesi,
- Hastane işletmeciliğinin gelişmemiş olması,
- Personel yetersizliği nedeniyle, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması

Hedef ve Politikalar;

- Yaşama şartları iyileştirilmesi ve yaşama düzeyinin yükseltilmesinde kamuca sağlanan en önemli katkılardan biri, tüme yaygınlaştırılmış bir sağlık hizmetinin kamu eliyle gerçekleştirilmesine çalışılması,

- Sağlık ocağı sayısının, yataklı tedavi kurumlarının ve personellerin sayısının artırılması,
- Evde ve ayakta bakımın yaygınlaştırılmasının sağlanmasıdır.

Tablo 3: Üçüncü Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Hizmete erişim kolaylığı Bölgesel farkların giderilmesi Hizmetten eşit yararlanma	Sosyalleştirme programı; kamu sağlayıcı	a)Evde ve ayakta bakım b)Koruyucu sağlık hizmeti	Genel Sağlık Sigortası	Çıkış yok, Konuşma yok, konuşma mekanizması yok Zorunlu sadakat

2.4.Dördüncü Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

1979-1983 dönemini kapsayan dördüncü beş yıllık kalkınma planında yer alan sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar, hedefler ve politikalardan bazıları şunlardır(DPT, 1979);

Sorunlar:

- Yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmetlerin standartların farklı olması ve farklılığın irdelenmemesi,
- Sağlık hizmetlerinden herkesin eşit şekilde yararlanmaması,
- Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi, etken bir istihdam ve ücret politikası, sağlık eğitimi, v.b. sorunların giderilmesi gibi ön koşulların yerine getirilemeyişinin, bu birimlerin işlerliğini engellemesi ve hizmetin sınırlı bir biçimde gelişmesine neden olması,
- Sosyalleştirme programının yavaş işlemesi nedeniyle, koruyucu hekimlik hizmetlerinin yaygınlaştırılmaması ve bu nedenle tedavi edici hizmetlere olan aşırı talebin önlenememesi,
- Yapımı tamamlanan birimlere ilaç, sağlık malzemesi araç ve gerecin verilmesindeki aksamalar, özellikle personel sağlanmasında karşılaşılan güçlüklerin giderilememesi,
- Sağlık hizmetlerinin gelişmesinde, özellikle geri kalmış yörelere personelsağlanmasında karşılaşılan güçlüklerin olması,

Hedef ve Politikalar;

- Sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ve yere ulaştırılarak toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi,
- Tek elden yönetim uygulamasına geçilmesi sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanın sağlanması, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vesağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimlerinin devlet tarafından karşılanması,
- Değişik birimlerde bağımsız olarak yürütülen koruyucu hizmetlerin tümünün, sosyalleştirme programı içinde bütünleştirilmesi,
- Koruyucu hekimlik hizmetlerinin, uygulamadaki aksaklıklarının giderilmesine herkesin yararlanacağı düzeye ulaştırılması,
- Çevre sağlığı hizmetlerinde etkinliği sağlamak amacıyla merkezi yönetiminkendi içinde ve yerel yönetimle uyumlu çalışabilmesi ve halkın bu konudaki eğitimine ağırlık verilmesi,

- Devletin ilaçlar üzerindeki denetimi,
- Teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçlerin alınması, kullanılması ve sağlıksistemi içinde yaygınlaştırılması aşamalarında, benzeri kuruluşlar arasında eşgüdümüne sağlayacak standartlaşmaya gidilmesi,

Dördüncü plan dönemindeki hedef , sistem ve seçenekler Tablo 4’de özetlenmiştir.

Tablo 4: Dördüncü Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Hizmete erişim kolaylığı Bölgesel farkların giderilmesi Hizmetten eşit yararlanma Hizmet standartları farklarının giderilmesi	Sosyalleştirm e programı; kamu sağlayıcı	a)Evde ve ayakta bakım b)Koruyucu sağlık hizmeti c)Halkın bilinçlendirilmesine yönelik eğitim	Genel Sağlık Sigortası	Aile hekimliğinde tedavi edici hizmetlere doğru çıkış, Konuşma mekanizması yok Zorunlu sadakat

2.5.Beşinci Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

Beşinci kalkınma planı döneminin hedef ve politikalarından bazıları şunlardır (DPT, 1985);

- Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların faydalanmasının sağlanması,
- Genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ulaştırılarak halkın beden ve ruh sağlığının korunması,
- Sağlık hizmetlerinin etkili, güvenilir, kolay erişilebilir, formaliteden uzak bir niteliğe kavuşturulması ve ülkede dengeli bir şekilde yaygınlaştırılması,
- Yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanımının sağlanması,
- Çocuk ölümlerinin azaltılması için ilgili kuruluşların katıldığı yüksek seviyeli bir kurul kurulması,
- Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatakkapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşaa edilmesinin önlenmesi,
- Büyük şehirlere hasta akımının önlenmesi
- Hizmet üretiminde temel faktör olan ve bütün sağlık hizmetlerinde her kademe ihtiyacı duyulan insan gücünün yeterli, sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi,
- Özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi
- Sağlık sigortasına geçişin ele alınması,

Yukarıdaki hedef ve politikalara göre, beşinci kalkınma planı döneminde farklı şehirlerden hizmet alınmasının engellenmesine ve tedavi edici hastanelerdeki yığılmaların engellenmesi için aile hekimliğinden tedavi edici hizmetlere doğru bir sistemin oluşturulmasının hedeflenmesi ve özel sektörün teşvik edilmesi ile dördüncü plan döneminde başlayan çıkış mekanizmasının beşinci plan döneminde de devam ettiği ifade edilebilir (Tablo 5).

Tablo 5: Beşinci Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Hizmete erişim kolaylığı, Bölgesel farkların giderilmesi, Hizmetten eşit yararlanma, Hizmet standartları farklarının giderilmesi, Hizmet verimliliğinin ve performansının artırılması, Hastane işletmeciliğine geçiş	Sosyalleştirme programı; kamu sağlayıcı, Özel sektör sağlayıcı	a)Evde ve ayakta bakım, b)Koruyucu sağlık hizmeti, c)Halkın bilinçlendirilmesine yönelik eğitim, d)Tedavi edici hizmetlerin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması	Genel Sağlık Sigortası Bağkur Emekli Sandığı Özel sağlık sigortası, Ücretli sistem	Aile hekimliğinde tedavi edici hizmetlere doğru çıkış, Kamu hizmet sağlayıcılarından özel hizmet sağlayıcılarına çıkabilme, Konuşma mekanizması yok Zorunlu sadakat

2.6. Altıncı Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

Altıncı Plan döneminde yer alan hedef ve politikalardan bazıları şunlardır (DPT, 1990);

- Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyonun sağlanması,
- Birinci basamak sağlık hizmet birimlerinin güçlendirilmesi hasta sevk sisteminin kurulması, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Özürlüler, yaşlılar ve akıl hastalarına yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, mevcut hizmetlerin kapasitesinin artırılması,
- Sağlık alanında sağlık ekonomisi dahil olmak üzere etkin bir insan gücü planlamasının yapılması,
- Sağlık personelinin ve sağlık alt yapısının yurt düzeyinde dengeli dağılımının sağlanması,
- Sağlık alanında bilimsel araştırma faaliyetleri ile gelişme gösteren yeni tıpdalları ve modern tıp teknolojisinin izlenmesi için gerekli desteklerin sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi, özel kesimden de gerekli teşviklerin sağlanmasına devam edilmesi,
- Bakım ve onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için sağlık kuruluşlarındaki biyomedikal mühendislik hizmetlerinin etkinleştirilmesi,

Tablo 6: Altıncı Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Modern hastane işletmeciliği Dengeli personel dağılımı Pratisyen hekimlik sistemi, Sağlık projelerinin geliştirilmesi,	Sosyalleştirme programı; kamu sağlayıcı, Özel sektör sağlayıcı	a)Pratisyen hekimlik sistemi, b)Koruyucu sağlık hizmeti, c)Halkın bilinçlendirilmesine yönelik eğitim, d)Tedavi edici hizmetlerin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması	Genel Sağlık Sigortası, Bağkur, Emekli Sandığı, Özel sağlık sigortası, Ücretli sistem	Aile hekimliğinde tedavi edici hizmetlere doğru çıkış, Kamu hizmet sağlayıcılarından özel hizmet sağlayıcılarına çıkabilme, Konuşma mekanizması yok Zorunlu sadakat

Altıncı plan döneminde sağlık hizmetlerinin daha da yaygınlaşmış olması, özel sektöre teşvik verilmesi ile özel sağlık hizmetinin daha da yaygınlaşması çıkış olanağının olduğu, yönetsel yapılanmada ve hastane işletmeciliğinin verimliliğin ele alınması nitelikli hizmet farkındalığının olduğunu düşündürmekte ve konuşma seçeneği ve sadakat eylemi için bir ortam oluştuğu ifade edilebilir.

2.7. Yedinci Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

Yedinci kalkınma planında belirlenen sorunlar, hedef ve politikalarından bazıları şunlardır (DPT,1996);

Sorunlar;

- Sağlık hizmetlerinin ve insan gücünün dengeli dağılımının sağlanamamış olması,
- Hastanelerin çağdaş işletmecilik esasına göre yönetilmemesi
- Etkili bir hasta sevk sisteminin kurulamamış olması
- Sağlık sektöründe beşeri kaynakların etkili kullanılamamış, çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarının tam olarak belirlenmemiş olması,
- Sağlık sigortasının bütün nüfusu kapsayacak şekilde genişletilememiş ve mevcutsigorta uygulamaları arasında norm ve standart birliğinin sağlanamamış olmasıdır.

Hedefler ve Politikalar;

- Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılmasının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerini sunan kamu kuruluşlarının yatırımlarının tüm bireylere hizmeti ulaştıracak şekilde yapılandırılması,
- Aile hekimliği sisteminin oluşturulması,
- Sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılarak, hizmetinsunulmasında yerel yönetimlerin rolünün artırılması,
- Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı sağlaması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yönelmesi
- Bütün hizmet birimlerini kapsayan hasta sevk sisteminin kurulması, bireye hekim ve hastane seçme hakkının verilmesi,
- Daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması ve çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri,
- Sağlık teknolojisi kullanımında kalite güvencesi programlarının uygulanması,

Bu dönemde hekim ve hastane seçme olanağı ve halkın sağlık hizmetlerinin sunumuna katkı ve katılımının sağlanması olanakları ile konuşma, çıkış ve sadakat seçeneklerinin gündeme geldiği ve kaliteli hizmet sunumuna yönelik olarak hem halkın hem de hizmet sağlayıcılarının farkındalıklarının olduğu ve dolayısıyla Hirschman'ın teorilerinin kısmen de olsa yansımaları görebileceğimiz bir sağlık hizmeti piyasasından bahsedilebilir (Tablo 7).

Tablo 7: Yedinci Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Hastane işletmeciliğinde çağdaş yönetim, Aile hekimliği sistemi, Sevk sistemi, Kaliteli ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmış hizmet Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması	Aile hekimliği sistemi, Özerk kamu hastaneleri, Özel sektör sağlayıcı	Sevk Sistemi Kaliteli tedavi edici sağlık hizmetleri, Halkın bilinçlendirilmesi,	Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Ücretli Sistem	Hekim ve hastane seçme ile çıkış mekanizması, Halkın katkı ve katılımı ile konuşma mekanizması, Sadakat

2.8. Sekizinci Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

2001 yılında hazırlanan sekizinci beş yıllık kalkınma planında yer alan sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar, hedef ve politikalardan bazıları şunlardır (DPT, 2001);

Sorunlar;

- Sağlık insan gücünün ve altyapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı, ,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte sunulmasının sağlanamaması,
- Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sisteminin kurulamamış, sigorta kapsamındaki kişilere hekim ve hastane seçme hakkının sağlanamamış olması,
- Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulamaması,
- Sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılması, ihtiyacının devam etmesi,

Hedef ve Politikalar;

- Sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet içinde, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulması,
- Bireylerin ve ailelerin kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme çabalarının ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinin desteklenmesi,
- Sağlık hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılarak, etkin işleyen bir hasta sevk sisteminin geliştirilmesi,
- Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması,
- Özel sektörün ve gönüllü kuruluşlarının sağlık yatırımlarının teşvik edilmesi,

Bu dönemde de hekim ve hastane seçme olanağı ve halkın sağlık hizmetlerinin sunumuna katkı ve katılımının sağlanması olanakları ile konuşma, çıkış ve sadakat seçeneklerinin olduğu ifade edilebilir (Tablo 8).

Tablo 8: Sekizinci Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Hastane işletmeciliğinde çağdaş yönetim, Aile hekimliği sistemi, Sevk sistemi, Kaliteli ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmış hizmet, Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması, Mobil Sağlık Hizmeti, Hasta Hakları mekanizmasının sağlanması	Özerk kamu hastaneleri, Özel sektör sağlayıcı	Sevk Sistemi, Kaliteli tedavi edici sağlık hizmetleri, Halkın bilinçlendirilmesi, Sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması	Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Ücretli Sistem	Hekim ve hastane seçme ile çıkış mekanizması, Halkın katkı ve katılımı ile konuşma mekanizması, Hasta hakları uygulaması ile konuşma mekanizması, Hastanelerin tek çatı altında toplanması ile çıkış eylemi, Sadakat

2.9. Dokuzuncu Kalkınma Planında Sağlık Plan ve Politikaları

2007 yılında hazırlanan dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar ile hedef ve politikalarından bazıları şunlardır (DPT, 2007);

Sorunlar;

- Sekizinci plan döneminde sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı gibi göstergelerde istenen düzeye ulaşılamaması,
- Hekim başına düşen nüfus sayısının AB ortalamasının gerisinde kalmış olması, sağlık hizmetleri sunumunun bölgesel dengesizliğinin devam etmesi,
- Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastanelerin hizmet kalitesini düşürmesi,
- Hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacının belirmesi,

Hedef ve Politikalar;

- Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sisteminin hayata geçirilmesi,
- Sağlık eğitiminin kalitesinin geliştirilmesi,
- Hasta odaklı bir sağlık sisteminin oluşturulması,
- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartların belirlenmesi, sağlık birimlerinin akreditasyonu,
- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edilmesi.

Tablo 9: Dokuzuncu Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Hastane yönetiminin idari ve mali olarak ayrılması ve yönetimde profesyonel yönetim Kaliteli sağlık hizmeti için akreditasyon sistemi Aile hekimliği sistemi, Sevk sistemi, Kaliteli ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmış hizmet, Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımının sağlanması, Mobil Sağlık Hizmeti, Hasta Hakları mekanizmasının sağlanması, Rekabet Ortamı	Özerk kamu hastanesi, Entegre sağlık sistemi, Özel sektör sağlayıcı	Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolü, Sevk Sistemi, Halkın ve çalışanların hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi, Sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması, Kaliteli ve hasta odaklı tedavi edici sağlık hizmetleri, Sağlık personelinin hizmet içi eğitim ile niteliklerinin artırılması	Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Ücretli Sistemi,	Hekim ve hastane seçme ile çıkış mekanizması, Halkın katkı ve katılımı ile konuşma mekanizması, Hasta hakları uygulaması ile konuşma mekanizması, Hastanelerin tek çatı altında toplanması ve rekabet ortamı ile çıkış eylemi, Hasta odaklı hizmet ile sadakat ve konuşma eylemi yolu.

2.10. Onuncu Kalkınma Planında Sağlık Planları ve Politikaları

Onuncu planlı dönemin hedef ve politikalarından bazıları şunlardır (DPT, 2014);

- Sağlıklı hayat tarzının teşvik edilmesi,
- Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımların geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulamasının geliştirilmesi,
- Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesinin sağlanması
- Sağlıkta insan gücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni mesleklerin geliştirilmesinin devam etmesi,

Tablo 10: Onuncu Kalkınma Planında Çıkış, Konuşma, Sadakat Seçenekleri

Hedef	Hizmet Sağlayıcısı	Sistem	Hizmete Erişim Aracı	Çıkış ve Konuşma Mekanizması
Erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunumu, Hasta ve Çalışan güvenliği, Hizmetin uluslararası standartlara göre sunulması	Özerk kamu hastanesi, Entegre sağlık sistemi, Özel sektör sağlayıcı	Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolü, Sevk sistemi	Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Ücretli Sistem	Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasına yönelik uygulamalar, Rekabet ortamı, Hasta hakları, Çalışan hakları, Kaliteli hizmet, Rekabet edilebilir ve sürdürülebilir hizmet ile konuşma, çıkış ve sadakat

Sonuç ve Tartışma

1963 yılından 2014 yılına kadar hedeflenen planlar çok uzun zamanlı ve yavaş olarak gerçekleştirilmiştir. Sağlık piyasası koşullarının ülkede tam olarak oluşmamış olması nedeniyle piyasada sürdürülebilirliğin ve kaliteli hizmet veya ürünün sağlanması için Hirschman'ın (1970) teorilerinin uygulanması için uygun ortamın olmadığı ancak tüketicilerin zorunlu olarak sadakat eyleminde buldukları ifade edilebilir. Yıllar içinde ülkede sağlık alt yapısının gelişmesi ve özel sektörde piyasa koşullarında olmasıyla hasta ve çalışan güvenliğini ve memnuniyetini sağlamaya yönelik faaliyetler ön plana çıkmış ve bununla birlikte çıkış, konuşma ve sadakat seçenekleri için uygun ortam oluşturulmuştur.

İlk sekiz yıllık plan süreçlerinden 2007 yılına kadar sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel sektör sağlayıcıları tarafından tüm ülkede yaygınlaşmış, kamu hastanelerinin yönetiminin tek çatı altında toplanmasıyla ülke genelindeki tüm bireylerin hastane ayrımı yapılmaksızın hizmet almaları sağlanmıştır. Dokuzuncu plan dönemindehalkın ve sağlık personelinin kaliteli hizmet alma konusunda bilinçlenmesinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler ile konuşma mekanizmasının olduğu ifade edilebilir. Sağlık ekonomisi ve sağlık idaresi kademelerinde düzenlemelere geçilmiştir. Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ile birlikte piyasada özel hizmet sağlayıcıları ve kamu hizmet sağlayıcıları arasında rekabet ortamının oluşmasıyla sağlık hizmeti talep edenlerin Hirschman'ın (1970) teorisindeki gibi çıkış, konuşma, sadakat eylemlerinden birini seçerek kaliteli hizmet almayı talep edebileceklerdir. Bu dönemde hasta odaklı hizmet, çalışan ve hasta memnuniyetinin söylemlerinin gündeme gelmiştir. Sağlık kuruluşlarında 2000 yılında toplam kalite yönetimi uygulamalarının da yaygınlaşması ile hasta-müşteri memnuniyeti önem kazanmış ve hastaların görüş, şikayet ve talepleri alınmaya başlanmıştır. Hasta Hakları birimlerinin kurulması ve çalışanların ve hastaların hasta hakları konusunda bilgilendirmesi eylemleri ile konuşma mekanizmalarının olduğu ifade edilebilir.

Yukarıda ifade edilen literatür çalışmaları doğrultusunda, ülkede konuşma eyleminin gerçekleşebilmesi için olması gerekenler şu şekilde özetlenebilir;

- Konuşma yolunun olması,
- Konuşma mekanizması ile konuşma yolu, hakkında tüketicilerin ve hizmet sağlayıcıların yeterli bilgiye sahip olması,
- Konuşma mekanizmasının yasallaştırılmış olması,

- Kaliteli hizmet hakkında hizmet alıcıların yeterli bilgiye sahip olmaları,
- Konuşma mekanizmasının ürün veya hizmet sunumunu bozulmadan aktifleştirileceğinin bilinmesi,
- Hizmet alıcılarının konuşmalarının önemsenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasıdır.

Hizmet kurumlarının temel amacı insanlara sunduğu hizmetten kar elde etmek olduğundan insanların istek, ihtiyaç ve şikayetlerine önem vermeyen kurumların günümüz rekabet koşullarında devamlılığı sürdürmesi oldukça zordur.

Kaynaklar

- 1.HIRCHMAN, Albert O. (1970), *Exit, Voice, and Loyalty*, Harvard University Press,Cambridge, MA.
- 2.DOWDING, Keith, Peter John, Thanos Mergoupis, Mark Van V. (2000), *Exit, Voice and Loyalty: Analytic and Empirical Developments*, *European Journal of Political Research*, 37(4), S. 469-495.
- 3.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), I.Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan1.pdf>, Erişim Tarihi: 02.01.2013
- 4.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), II. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan2.pdf>, Erişim Tarihi: 02.01.2013
- 5.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), III. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan3.pdf>, Erişim Tarihi: 02.01.2013
- 6.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan4.pdf>, Erişim Tarihi: 02.01.2013
- 7.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), V. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan5.pdf>, Erişim Tarihi: 02.01.2013
- 8.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan6.pdf>, Erişim Tarihi: 03.01.2013
- 9.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan7.pdf>, Erişim Tarihi: 03.01.2013
- 10.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan8.pdf>, Erişim Tarihi: 03.01.2013
- 11.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), IX. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan9.pdf>, Erişim Tarihi: 03.01.2013
- 12.DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), X. Beş Yıllık Kalkınma Planı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan10.pdf>, Erişim Tarihi: 05.01.2013

**SAĞLIK KURUMLARINDA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ AÇISINDAN
PERSONEL VERİMLİLİĞİNİN ÖLÇÜLMESİ: SİLA FİZİK TEDAVİ VE
REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN FİZYOTERAPİST VE
FİZYOTERAPİ TEKNİKERLERİNİN İŞ ÖRNEKLEMESİNE DAYALI
VERİMLİLİK ANALİZİ**

Murat AÇIKGÖZ*

A. Çetin YİĞİT**

Ülkü TÜRKUĞUR***

ÖZET

Emek-yoğun bir sektör olan sağlık sektörüne bağlı hastanelerde işgücünün önemi diğer sektörlerle göre daha fazladır. Çünkü işgörenin yapacağı küçük bir hata telafisi mümkün olmayan bir zarara veya hastanın hayatına mal olabilir. Hizmeti alan hasta ile hizmeti sunan işgörenin yoğun bir iletişim içerisinde olduğu bu sektörde, iş doyumunu düşük olan işgörenin kaliteli bir hizmet sunması ve hasta tatminini sağlaması mümkün değildir.

İşletmelerde insana verilen değer artması insan kaynakları bölümünün de önemini artmasına yol açmıştır. Günümüzde insan kaynakları bölümü işletmelerde kilit noktada yer almakta ve en fonksiyonel birim haline gelmiştir. İşletmelerdeki diğer birimler yalnızca kendi bölümlerinin görevleri ile ilgili iken insan kaynakları birimi tüm bölümler ve çalışanlar ile iletişim ve koordinasyon halindedir.

Verimlilik, emek, sermaye veya toprak gibi üretimde kullanılan bir birim girdi başına üretilen mal veya hizmet miktarını ifade etmektedir.

Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan Fizyoterapistlerin verimlilikleri incelendiğinde; 6 Fizyoterapist toplam olarak gözlem süreleri içerisinde 252 (% 100) işlem gerçekleştirmiş oldukları görülmektedir. Bu işlemlerin 237 (% 93,7) 'sini çalışarak, 15 (% 6,3) 'ini de boş ve diğer zaman olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Fizyoterapistlerin bu oranları verimliliklerinin üst düzeyde olduğunu göstermektedir.

Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan Fizyoterapi Teknikerlerinin verimlilikleri incelendiğinde; 12 Fizyoterapi Teknikeri toplam olarak gözlem süreleri içerisinde 462 (% 100) işlem gerçekleştirmiş olduğu görülmektedir. Bu işlemleri 429 (% 92,85) 'unu çalışarak, 33 (% 7,15) 'ini de boş ve diğer zaman olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Fizyoterapi Teknikerlerinin bu oranları da verimliliklerinin üst düzeyde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler:Emek-Yoğun, İnsan Kaynakları Bölümü, Verimlilik, Fizyoterapist, Fizyoterapi Teknikeri.

* Uzm.Sıla Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. , disci66@gmail.com

** Yrd. Doç.Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cyigit2002@yahoo.com

*** Uzm.Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöroloji AD. Bşk. Iğt. , denizkiziuklu@hotmail.com

MEASUREMENT OF EFFICIENCY OF HEALTH INSTITUTIONS IN TERMS OF PERSONNEL AND HUMAN RESOURCES MANAGEMENT: EFFICIENCY ANALYSIS BASED ON JOB SAMPLING OF PHYSICAL THERAPISTS AND PHYSICAL THERAPY TECHNICIANS WORKING IN PHYSICAL THERAPY AND REHABILITATION CENTERS

ABSTRACT

Labor-intensive sector, the health sector hospitals of the importance of the labor force is higher than in other sectors. Because the slightest mistake will employees as an irreparable loss, or the patient may have cost him his life. Service employees as offering the patient is in an intensive communication in this sector, job satisfaction, and patient satisfaction with low to provide personnel 'is not possible to provide a high quality service.

The importance of the increase in the value given to people in business led to an increase in the human resources department. Today, the human resources department is located at the key enterprises and has become the most functional unit. Entities related to the duties of their own department only, while other units of the human resources department is in communication and coordination with all departments and employees.

Productivity, labor, capital, or land that is used as the production refers to the amount of goods or services produced per unit of input.

Sila examined the range of conditions physiotherapists working in physical therapy and rehabilitation centers in efficiency; total observation time in 6 physical therapist 252 (100 %) observed that they usually have. These transactions, working up to 237 (93,7 %), 15 (6,3 %) in the empty and has been found in other time considered subversive. Be aware of purposes, this suggests that the high level of their efficiency ratios.

Scott physical therapy and rehabilitation centers they examined the efficacy of physiotherapy is running; 12 Physiotherapy Technician as observation times in total, 462 (100 %) operation is carried out. These operations work in flour, 429 (92.85 %), 33 (7.15 %) when empty and the other was identified as subversive. Physiotherapy Technicians is at the top level this shows oranlarında their efficiency.

Keywords: *Labor-intensive, the Department of Human Resources, Productivity, Physiotherapist, Physiotherapy Technician.*

1.Giriş

Sağlık kurumları daha iyi hizmet sunabilmek için verimliliklerini arttırmak zorundadır. Verimliliği arttırmanın yolu, kıt kaynakları daha iyi ve akılcı bir şekilde kullanmak ve yönetmekten geçmektedir. Bir başka deyişle kaynaklar, ancak çeşitli planlama teknikleri ile uygun bir biçimde yönetildikleri zaman, verimli bir üretim düzeyine ulaşmak mümkün olmaktadır.

Verimlilik artırma tekniklerinden olan iş analizi, üretimi çok az ya da hiç yatırım gerektirmeksizin arttıran vazgeçilmez bir araçtır. İş analizinin temel amacı, mevcut sistemleri

inceleyerek; gereksiz etkinliklerin kaldırılması, işin en kısa zamanda, en az enerji harcanarak, en düşük maliyetle yapılmasıdır. Bunun yanı sıra işletmede var olan veya oluşabilecek her türlü problemleri tespit etmekte ve bunları çözümlenmekte iş analizi ve tekniklerinden yararlanılmaktadır (Bircan 2005: 1).

İşletmelerdeki diğer birimler yalnızca kendi bölümlerinin görevleri ile ilgili iken insan kaynakları birimi tüm bölümler ve çalışanlar ile iletişim ve koordinasyon halindedir. İnsan kaynaklarının tüm faaliyetleri işletme verimliliğini ve karlılığını doğrudan etkilemektedir. Eskiden işletmelerin personel yöneticilerinden beklentileri personelin seçimi, işten çıkarılması, iş güvenliğinin sağlanması, ücretlerinin ödenmesi gibi dar faaliyetler iken günümüzde insan kaynakları yöneticilerinin faaliyet alanları çok genişlemiştir.

İnsan kaynakları yöneticileri, bir taraftan nitelikli personeli güdüleme araçları ile elde tutmaya çalışırken diğer taraftan da işletme dışındaki nitelikli personeli örgüte çekmeye çalışmakta; bu arada örgüt kültürünün pekiştirilmesi, kariyer ve performans yönetimi faaliyetlerinin eksiksiz yapılması konuları üzerinde durmaktadır (Gümüş 2005:1-2).

1.1. İş Analizi Kavramı

İş analizi çalışmalarıyla işin başarılı bir biçimde yerine getirilebilmesi için gereken minimum uzmanlık, bilgi, yetenek ve sorumluluk belirlenmektedir. Böylece işin ne tür bir ortamda ve hangi koşullar altında yapıldığı ortaya konulmaktadır (Harvey: 1996: 68).

İşletmelerde iş analizinden birçok alanda yararlanılmaktadır. İş analizi, bir işin ne olduğu, ne şekilde gerçekleştirildiği ve o işin yerine getirilmesi için hangi ustalık, bilgi ve yeteneklerin gerektiğini araştıran bir tekniktir (Tokol: 2000: 276).

İş analizi faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olan iş gerekleri ve insan özellikleri hakkında bilgiler sağlanmalıdır(Tengilimoğlu: 2012:311).

1.2. İş Analizin Amacı

İş analizinin temel amacı gerçekleştirilen iş hakkında bilgi vermektir. İş analizi, İnsan Kaynakları(İK) planlaması, başvuruları toplama ve personel seçimi, eğitim-geliştirme, performans değerlendirme ve diğer temel İnsan Kaynakları Yönetimi(İKY) faaliyetlerini başarı ile yürütebilmek için ihtiyaç duyulan bilgileri elde etmek amacıyla yapılmaktadır. İş analizi çalışmaları sonucunda geliştirilen iş tanımları, iş gerekleri ve iş standartları olmaksızın temel İKY faaliyetlerini ön görülen şekilde yerine getirmek mümkün değildir (Özgen: 2011: 57).

1.3. Verimlilik

Verimlilik bir ülkenin kalkınmışlık seviyesinin en önemli ölçütlerinden birisidir. Ülkede yapılan üretime karşılık tüketilen kaynakları belirlemeye yönelik bir kavram olarak kullanılmaktadır. Değişen sosyo-ekonomik koşullar ve doğal dengeler nedeniyle verimlilik kavramı ekonomik ve örgütsel yeteneklerin yanı sıra doğal yaşamı ve çevreyi korumak, çalışanlara iyi bir yaşam ve çalışma şartları sağlamak, koşulları ve kaynakları en akılcı bir biçimde kullanmak gibi bazı özellikleri de tanımlamaktadır. (Özdamar: 1988: 2).

Verimlilik bakış açısı ve öğrenimin dallarına göre farklı şekilde tanımlanmıştır. (Ramsay 2008: 17):

- * **İktisatçıların Görüşü:** Çıktı ve bunu üretmek için kullanılan girdiler arasındaki ilişkidir.
- * **Mühendislerin Görüşü:** Makinenin etkin çalışmasıdır.
- * **Muhasebecilerin Görüşü:** Finansal rasyolar ve finansal tabloların analizi yoluyla işletmelerin performansınıdır.
- * **Psikologların Görüşü:** Kar, işe devamsızlık, motivasyon, moral, kontrol vb. konularıyla ilgilidir.
- * **Yöneticilerin Görüşü:** Kalite, miktar, tatmin, hükümet politikaları vs. konuları ile ilgilidir.

Verimliliğin farklı tanımlamaları karşısında birçok araştırmacı ortak bir tanımlamaya gitmiştir. Bu tanıma göre ise verimlilik, mümkün olan en düşük kaynak harcaması ile en yüksek sonuca ulaşmaktır.

Daha geniş kapsamlı tanıma göre verimlilik, doğru olan işleri, doğru biçimde ve ekonomik bir çalışma ile gerçekleştirmeyi hedefleyen akılcı bir yaşam biçimidir

1.3.1. Verimlilik Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Literatürde ilk defa Georgeus Agricola (1494–1555) *De Re Metallica* adlı eserinde madenin yer altından çıkarılma yöntemleri ve *produktivite* kelimesini kullanarak üretimi arttıran etmenler üzerinde durmuştur. 18. yüzyılda serbest ticareti savunan fizyokratların çalışmaları verimlilik kavramını ön plana çıkarmaya başlamıştır. Fizyokratlardan François Quesnay (1694–1774) ilk kez *üretim tarzının* verimliliğe olan etkisini ortaya koymuştur. Adam Smith *Ulusların Zenginliği* adlı eserinde işgücündeki ilerlemenin işbölümü ile sağlanacağını vurgulamıştır (Tokta 2002: 12).

19. yüzyıla girilmesi ile birlikte teknolojiye gelişmeler, üretimde de arttırmıştır. Bu dönemde Karl Marx (1819–1883) sermayeyi değişmeyen ve değişen sermaye olarak sınıflandırmış ve değişen sermayenin işgücü olduğunu belirtmiştir. Marx, emek verimliliğinin artması ile emek fiyatının düşebileceğini ve bunun da sermaye mallarında artışlara yol açacağını, bu durumda uzun vadede sınıf çatışmalarına sebep olacağını ifade etmiştir (Kök 2003: 31).

20. yüzyıl başlarında üretimde işgücünün bilimsel verilere uygun olarak geliştirilmesi, işgücünün verimlilik değerlerinin ortaya konulması konularında gelişmeler yaşanmıştır. Amerikalı mühendis Frederick Winslow Taylor, işgücü verimliliği üzerinde çalışmalar yapmıştır. Bu amaçla en verimli çalışma tarzını bulmak için uygulamalar yapmış, işleri standartlaştırmış ve *birim zamanda birim iş* ifadesini yeniden tanımlamıştır (Tokta 2002: 24).

Verimliliğin bilimsel tanımı OECD'nin 1950 yılında yayınladığı *Terminologie De La Productivite* adlı kitapta verimlilik, hâsılanın üretim faktörlerinden herhangi birine olan oranıdır ifadesiyle tanımlanmıştır (Kök, 2003: 31).

Verimlilik, kaliteli mal ve hizmet üretim ve dağıtımı için, yaratıcı düşünce, araştırma-geliştirme ve olanaklı olan tüm iyileştirme teknikleri ve yaklaşımları kullanılarak, elde edilebilir tüm kaynakların optimum kullanımı, bilinen en iyi kaynakların araştırılması ve yenilerinin üretilmesidir (Ramsey 2008: 18).

Verimlilik, bir üretim ya da hizmet sisteminin ürettiği çıktı ile bu çıktıyı yaratmak için kullanılan girdi arasındaki ilişkidir (Prokopenko 2003: 19).

1.3.2. Verimliliği Etkileyen Faktörler

* **Fiziki Faktörler;**Gürültü, Titreşim, Aydınlatma olarak,

* **Psiko-Sosyal Faktörler;**İletişim, İş Rotasyonu, İşgören Eğitimi, Motivasyon olarak sıralanabilir.

1.3.3. Verimlilik ve İnsan Faktörü

Örgütlerin verimliliği, fiziksel ve parasal üretim kaynakları kadar insankaynağına önem vermek ve onun yeteneklerinden optimal biçimde yararlanmakla dasağlanır. Çünkü bir üretim sisteminin başarıya ulaşmasında en etkili öge insan kaynağıdır. Bir sistemin verimli olarak çalışabilmesi için aşağıdaki hususların uyumunun maksimum düzeyde sağlanması gerekmektedir (Kaya 2008: 8-9).

Bu hususlar;

- ❖ Çalışma yerinin düzeni,
- ❖ İş güvenliği ve meslek hastalıkları açısından sistemin tasarımı,
- ❖ İş sisteminin amacı gerçekleştirme derecesi,
- ❖ Çevre koşulları,
- ❖ Çalışma araçlarının konumu,
- ❖ İş organizasyonu,
- ❖ Sistem amacına göre insanın yetiştirme derecesi 'dir.

Personel verimliliğini artırma yöntemleri ise;

- Karar
- Verme Ölçme
- Planlama
- İletişim
- Motivasyon
- Koordinasyon
- Kontrol (Denetim) dir.

2. Araştırma

2.1. Araştırmanın Konusu

Bu çalışmada; Ankara ilinde Özel Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerlerinin iş örneklemesine dayalı verimlilik analizi ve verimliliği etkileyen faktörler araştırmanın temel konusunu oluşturmaktadır.

2.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli uzmanlık gerektiren bir görev yürütmektedir. Ayrıca temininde zorluk yaşanan personel arasında yer almaktadır. Bu nedenle personelin günlük mesaisini hangi işlere ve süreçlere ayırdığı önem kazanmaktadır. Personelin kontrol dışı iş süreçlerinde çalışması verimsizliği beraberinde getirmektedir. Bunların tespit edilmesi önemli bir husustur.

2.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Özel Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde görev yapan Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerlerin verimliliklerinin ölçülmesi amacı ile yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Ankara ilinde bulunan Özel Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama aşaması, 19 Mart – 26 Mart 2013 tarihleri arasında (7 iş günü) gerçekleştirilmiştir.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada Özel Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerleri araştırma kapsamına alınmıştır.

2.6. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma Ankara ilinde konuşlu Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde görevli 6 Fizyoterapist ve 12 Fizyoterapi Teknikerini kapsamaktadır. Evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır.

2.7. Araştırmada Kullanılan Ölçek Veri Analizi Yöntemi

Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde görevli Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerleri, günün rastgele zaman aralıklarında gözlemlenerek ne tür faaliyet yaptıkları tespit edilmiştir. Ayrıca bu merkezdeki yönetici ve personele görüşme (mülakat) yöntemi uygulanmıştır.

3. Bulgular ve Tartışma

3.1. Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerlerinin Yaptıkları İşler

Bu işler; Üst Ekstremitte Egzersizleri, Alt Ekstremitte Egzersizleri, Ultrason Uygulama İşlemi, Elektroterapi Uygulama İşlemi, Lumbal Traksiyon İşlemi, Cervical Traksiyon İşlemi, Lazer Terapi Uygulama İşlemi, Manüel Tedavi Uygulama İşlemi, Hotpack/Coldpack Uygulama İşlemi, Elektrik Simülasyon İşlemi, İnfraruj Uygulama İşlemi, Hasta Takip İşlemi, Ev Egzersizleri Programı ve Öneriler, Hasta Değerlendirilmesi, Hasta Bekleme, Çay Molası/ Yemek, İzin/ İstirahat ve Dinlenme Molası işleridir.

3.2. Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinin Fiziki Koşulları ve Çalışma Şartları

Merkezlerde toplam 45 tedavi odası bulunmaktadır. Çalışan Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerleri, günde ortalama kişi başına 24 hastaya hizmet vermektedir. Çalışma saatleri dâhilinde 1 saatte kişi başına ortalama 3 hastaya hizmet verilmektedir. Fizyoterapist ve Fizyoterapi Teknikerlerinin yaptıkları görevli ile ilgili olarak genelinin memnun olduğu, çok küçük bir kısmının memnun olmadığı tespit edilmiştir. Memnuniyetsizliğin sebebinin genelde, “çalışma süresinin yoğun olması” olarak gösterilmiştir. Genel olarak personelin verimli çalıştıkları, motivasyonlarının iyi olduğu tespit edilmiştir. Çalışma ortamında diyaloglarının iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Yapılan görüşmelerde çalışma arkadaşları ile uyumlarının ve moral motivasyonlarının iyi olduğu, maddi konularda genelde tatmin oldukları, Fizyoterapistlerin, Fizyoterapi Teknikerlerine her konuda yardımcı oldukları, çalışma koşullarının iyi olduğu, fakat bazı iyileştirmeler yapılması gerektiği, genel olarak çalıştığı merkezde çalışmaktan mutlu oldukları, hastalarla iyi bir diyalog içinde oldukları tespit edilmiştir.

Araştırma bulguları şöyledir:

FİZYOTERAPİST GÖZLEMLERİNİN TOPLAM TABLOSU

İŞ ÇEŞİTLERİ	FİZYOTERAPİSTLER												TOPLAM	
	1		2		3		4		5		6		SAYI	%
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%		
Üst Ekstremitte Egzersizleri	6	16,2	6	16,2	5	13,5	8	21,7	7	18,9	5	13,5	37	**100
Alt Ekstremitte Egzersizleri	2	7,2	6	21,4	6	21,4	6	21,4	6	21,4	2	7,2	28	100
Elektroterapi Uygulama İşlemi	4	25	4	25	6	37,5	2	12,5	-	-	-	-	16	100
Lumbal Traksiyon İşlemi	2	7,7	6	23,1	5	19,3	5	19,3	4	15,3	4	15,3	26	100
Cervical Traksiyon İşlemi	2	9,1	2	9,1	4	18,2	4	18,2	4	18,2	6	27,2	22	100
Lazer Terapi Uygulama İşlemi	4	57,1	-	-	-	-	1	14,3	1	14,3	1	14,3	7	100
Manüel Tedavi Uygulaması	8	44,5	-	-	-	-	1	5,5	3	16,6	6	33,4	18	100
Hasta Takip İşlemi	2	11,8	2	11,8	4	23,6	4	23,6	4	23,6	1	5,9	17	100
Hasta Bekleme	1	20	2	40	1	20	-	-	-	-	1	20	5	100
Ev Egzersizleri ve Öneriler	4	12,5	7	21,9	4	12,5	5	15,6	7	21,9	5	15,6	32	100
Elektrik Simülasyon İşlemi	1	5	1	5	3	15	-	-	6	30	9	45	20	100
Hasta Değerlendirilmesi	4	44,5	2	22,2	1	11,1	1	11,1	-	-	1	11,1	9	100
TOPLAM	40	95,2	38	90,4	39	92,8	37	88,1	42	100	41	97,6	237	93,7
BOŞ VE DİĞER ZAMAN SÜRELERİ														
Çay Molası/ Yemek	2	18,2	4	36,4	2	18,2	2	18,2	-	-	1	9	11	100
İzin/ İstirahat	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1	100
Dinlenme Molası	-	-	-	-	1	33,3	2	66,6	-	-	-	-	3	100
TOPLAM	2	4,8	4	9,6	3	7,2	5	11,9	-	-	1	2,4	15	6,3
GENEL TOPLAM	42	*100	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100	252	100

Tablo- 1: Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Fizyoterapist Gözlemlerinin

Toplam Tablosu

NOT: (*) Sütun yüzdesidir. (**) Satır yüzdesidir.

Tablo-1 incelendiğinde; Fizyoterapistler en çok 37 işlem ile üst ekstremitte egzersizleri yaptırdıkları görülmektedir. Bu işlemi sırasıyla; 32 işlem ile ev egzersizleri ve öneriler, 28 işlem ile alt ekstremitte egzersizleri, 26 işlem ile lumbal traksiyon işlemi izlemektedir. Bunu diğer işlemler sırasıyla takip etmektedir.

Gözlemler süresince 5 numaralı Fizyoterapist 'in 42 (% 100) işlem ile zamanını iş verimliliği açısından en iyi kullanan personel olduğu gözlemlenmiştir. Bunu sırasıyla, 6 numaralı Fizyoterapist 41 (% 97,6) işlem ve 1 (% 2,4) boş ve diğer zaman süresi ile 1 numaralı Fizyoterapist 40 (% 95,2) işlem ve 2 (% 4,8) boş ve diğer zaman süresi ile izlemektedir. Bunun yanı sıra 4 numaralı Fizyoterapist 37 (% 88,1) işlem ve 5 (% 11,9) boş ve diğer zaman süresi kullanarak gözlem süresince en verimsiz çalışan personel olduğu gözlemlenmiştir. Fizyoterapistler, çalışma süreleri içerisinde kişi başına ortalama olarak 37-42 işlem arasında işlem gerçekleştirmişlerdir. Boş ve diğer zaman süreleri ise 1-5 işlem arasında kalmıştır.

Yapılan gözlem süresince 6 Fizyoterapist toplam olarak 252 (% 100) işlem gerçekleştirmişlerdir. Bu işlemlerin, 237 (% 93,7) adedi tedavi işlemi, 15 (% 6,3) adedi ise boş ve diğer zaman süresi olarak tespit edilmiştir. Bu oranların yüksek bir verimlilik oranı olduğu, kamu sektöründe bu verimlilik oranına ulaşamadığı görülmektedir.

Fizyoterapistlerin ve Fizyoterapi Teknikerlerinin boş ve diğer zaman sürelerinin birbirine çok yakın olduğu, başka bir deyişle her iki meslek grubunun % 90'nın üzerinde bir verimlilik oranına sahip olduğu gözlenmektedir. Kamu sağlık kesiminde GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Terzi ve Ütücüler üzerine aynı konuda Yiğit tarafından yapılan bir araştırma sonucunda terzilerin verimlilik oranı % 67, ütücülerin ise % 60 olarak bulunmuştur (Yiğit: 1995:138).

FIZYOTERAPİ TEKNİKLERİ GÖZLEMLERİNİN TOPLAM TABLOSU

İŞ ÇEŞİTLERİ	FIZYOTERAPİ TEKNİKLERİ																								TOPLAM		
	1	2	3	4	5	6	7	**8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	SAYI	%	
Ultrason Uygulama İşlemi	9	8,4	4	3,7	7	6,5	10	9,4	10	9,4	7	6,5	3	2,8	-	-	11	10,3	18	16,8	12	11,2	16	15	107	*100	
Elektrotterapi Uygulama İşlemi	12	9,5	9	7,2	10	8	17	13,5	8	6,3	9	7,2	8	6,3	-	-	17	13,5	17	13,5	13	10,3	6	4,7	126	100	
Hasta Takip İşlemi	4	7	5	8,8	8	14	5	8,8	9	15,9	8	14	8	14	-	-	2	3,5	2	3,5	2	3,5	4	7	57	100	
Hasta Bekleme	3	15	6	30	2	10	1	5	2	10	2	10	2	10	-	-	-	-	1	5	1	5	-	-	20	100	
Hotpack/ Coldpack Uygulaması	11	10,8	8	8	13	12,8	6	6	9	9	11	10,8	9	9	-	-	11	10,8	3	3	7	7	13	12,8	101	100	
Infranj Uygulaması	1	5,5	2	11,1	1	5,5	-	-	2	11,1	2	11,1	2	11,1	-	-	1	5,5	-	-	4	22,2	3	16,9	18	100	
TOPLAM	40	95,2	34	80,9	41	97,6	39	92,8	40	95,2	39	92,8	32	76,2	-	-	42	100	41	97,6	39	92,8	42	100	429	85,3	
BOŞ VE DİĞER ZAMAN SÜRELERİ																											
Çay Molası Yemek	2	7,7	6	23,2	1	3,8	2	7,7	1	3,8	2	7,7	8	30,8	-	-	-	-	1	3,8	3	11,5	-	-	26	100	
İzin/ İstirahat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	100
Dinlenme Molası	-	-	2	28,5	-	-	1	14,3	1	14,3	1	14,3	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	100
TOPLAM	2	4,8	8	19,1	1	2,4	3	7,2	2	4,8	3	7,2	10	23,8	-	-	-	-	1	2,4	3	7,2	-	-	75	14,7	
GENEL TOPLAM	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100	42	100	-	-	42	100	42	100	42	100	42	100	504	100	

Tablo- 2: Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Çalışan Fizyoterapi Teknikerleri Gözlemlerinin Toplam Tablosu

NOT : (*) Satır yüzdesidir.

(**) 8 numaralı Fizyoterapi Teknikeri gözlem boyunca izinli olduğu için değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo-2 incelendiğinde; Fizyoterapi Teknikerleri en çok 126 işlem ile elektrotterapi uygulaması işlemi gerçekleştirmişlerdir. Bu işlemi sırasıyla, 107 işlem ile ultrason uygulaması, 101 işlem ile holdpack/coldpack uygulaması, takip etmektedir. Diğer işlemlerde bu işlemleri sırası ile takip etmektedir. Fizyoterapi Teknikerlerinin gözlemleri sırasında, 9

ve 12 numaralı personeller 42 (% 100) işlem ile zamanını en verimli kullanan kişiler olarak göze çarpmaktadır. Bunu sırasıyla, 41 (% 97,6) işlem ve 1 (% 2,4) boş ve diğer zaman süreleri ile 3 ve 10 numaralı personeller, 40 (% 95,2) işlem ve 2 (% 4,8) boş ve diğer zaman süreleri ile 1 ve 5 numaralı personeller izlemektedir. Bunun yanı sıra 7 numaralı personelde 32 (% 76,2) işlem ve 10 (% 23,8) boş ve diğer zaman süreleri kullanarak gözlem boyunca en verimsiz personel olarak göze çarpmaktadır. Fizyoterapi Teknikerleri, çalışma süreleri içerisinde ortalama 32-42 arasında işlem gerçekleştirmişlerdir. Boş ve diğer zaman süreleri ise, 1-10 işlem arasında kalmıştır. Fizyoterapi Teknikerleri gözlem süresi boyunca toplam 462 (% 100) adet işlem gerçekleştirmişlerdir. Bu işlemlerin 429 (% 92,85) adedi tedavi işlemi, 33 (% 7,15) adedi ise boş ve diğer zamanlar olarak tespit edilmiştir. Bu oranların yüksek bir verimlilik oranı olduğu, kamu sektöründe bu verimlilik oranına ulaşamadığı görülmektedir.

Fizyoterapistlerin ve Fizyoterapi Teknikerlerinin boş ve diğer zaman sürelerinin birbirine çok yakın olduğu, başka bir deyişle her iki meslek grubunun % 90'nın üzerinde bir verimlilik oranına sahip olduğu gözlenmektedir. Kamu sağlık kesiminde GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Terzi ve Ütücüler üzerine aynı konuda Yiğit tarafından yapılan bir araştırma sonucunda terzilerin verimlilik oranı % 67, ütücülerin ise % 60 olarak bulunmuştur (Yiğit: 1995:138).

4. Sonuç ve Öneriler

Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan Fizyoterapistlerin verimlilikleri incelendiğinde; 6 Fizyoterapist toplam olarak gözlem süreleri içerisinde 252 (% 100) işlem gerçekleştirmiş oldukları görülmektedir. Bu işlemlerin 237 (% 93,7)' sini çalışarak, 15 (% 6,3)'ini de boş ve diğer zaman olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Fizyoterapistlerin bu oranları verimliliklerinin üst düzeyde olduğunu göstermektedir. Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan Fizyoterapi Teknikerlerinin verimlilikleri incelendiğinde; 12 Fizyoterapi Teknikeri toplam olarak gözlem süreleri içerisinde 462 (% 100) işlem gerçekleştirmiş olduğu görülmektedir. Bu işlemleri 429 (% 92,85)' unu çalışarak, 33 (% 7,15)'ini de boş ve diğer zaman olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. 8 numaralı Fizyoterapi Teknikeri gözlem boyunca izinli olduğundan genel incelemede değerlendirmeye alınmamıştır. Fizyoterapi Teknikerlerinin bu oranlarda verimliliklerinin üst düzeyde olduğu göstermektedir.

Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çalışan, Fizyoterapistler ve Fizyoterapi Teknikerlerinin zamanlarının çoğunu çalışarak geçirmiş oldukları, iş süreçlerinin iyileştirilmiş olduğu, yöneticilerin personel verimliliğine önem verdikleri görülmektedir. Sonuç olarak; Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde personel verimliliğinin üst düzeyde olduğu gözlenmiştir. Sıla Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde yapılan gözlemlerde hasta potansiyelinin fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışma süreleri yoğun olarak görülmüştür. Bunu rahatlatılmak için tedavi odalarının çoğaltılarak yeni personeller alınması uygun olabilir. Ayrıca Fizik Tedavi cihazlarının da artırılması çözüm yollarından birisi olarak düşünülebilir.

Kaynaklar

- 1.ÖZGEN, Hüseyin, Yalçın, Azmi (2011), *İnsan Kaynakları Yönetimi Stratejik Bir Yaklaşım*, Nobel Kitapevi, Adana.
- 2.TENGİLİMOĞLU, D., O. Işık, M. Akbolat,(2012), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Kitapevi, Geliştirilmiş 4. Baskı, Ankara.
- 3.TOKOL, Tuncer, Zeyyat Sabuncuoğlu,(2000), *İşletme I-II*, Ekin Yayıncılık, Bursa.
- 4.HARVEY, Don, Robert Bruce Bowin, (1996), *Human Resources Management: An Experiential Approach*, New Jersey, Simon Schuster Company.
- 5.KÖK, Recep, Ertuğrul Deliktaş.(2003),*Endüstri İktisadında Verimlilik Ölçme ve Strateji Geliştirme Teknikleri*, Dokuz Eylül Matbaası Yayın No: 25-8/1,s:7-59, İzmir.
- 6.PROKOPENKO, Joseph (2003), *Verimlilik Yönetimi Uygulamalı El Kitabı*, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:476.
- 7.RAMSAY, M.R. , (2008), *İşletme Verimliliği Ölçümü Elkitabı*, Ankara, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları Yayın No:705.
- 8.ÖZDAMAR, S. (1988), *Endüstriyel İlişkiler ve Verimliliğin Önemi*, Türkiye’de Endüstriyel İlişkiler ve Verimlilik Semineri Notları, MPM Yayınları:376, Ankara.
- 9.TOKTA, Yasemin T.(2002), *Geçmişten Günümüze Verimlilik*, MPM Verimlilik Dergisi No:3, s:7-35, Ankara.
- 10.YİĞİT, A.Ç., Endercan Erdoğan (1995), *İstatistiksel İş Örnekleme Tekniği ile Verimlilik Analizi Üzerine Bir Araştırma*, Deniz Tıp Bülteni, Cilt:28, Sayı: 3, Sayfa: 130-140.
- 11.BİRCAN, Hasan (2005),*Sağlık Hizmetlerinde İş Analizinin Etkileri ve Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Uygulaması*, Zonguldak Kara Elmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
- 12.GÜMÜŞ Betül (2005), *İş Analizinin İnsan Kaynakları Yönetimi Açısından Önemi ve Diğer İnsan Kaynakları Fonksiyonları İle Olan İlişkisi*, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- 13.KAYA, S. (2008), Ergonomi ve Çalışanların Verimliliği Üzerine Etkileri, http://www.izto.org.tr/NR/rdonlyres/7475BDA1-95B7-4855-B351-9ADCE4362AFE/10443/ergonomi_sait.pdf, Erişim Tarihi: 22.07.2009

RFM ANKARA DİYALİZ MERKEZİNDE YAPILAN BİR HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN DEĞİŞKEN BİRİM MALİYET ANALİZİ

Murat AÇIKGÖZ*

A.Çetin YİĞİT**

Ülkü TÜRKUĞUR***

ÖZET

Değişken Maliyet Yöntemi, mamul maliyetlerine salt, üretim ve satış hacmi doğrultusunda değişir nitelikteki giderlerin yüklenmesi esasına dayalı bir maliyet yöntemidir. Bu yöntemde tüm değişmez (sabit) nitelikteki giderler, bir maliyet unsuru olarak değil, bir dönem gideri olarak kabul edilir. Giderlerin tümü, üretim ve satış hacmi ile olan ilişkilerine göre değişken ve sabit kısımlarına ayrılır. Bu ayırım, üretim giderlerinin yanı sıra, araştırma ve geliştirme, satış, dağıtım ve genel yönetim giderleri gibi tüm işlevsel giderlere de uygulanabilir.

RFM Ankara diyaliz merkezinde 35 makine ile günlük toplam 210 hastaya hemodiyaliz yapma imkânı mevcuttur. Merkez bünyesinde nefroloji uzmanı gözetiminde hizmet vermektedir.

Bu araştırma bir diyaliz merkezinin hemodiyaliz tedavisinde bir hasta için harcanan değişken birim maliyet hesabının analizi amacı ile yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda; Diyaliz Merkezinde fistül takılı bir hastaya yapılan hemodiyaliz işlemi sonucunda birim değişken maliyetinin bir seans ücretinin 103,13 TL olarak bulunmuştur. Bu maliyetler sırasıyla; 56,50 TL. (% 54,79) değişken ilk madde ve malzeme giderleri, 29,88 TL. (% 28,97) değişken işçilik giderleri, 16,75 TL. (% 16,24) değişken genel üretim giderleri olmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Değişken Maliyet Yönetimi, Değişken Maliyet Sistemi, RFM Ankara Diyaliz Merkezi, Diyaliz Seansı Değişken Maliyeti.*

* Uzm. Sıla Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. , disci66@gmail.com

** Yrd. Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cyigit2002@yahoo.com

*** Uzm. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöroloji A.D. , denizkiziuklu@hotmail.com

RFM ANKARA MADE IN DIALYSIS CENTER UNIT COST ANALYSIS OF A VARIABLE OF HEMODIALYSIS

ABSTRACT

Variable Cost Method, read product costs, will vary according to the volume of production and sales expenses, the installation of nature on the basis of a cost method. All this method does not change (fixed) expenses nature, and not as a cost factor, is considered as a period expense. All expenses, based on the relationship with the volume of production and sales are divided into fixed and variable parts. This distinction, as well as the costs of production, research and development, sales, distribution and operational expenses such as general and administrative expenses also be applied.

RFM Ankara dialysis machine with a 35-day total of 210 hemodialysis patients the ability to make available. Our center provides services under the supervision of nephrology specialist.

This research was spent in a dialysis center hemodialysis treatment for an individual patient analysis was carried out to account the variable unit cost.

As a result of the research; Dialysis Center dialysis fistula as a result of the unit variable cost of a patient attached to a session fee of 103,13 TL. respectively. These costs are respectively 56,50 TL. (54,79%) variable raw materials and supplies costs 29,88 TL. (28,97%) variable labor costs, 16,75 TL. (16,24%) were variable production overheads.

Keywords: *Variable Cost Management, Variable Cost System, RFM Ankara Dialysis Center, Dialysis Session Variable Cost.*

1.Giriş

1.1. Değişken Maliyet Analizi

Değişken Maliyet Yöntemi, mamul maliyetlerine salt, üretim ve satış hacmi doğrultusunda değişir nitelikteki giderlerin yüklenmesi esasına dayalı bir maliyet yöntemidir. Bu yöntemde tüm değişmez (sabit) nitelikteki giderler, bir maliyet unsuru olarak değil, bir dönem gideri olarak kabul edilir. Böylelikle sabit giderler yarı mamul veya mamul stoklarının maliyetleri içinde yer almayıp, doğrudan ilgili dönemin hâsîlatından indirilirler (Altuğ 1996).

Değişken maliyet sistemi literatürde önceleri *direkt maliyet sistemi* adı altında incelenirdi. Bu ifadede ısrar edildiğine seyrek de olsa rastlanabilmektedir. Direkt veya

dolaysız sıfatı, bir maliyet ile bir maliyetlime birimi (mamul, maliyet yeri, proje, imalat partisi gibi) arasındaki ilişkiyi ifade eder. Örneğin; makine amortismanı mamuller açısından direkt maliyet değildir. Çünkü amortismanla mamuller arasında direkt bir ilişki kurulamaz. Bu nedenle de amortisman mamullere doğrudan yüklenemez, ancak dağıtım yaparak yüklenebilir. Söz konusu makine amortismanı, o makineyi kullanan maliyet yeri açısından ise direkt bir maliyettir. Çünkü o maliyet yerine doğrudan yüklenebilmektedir (Bursal vd.1999).

1.1.1. Değişken Maliyet Sisteminin Esasları

Değişken maliyet sisteminin esası mamullere yalnızca değişken maliyetleri yüklemek ve sabit maliyetleri tümüyle dönem gideri sayarak kar ve zarar hesabına devretmektir. Böylece bu sistem bütün maliyetleri maliyet hesaplarına katan tam maliyet sistemlerinden ayrılan bir kısmi maliyet sistemidir.

Değişken maliyet sisteminin tarafları yalnızca pratik güçlüklerin ortadan kalkacağına değinmekle yetinmemekte, fakat sabit maliyetlerin birim maliyetlerine yüklenmesini kuramsal bakımdan hatalı bulmaktadırlar. Bunlara göre bir işletmenin maliyetleri şu üç kademede ortaya çıkabilir.

- * İşletmenin var oluşu,
- * İşletmenin faaliyete hazır olması,
- * İşletmenin fiilen üretimde bulunması,

Bu kademelerden ilki işletme yönetiminin bir kez almış bulunduğu doğru veya yanlış bir kararın kolay değiştirilemeyecek bir sonucudur. Bunun işletmenin az veya çok üretimde bulunmasıyla hiç bir ilgisi olmayacağına göre, buna ait maliyetlerin de mamul maliyetlerine yüklenmesinin anlamı yoktur. İkinci kademeye geçiş de yönetimin kararına bağlıdır ve bu amaçla ek bazı maliyetlere katlanması gerekir. Ancak bunlar da yapıp işletme belirli bir düzeyde üretime hazır hale geldikten sonra belirli bir dönem içinde bunlarda da bir değişiklik söz konusu olamaz. Örneğin; ilk kademede kurulmuş olan binalara ve tesisata ek olarak ikinci kademede faaliyete başlayabilmek için gerekli teknik ve idari personel tedarik edilmiş olabilir. Belirli bir kapasite sınırı içinde, bu cins personelin de üretim miktarlarıyla doğrudan doğruya bir ilişkisi yoktur. Asıl değişken maliyetler üçüncü kademede yani işletmenin fiilen üretime başlamasıyla ortaya çıkar ve faaliyetlerle oranlı olarak azalıp çoğalır. Şu halde, işletme için asıl olumlu olan ve dikkatle takip ve kontrol edilmesi gereken maliyetler bunlardır. İşletmenin başlıca amacı elde edeceği satış hâsılatı ile değişken maliyetler arasındaki farkın mümkün olduğu kadar fazla olmasını sağlamaktır. Katkı (İngilizcede contribution margin, Almancada Deckungsbeitrag) olarak nitelendirilen bu fark modern marjinal tahlillerin temelini oluşturur. İşletme imalat programını düzenlerken, fiyatlarını saptarken ve çeşitli seçenekler arasında tercihi gerektiren kararlar alırken, hep bu katkıyı göz önünde tutmak zorundadır. Şu halde, değişken maliyet sistemi bir maliyet hesabı sistemi olmaktan çok, bir maliyet tahlili ve karar verme aracıdır (Peker 1980).

1.1.2. Değişken Maliyet Yönteminin Özellikleri

Giderlerin tümü, üretim ve satış hacmi ile olan ilişkilerine göre değişken ve sabit kısımlarına ayrılır. Bu ayırım, üretim giderlerinin yanı sıra, araştırma ve geliştirme, satış, dağıtım ve genel yönetim giderleri gibi tüm işlevsel giderlere de uygulanabilir. Bu yöntemde değişken üretim giderlerinin tümü mamullere yüklenir. Satış, dağıtım ve yönetim giderlerinin değişken nitelikteki kısımları da, satış gerçekleştiğinde mamullerle ilişkilendirilirler. Ancak bu giderler mamullerin bünyesine bir maliyet unsuru olarak girmeyip dönem gideri olarak nitelendirilirler. Böylelikle Değişken Maliyet Yönteminde mamul maliyetlerine dolaysız (direkt) madde ve dolaysız işçilik giderleri ile birlikte genel üretim giderlerinin değişken nitelikteki unsurları girmektedir. Sabit üretim giderlerinin, gerçekleştiği dönem içinde yaralarının söz konusu, olduğu ve ileriki dönemler için yaralarını yitirdikleri kabul edilerek, bu giderlerin tümü dönem gideri olarak kabul edilir ve stok maliyetleri içinde yer almazlar.

Değişken Maliyet Yönteminin uygulamasında etkinlik sağlanabilmesi için, kendi özelliklerini belirtecek kayıt ve raporlama sisteminin oluşturulması zorunludur. Kayıt sisteminin, giderlerin sabit ve değişken kısımlara ayrılabilmesi için ön olanakları sağlayıcı şekilde organizasyonu gerekir (Sevgener vd. 1993).

1.1.3. Değişken Maliyet Yönteminin Üstünlükleri

Değişken maliyetleme sistemi planlama, kontrol ve karar verme açısından özellikle tam maliyetleme yöntemiyle karşılaştırıldığında sayısız üstünlükleri taşımaktadır. Bu üstünlükleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

* Maliyet-hacim-kar arasındaki ilişkiler (sabitlik-değişkenlik) normal hesaplarda görüleceğinden gerekli bilgiler, ayrı hesaplamalara gerek kalmadan kolayca elde edilir.

* Değişken maliyetlendirme anlayışının bir sonucu olan katkı payı ve katkı oranlarının hesaplanması planlama, kontrol ve karar verme fonksiyonlarına yardımcı olur.

* Sabit giderlerin ürünün maliyetine katılmaması, aynı zamanda sabit giderlerin stokların maliyetine de katılmaması demektir. Bu sebeple stok değişmelerinden dolayı oluşan önceki dönem stokunun maliyeti; fiyat, gider ve üretim seviyesinin aynı kalması koşuluyla, sonraki dönemin kar ve zararını etkilemez. (Bilen, 1997: 25)

* Ürünün birim maliyeti aynı zamanda ortalama değişken maliyeti olduğundan, üretim hacminde olabilecek değişmelerden birim üretim maliyeti etkilenmez.

* Satışların maliyeti, üretim hacminden ve kapasite kullanım oranından etkilenmeksizin doğrudan satış miktarına göre belirlendiğinden, dönem karı da satışlara bağlı olarak oluşur. Satışlar artınca kar artar, satışlar azalınca kar azalır. (Büyükmirza, 2006:508–509)

* Maliyetlerin sabit ve değişken şeklinde ayrılması, maliyetkontrolünde etkinlik sağlamaktadır.

* Yöntem işletmenin birden fazla mamul üretmesi veya satması durumunda maksimum karı sağlayacak satış karışımının hesaplanmasına yardımcı olabilir. Çünkü

mamullerin katkı payları farklı olduğundan, işletmenin toplam karına etkileri de farklı kullanımı konusunda karar verme gibi işletme kararları katkı payı çözümlenmesine dayanır. Katkı payı olumsuz olan bir mamulün üretimine son verilebilir. Buna karşılık, katkı payı olumlu olan mamulün üretimi sürdürülebilir.

* Yöntem, çeşitli üretim öğelerinin satın alma, kiralama veya işletme içerisinde üretilmesine ilişkin kararlarda yardımcı olur. Bu tür kararlar işletmenin mevcut karını artırıcı şekilde olmalıdır.

* Yöntem, fiyatlandırma kararlarında, rekabet ortamında ve ihalelerde en düşük fiyat düzeyinin belirlenmesinde kullanılabilir (Haftacı, 2005:144).

1.1.4. Değişken Maliyet Yönteminin Eksiklikleri

Değişken maliyetleme sisteminin işletme yönetimine pek çok katkıları yanında bir kısım sakıncalı yönleri de bulunmaktadır. Bu sakıncalar, incelenen dönem ne kadar uzun olursa o kadar açık bir şekilde görülecektir. Değişken maliyetleme sisteminin sakıncalı taraflarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

* Yöntem, giderlerin sabit ve değişken olarak ayrılmasını gerektirir. Giderleri sabit ve değişken olarak ayırmak çoğu kez büyük güçlükler doğurur. Özellikle yarı değişken giderlerin olması sabit ve değişken gider ayırımına subjektiflik kazandırmaktadır. Mutlaka bir ayırımın yapılması zorunluluğu, baştan savma veya hatalı sınıflamalara yol açabilir. Gider ayırımında yapılacak hatalar ise sistemin yarar ve güvenilirliğini azaltmaktadır.

* Üretime katkısı açık olan sabit genel üretim maliyetlerinin de üretim maliyetine katılmaması doğru değildir. Ürün maliyeti, sabit maliyeti de kapsamalıdır ki satış geliri ile o dönemde bu geliri elde etmek için ürüne düşen bütün üretim maliyetleri karşılaştırılmış olsun. Değişken maliyetleme bu muhasebe ilkesini ihmal etmektedir (Bilen, 1997: 50).

* Sürekli olarak marjinal maliyetlerle çalışmak, uzun dönemde mutlaka göz önünde bulundurulması gereken tam maliyet unsurlarının gözden kaçmasına neden olabilir. Bu durum, uzun dönemli planlamalarda hata oranını ve düzeyini önemli ölçüde etkiler. Çünkü değişken maliyet yöntemine göre elde edilen bilgiler, genellikle kısa döneme ilişkindir (Üstün, 1999–210).

* Uzun vadede fiyat saptanmasında sabit giderleri de karşılayacak fiyat için, sabit giderlerin de üretilen mamullerin maliyetine yüklenmesine gerek duyulur.

* Değişken maliyet yönteminde, üretilen mamul maliyetinin diğer yöntemlere nazaran düşük göstermesi, işletmelerin satış fiyatının belirlenmesinde yanılgılara yol açabilir (Haftacı, 2005:144).

* Genel kabul görmüş muhasebe ilkelerine göre finansal tabloların tam maliyet yöntemine göre hazırlanması gerekmektedir. Bu sebeple değişken maliyet yöntemine göre hazırlanmış raporlar iç muhasebede kullanılırken, finansal tabloların sunulmasından önce tam maliyet yöntemine dönüştürülmesi gerekmektedir (Aksu, 2001: 58).

* Stokların değerlendirilmesinde ve satış maliyetinin belirlenmesinde zorluklar yaşanabilir.

* Bilançoda yalnızca değişken maliyetlerle ve düşük değerlerle yer alan mamul stokları, kredi kurumları, ortaklar ve üçüncü kişilerce yanlış yorumlanabilir (Sabaz, 1996: 28).

* Değişken maliyet yöntemi, kar planlaması faaliyetinde, uzun vadeli hedeflerin zararına gelişen bir kısa vadeli yaklaşımın işletme yönetiminde yerleşmesine neden olabilir (Bilen, 1997: 50).

1.1.5. Değişken Maliyet Yönteminin Yararları

*Direkt maliyet yöntemi işletmede kara geçiş noktasının saptanmasında önemli rol oynar.

*İşletmenin satış politikasının saptanmasına yardımcı olur.

*Stok değerlerinde sabit gider olmadığından stoktaki değişimler kar ve zararı etkilemez ve dönem karları satışlarla orantılı olarak fiyat, gider ve üretim seviyesinin aynı kalması koşuluyla değişir.

*Üretim maliyeti ve gelir tabloları hem yöneticilerce kolay anlaşılır hem de karar vermelerine yardımcı olur.

*Direkt maliyetle birlikte uygulanan esnek bütçeli standart maliyetin kontrol işlevi artar

*Direkt maliyet, mamul kombinezonu analizlerinde yardımcı olur.

*Direkt maliyet, işletmenin üretim seviyesinin saptanmasında yardımcıdır.

*Direkt maliyet, işletmede fiyatlandırma politikasında bir araçtır.

*İşletmede yapılacak makine ve teçhizat yenilemesi işi içinde direkt maliyetten yararlanır.

*Bir üretim aracını satın mı alalım, yoksa kiralayalım mı sorusuna yanıt ararken bu yönteme başvurulabilir.

*İşletmenin bir mamul veya hizmeti kendisinin üretmesi mi yoksa satın alması mı karlıdır? Bunun hesabında yöntem yararlı olmaktadır.

*Üretilmekte olan bir mamul veya hizmetin üretimine devam edelim mi yoksa üretime son mu verelim sorusuna da yanıt ararken direkt maliyet yönteminden yararlanılmaktadır (Sevgener vd. 1993).

2.Araştırma Yöntemi

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, bir sağlık işletmesinin veya diyaliz merkezinin hemodiyaliz tedavisinde bir hasta için harcanan değişken birim maliyet hesabının analizi ve işletme yönetimine ne gibi yararlar sağlanabileceği amacı ile yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Kapsamı

RFM Ankara Diyaliz Merkezinin verilerini kapsamaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın bulunduğu evrende bulunan aynı tür firma sayısı bilinmemektedir. Bu nedenle örneklem yapılamamış, verilerine ulaşılan RFM Ankara Diyaliz Merkezi araştırma örnekleme olarak kabul edilmiştir.

2.4. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırma yapılırken, RFM Diyaliz Merkezinin vermiş olduğu bilgilerin tam ve gerçek olduğu varsayılmıştır.

2.5. Araştırmanın Kısıtlıkları

Araştırma ile ilgili herhangi bir kısıtlama yoktur.

2.6. Araştırmada Kullanılan Yöntemler ve Araçlar

Araştırma esnasında; görüşme, gözlem ve belge inceleme yöntemi kullanılmıştır. Şirket sahibi ile hemodiyaliz işlemini gerçekleştiren personelle konu ile ilgili görüşülmüş bilgi alınmış ve mülakat yapılmıştır. Araştırmada kullanılan veriler işlenirken hesap makinesi ve Excel ile çalışma yapılmıştır.

3. Bulgular ve Tartışma

Hemodiyaliz; böbrek yetersizliği nedeniyle vücutta birikmiş olan üre, kreatinin, potasyum, fosfor gibi çeşitli zararlı maddelerin ve suyun, vücut dışında yer alan yarı geçirgen bir membran (zar) yardımıyla, kandan temizlenmesi işlemidir. Aşağıda yapılan tablo çalışmalarında, bilgileri alınan RFM Ankara merkez diyaliz merkezinde gözlem yapılmış, ilgili kişiler ile görüşülmüş ve ilgili yerden veriler alınarak değerlendirme yapılmıştır. Bazı uygulamalar diyaliz merkezleri arasında değişiklik gösterebilmektedir. Bu çalışma *fistül* takılı bir hasta maliyeti üzerinde yapılmıştır. Bir seans ücreti bazı hastaların durum ve tedavilerine göre değişmektedir. Kateter takılı bir hastaya yapılan hemodiyaliz işlemi maliyeti, *fistül* takılı hastaya yapılan işlem maliyetinden yaklaşık olarak 4-5 TL fazla olarak hesaplanmıştır.

Bu işlemlerin yapılması için öncelikle iş süreçleri belirlenmiştir. İş sürecinin belirlenmesinden sonra, hastanın diyaliz merkezine getirilmesi hekim ve yardımcı personelin hazırlanması hemodiyaliz işleminin yapılması hastanın evine bırakılması ve kliniğin yeni hastaya hazırlanması süreçleri belirlenmiştir. Bu süreçler belirlendikten sonra sırasıyla, direkt ilk madde ve malzeme gideri, direkt işçilik gideri ve değişken genel üretim giderleri hesaplanmıştır. Bir hastanın yaklaşık diyaliz seans süresi 240 dakikadır. Yapılan çalışmaya, sabit giderler, amortismanlar vb. harcamalar eklenmemiştir. Sabit giderler, amortismanlar vb. harcamalar bu çalışmaya eklendiğinde maliyet tutarı yükselmektedir.

RFM Diyaliz Merkezinde;

20 hastaya 1 Doktor, 5 hastaya 1 Hemşire, 10 hastaya 1 Diyaliz Teknikeri, 35 Diyaliz Makinesi, Aylık 2500 diyaliz hastası baz alınarak yapılmıştır.



* Laboratuvar, görüntüleme, yemek ve gazete, çarşaf battaniye ve tıbbi atık belediye giderleri için maliyet hesaplanırken; (Maliyetin 1 Aylık Tutarı / Hasta Sayısı = Bir Hastaya Düşen Maliyet) formülü,

* Personel maliyet hesabı için; (Personel Toplam Maaşı / 12000 dk.= Personel Dakika Ücreti x Süre = Bir hastaya düşen personel maliyeti) formülü,

* Su giderleri maliyet hesabı için; (1 m³ Su Fiyatı / 1000 Lt.= 1cc Su Ücreti x Kullanılan Su Miktarı = Bir hastaya düşen su maliyeti) formülü,

* Elektrik giderleri maliyet hesabı için; (Cihazın 1 Saate Tükettiği Waat / 1000 Waat = Cihazın 1 dk. Tüketebileceği Elektrik) (Cihazın 1 dk. Tüketebileceği Elektrik x Elektrik kwh Ücreti / 60 dk.= 1 dk. Harcanan Elektrik Tüketimi x Süre = Bir hastaya düşen elektrik maliyeti) formülü kullanılmıştır.

3.1. Değişken Maliyet İş Analiz Formunun Analizi ve Genel Yorumlar RFM ANKARA DİYALİZ MERKEZİ DEĞİŞKEN MALİYET BELİRLEME İŞ ANALİZ FORMU

K O D	BÖLÜM: TEŞHİS VE TEDAVİ PLANLAMASI
	İŞİN ADI: Hemodiyaliz

İŞİN KISA TANIMI Özel makine ile hemodiyaliz işleminin

S.N O	İŞ ADIMININ TANIMI	DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ					DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ								DEĞİŞKEN GENEL ÜRETİM GİDERLERİ			
		Cinsi	Kullanım		BirimFy t (TL)	Gider Tutarı (TL)	Hekim				Yardımcı Personel				Cinsi	Kullanım		
			Miktar	Cins			Süre	Cinsi	Birim Fyt (TL)	Gider Tutarı (TL)	Süre	Cinsi	Birim Fyt. (TL)	Gider Tutarı (TL)		Miktarı	Cinsi	Birim Fyt. (TL)
1	Hasta Kabulü	Galoş	2	ad.	0,02	0,04					10	dk.	0,09	0,90	Hastanın Merkeze Getirilmesi	5	km.	0,350
2	Hekimin Hazırlanma sı	Maske	1	ad.	0,08	0,08	3	dk.	0,80	2,40					Su Tüketimi	1100	cc.	0,02525
		Eldiven (Nonsteril)	2	ad.	0,07	0,14												
		Kâğıt Havlu	3	par.	0,03	0,09												
		Sıvı Sabun	5	cc.	0,01	0,05												
	Yardımcı Personelin Hazırlanma sı (Hemşire)	Maske	1	ad.	0,08	0,08					3	dk.	0,38	1,14	Su Tüketimi	1100	cc.	0,02525
		Eldiven (Nonsteril)	2	ad.	0,07	0,14												
		Kâğıt Havlu	3	par.	0,03	0,09												
		Sıvı Sabun	5	cc.	0,01	0,05												
	Yardımcı Personelin Hazırlanma sı (Diyaliz Teknikeri)	Maske	1	ad.	0,08	0,08					3	dk.	0,18	0,54	Su Tüketimi	1100	cc.	0,02525
		Eldiven (Nonsteril)	2	ad.	0,07	0,14												
		Kâğıt Havlu	3	par.	0,03	0,09												
		Sıvı Sabun	5	cc.	0,01	0,05												
3	Hemodiyali z İşlemi	Diyalizör	1	ad.	21,45	21,45	12	dk.	0,80	9,60	27	dk.	0,38	10,26	Su Tüketimi	120	lt.	0,02525
		Av Set	1	ad.	5,20	5,20									Cihaz Elektrik Tüketimi	240	dk.	0,0008
		Fistül İğneleri	2	ad.	1,05	2,10									Lab. Giderleri	1	ad.	2,14
		Diyaliz Solüsyonu Asidik	0,5250	cc.	5,19	2,72									Yemek, Gazete Giderleri	1	ad.	6,50
		Diyaliz Solüsyonu Bazik	0,5500	cc.	4,24	2,33									Çamaşır Yıkama Giderleri	1	tk.	0,80
		Heparin	1	ad.	1,00	1,00									Gör. Tet.G.	1	ad.	0,13
		DMA Heparin	0,0250	cc.	33,29	0,83									Tıbbi Atık Belediye Hizmet Bedeli	1	ad.	0,25
3	Hemodiyali z İşlemi Devamı	İlaç(CaCo3)	1	ad.	0,18	0,18					19	dk.	0,18	3,42				
		Serum İzotonik 1000 cc.	1	ad.	2,82	2,82												
		Serum Seti	1	ad.	0,25	0,25												
		Flaster	0,6500	cm.	1,45	0,94												
		Hipofix	0,0070	cm.	6,25	0,05												
		Sargı Bezi	0,7500	cm.	0,55	0,41												
		Galoş	6	ad.	0,02	0,12												
		Eldiven (Nonsteril)	6	ad.	0,07	0,42												
		Alkol	0,0015	cc.	5,75	0,01												
		Tuz	0,0750	gr.	0,40	0,03												
		Tıbbi Atık Poşeti	0,5000	ad.	0,45	0,23												
		Oksijen Tüpü	0,0075	gr.	13,00	0,10												
		Beta Diyaliz	2	ad.	0,22	0,44												
		Medi Set	0,2500	ad.	0,26	0,07												
		Oksijen Maskesi	0,0400	ad.	0,95	0,04												
		Cidex	0,0025	ad.	40,00	0,10												
		Endotoksin Filtre	0,0020	ad.	203,29	0,41												
		Bibag	0,0750	ad.	4,59	0,34												
		Cihaz Dezenfektanı	0,0250	cc.	21,20	0,53												
		Diğer Tıbbi Malzeme ve Dezenfektan	1	ad.	1,58	1,58												
		Enjektör	1	ad.	0,50	0,50												
		Bası Bandı	2	ad.	0,27	0,54												
Cihaz Tamir ve Kalibrasyon Giderleri	1	ad.	4,61	4,61														
4	Hasta Çıkışı									15	dk.	0,09	1,35	Hastanın Evine Bırakılması			5	
5	Cihazın ve Kliniğin Yeni Hastaya Hazırlanma sı	Cihaz Dezenfektanı	0,0250	cc.	21,20	0,53					3	dk.	0,09	0,27	Su Tüketimi			5000
		Alez Disponible	2	ad.	2,25	4,50												
İşçilik Giderleri Toplamı						Topl.			12,00	Topl.		17,88						
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ TOPLAMI						56,50	DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ TOPLAMI						29,88	DEĞİŞKEN GENEL ÜRETİM TOPLAMI				

DEĞİŞKEN MALİYET ÖZETİ	TL	%
Değişken İlk Madde ve Malzeme Giderleri	56,50	54,79

Değişken İşçilik Giderleri	29,88	28,97
Değişken Genel Üretim Giderleri	16,75	16,24
TOPLAM DEĞİŞKEN MALİYET TUTARI	103,13	100

Tablo 1- RFM Ankara Diyaliz Merkezi Değişken Maliyet Belirleme İş Analiz Tablosu

Yapılan hemodiyaliz tedavi işlemi beş ana aşamadan oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla;

- * Hasta Kabulü,
- * Personelin Hazırlanması (Hekim, Hemşire, Diyaliz Teknikeri)
- * Hemodiyaliz İşlemi,
- * Hastanın Çıkışı,
- * Cihaz ve Kliniğin Yeni Hastaya Hazırlanması aşamalarıdır.

Yapılan hemodiyaliz araştırması fistül takılı bir hasta üzerinde yapılmıştır. Bu değişken maliyet giderlerine sabit maliyetler, genel giderler ve amortismanlar gibi giderler eklenmemiştir. Değişken maliyet giderler, Hastaneler veya Diyaliz Merkezleri arasında yapılan uygulama ve kullanılan malzemelere göre değişiklik gösterebilir. Bizim incelediğimiz Diyaliz Merkezinde bu maliyet toplam olarak 103,13 TL. olarak hesaplanmıştır.

4. Sonuç ve Öneriler:

4.1. Sonuç

İleri teknoloji ve pahalı tıbbi cihazların kullanıldığı Diyaliz Merkezlerinde, hemodiyaliz işlemi esnasında otomasyon yoğun bir faaliyet yürütülmektedir. Bu sebeptendir ki, değişken ilk madde ve malzeme giderleri daha fazla maliyeti oluşturmaktadır. Ayrıca, kullanılan önemli tıbbi malzemelerin bazılarının ithal edilmesi de bu kalemin maliyetini arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde teknoloji yoğun birimlerde aynı benzerlikler göstermektedir. Ancak bu teknolojileri kullanacak kalifiye sağlık personelin varlığı göz ardı edilmemelidir.

Yapılan değişken maliyet analizine, sabit giderler, amortismanlar vb. harcamalar eklendiğinde maliyetler daha fazla artmaktadır. Bu konu özellikle Özel Diyaliz Merkezlerinde önemli bir sorun olarak yer almaktadır. Bazen toplam maliyetler SGK tarafından ödenen meblağı bile aşmaktadır.

4.2. Öneriler

Hemodiyaliz işleminde kullanılan ithal malzemeler yurtiçi şartlarında üretilerek maliyet azaltılabilir. Kalifiye sağlık personel yetiştirilmesine önem verilerek bu konuda oluşan maliyet düşürülebilir. Hemodiyaliz işlemi konusunda Devlet tarafından teşvik

politikaları geliştirilebilir. SGK tarafından hemodiyaliz işlemi için Hastane ve Diyaliz Merkezlerine ödenen miktarda gelişen teknoloji ve koşullara göre bir düzenleme yapılabilir.

Kaynakça

1. ALTUĞ Osman (1996), *Maliyet Muhasebesi*, Evrim Kitapevi, İstanbul.
2. BÜYÜKMİRZA, Kamil (2006), *Maliyet ve Yönetim Muhasebesi: Tek Düzene Uygun Bir Sistem Yaklaşımı*, Gazi Kitabevi, Ankara, 2006.
3. HAFTACI, Vasfi (2005), *İşletme Bütçeleri*, Beta Yayınevi, İstanbul.
4. ÜSTÜN, Rıfat (1999), *Yönetim Muhasebesi*, Bilim Teknik Yayınevi, 4. Baskı, Eskişehir.
5. PEKER Alpaslan (1980), *Yönetim Muhasebesi*, İ.Ü. Yayınları, İstanbul.
6. BURSAL Nasuh, Ercan Yücel (1999), *Maliyet Muhasebesi*, Der Yayınları, İstanbul.
7. SEVGENER Sait, Hacırüstemoğlu Rüstem (1993), *Yönetim Muhasebesi*, M.Ü. Nihat Sayar Eğitim Vakfı Yayınları, İstanbul.
8. AKSU, İbrahim (2001), *Değişken Maliyet Yönteminin İşletme Kararlarında Kullanılması*, Yüksek Lisans Tezi, Malatya,
9. BİLEN, Abdülkadir (1997), *Karar Verme Aracı Olarak Değişken Maliyet Sistemi: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama*, Doktora Tezi, Malatya.
10. DEMİRCİ D. (2009), *Değişken Maliyet Sistemleri Yönetim Kararlarına Etkisi ve Şeker Fabrikası Uygulaması*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Muhasebe Finansman Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
11. SABAZ, Burhan (1996), *Eğitim Amaçlı Hastanelerde Planlama, Kontrol ve Bir Karar Aracı Olarak Değişken Maliyetleme: Teori ve Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1996.

SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM VE EŞİTLİK

İbrahim Halil CANKUL*

Abdullah Çetin YİĞİT**

Suat PEKER***

ÖZET

Mümkün olan en yüksek seviyede sağlıklı olmak her insanın temel hakkıdır. Bu hak diğer insan haklarının kullanımı için vazgeçilmez öneme sahiptir. Buna rağmen günümüzde dünyada çok sayıda insan yeterli düzeyde sağlık hizmeti alamamakta ve bu durum “sağlıkta adalet” (healthequity) kavramını güncel bir mesele haline getirmektedir. Bir toplumda, sistematik, sosyal olarak üretilmiş ve haksız sağlık farklılıklarının olması halinde sağlıkta adaletsizlikten bahsedilebilir. Sağlıkta adalet, sağlıkta haksız farklılıkların mevcut olmaması olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile, bir toplumda farklı seviyelerde sosyal avantaj ve/veya dezavantaja sahip sosyal gruplar arasında sağlık ya da sağlığın temel göstergeleri bakımından sistematik farkların olmaması durumudur. Bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayan nedenlerin başında ekonomik engeller gelmektedir. Bunun yanında diğer engeller olarak; coğrafi erişim engelleri, kültürel erişim engelleri ve sağlık hizmetleri sisteminin kalitesizliğinden kaynaklanan engeller sayılabilir.

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinde adalet olgusunu etkileyen alt unsurların neler olduğunu incelemek ve alt kavramların çerçevesini belirlemektir. Ayrıca sağlıkta adalet olgusunun sağlık hizmetleri sistemi içerisindeki önemini göstermek ve toplumsal düzeyde hangi göstergeler ile etkileşim halinde olduğunu irdelemeye çalışmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik, sağlıkta adalet, hakkaniyet

*Doç.Dr.GATA Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Ankara, hicankul@gata.edu.tr

** Yrd.Doç.Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, KKTC, cyigit2002@yahoo.com

***Dr.TSK Ankara Mevki Asker Hastanesi, Ankara,

ACCESS AND EQUALITY TO HEALTH SERVICES

ABSTRACT

The highest possible level of being healthy is the basic right of each person. Although this right cannot be abandoned because of its importance for the use of other rights, today a lot of people from different parts of the World cannot reach the enough level of healthcare service and this fact makes the term of “health equity” a current issue. If there is systematically and socially made unfair health differences in a society, there can be mentioned that there is a health injustice in this society. The definition of health equity is the situation of the absence of unfair health differences. With another expression, the absence of systematic differences from the aspect of health or basic indicators of being healthy for the different levels of social groups with different levels of social advantage and/or disadvantage in a society is the definition of health equity. For individuals, the initial obstacle to reach health care service is Economic struggles. Also, there are other obstacles for reaching healthcare service, for example; geographical arrival obstacles, cultural arrival obstacles and the obstacles which are arise from the poor quality of health care system.

The target of this study is that examine the bottom factors that affect the health equity in health care service and determined the frame of bottom factors. In addition, showing the importance of health equity in health care service and try to investigate which indicators interact with health equity in social level are other targets of this study.

Keywords: Access to health services and equality; equity in healthcare;

1. Giriş

1980’lerden itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkenin, sağlık sistemlerinde önemli reform uygulamalarını hayata geçirdiği görülmektedir. Özellikle, ülkelerin sahip oldukları refah rejimlerinde yaşanan dönüşümlerle paralellik gösteren bu reformların, sürükleyici gücü olarak da neo-liberal politikalarla güçlenen küreselleşme gösterilmektedir (Günaydın,2011:325). Sağlık sektöründe küresel anlamda liberalleşme olgusu, sağlıkta eşitlik kavramının önemini artırmıştır.

Bilindiği gibi adalet, haklılık, doğruluk anlamına gelir. Jean-Jacques Rousseau insanlar arasındaki eşitsizliklerin, teklerin irade güçlerinin birleşerek bir toplum oluşturmalarıyla ortadan kaldırabileceği tezini işler. Toplum sözleşmesi anlayışı, ahlaki normları toplumsal uzlaşmaya dayandırır. Ortak bir irade oluşturma süreci içinde, herkesi bağlayıcı ilkeler ve eylem kuralları belirlenip sözleşmeyle kabul edilir. Bütün hukuksal yapıların amacı hak ve özgürlükleri tanımlamak, eşitlik temelinde toplumu birleştirmektir. Buna rağmen tarih boyunca toplumlarda eşitliğe aykırı uygulamalar ola gelmiştir. İnsanlar eşitsizlikleri yalnız bireysel düzeyde değil, aynı zamanda ait oldukları toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet ve etnik bağlamında tecrübe ederler. Kuşkusuz bunlar arasında belirleyici olan bireyin ait olduğu toplumsal sınıftır. Toplumsal sınıfların sosyoekonomik gruplar halinde hiyerarşik bir düzenle üst üste dizilmelerine toplumsal tabakalaşma denir. Toplumsal eşitsizlik kavramına ilişkin en önemli nokta, toplumsal sınıflar ve katmanlar arasında eğitim, sağlık, barınma, istihdam gibi konulardaki eşitsizliklerin toplumsal katmanların kendi içinde ve katmanlar arasında kendisini göstermesidir (Arabacı,2009:3).

Sağlıkta eşitsizlikler; sağlık mal ve hizmetlerine erişmede yoksunluk, ayrıcalık yapma, fakirlik gibi nedenlerle bağlantılı olabilir ve sağlık eşitsizlikleri değişik sosyal gruplar arasında sağlıkta adaletsiz farklılıkların oluşmasına neden olur (Regidor,2008:2).

2. Sağlıkta Eşitlik

Kuşkusuz “hak” anlayışı bireyler ve toplumlar arasında az-çok farklılıklar gösterebilir. Ancak günümüzde evrensel olarak kabul edilmiş insan hakları vardır ve sağlık hakkı da bunlardan biridir. Her birimiz sağlık bakımından “doğal” olarak farklılıklar taşıyor olmamıza rağmen “sağlıkta eşitlikten” neyi kast etmekteyiz? Sağlıkta eşitliğin konusu doğal farklılıklar değil, aksine “yapay” farklılıklardır. Yapay farklılıklara eşitsizlikler denir ve bunlar sistemattir, toplumsal olarak üretilirler ve haksızdırlar. Bir sağlık olayı veya olgusu toplum içinde “eşit” olarak dağılıyorsa, bir başka deyişle bu olay veya olgu bakımından bireyler arasındaki farklılıklar yalnızca “doğal” nedenlerle sınırlıysa, eşitsizlikten söz edilemez. Söz konusu olay veya olgunun toplum içindeki dağılımı, toplumun belli bir kesimi aleyhine tutarlı bir desen sergiliyorsa, bu sistemattik bir eşitsizliğin göstergesidir ve genellikle farklı sosyo-ekonomik gruplar arasında görülür(Goddard,2001:1151).

Eşitlik, bireylerin kendi sosyal koşulları içerisinde adil olarak tedavi edilmesidir.Diğer bir deyişle, sağlıkta eşitlik herkesin sağlık potansiyelini sonuna kadar kullanabilmesi ve kimsenin sosyal konumu veya sağlığın toplumsal olarak belirlenen diğer etmenleri bakımından dezavantajlı olması nedeniyle sağlığının bozulmamasıdır. Bu konu eşit sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insanlar için sağlık hizmetlerine eşit erişim, eşit ihtiyaç içindeki insanların eşit kullanımı ve eşit sağlık sonuçları yönünden ele alınmaktadır. Birinci durumun sağlanabilmesi için “eşit ihtiyaç duyan insanların sağlık hizmetlerine erişiminde eşit fırsat sahibi olmaları” gerekir. Bu fırsat eşitliği sağlansa bile, ihtiyaç ve fırsat sahibi olanlar fırsatı eşit şartlarda değerlendiremeyebilir ya da sağlık hizmetlerinden bütünüyle faydalanacak kadar iyi bilgilendirilmemiş olabilirler. İkinci durum, farklı tercihlerin yapılması farklı hizmet kullanımlarına götürebilir. Üçüncü durumda ise, hayat tarzında pek çok kısıtlamaya yol açar (Arabacı,2009:5).

3. Erişimde Adalet

Sağlık hizmetlerine erişim, hizmetlerin kullanım maliyetini içeren ekonomik erişim; sağlık hizmetlerine uzaklıkla ilgili olarak fiziksel ve coğrafi erişim ile hizmetlerin kültürel kabul edilebilirliği, ilaç tipi ve sağlık hizmetini sağlayanların kimler olduğuyula ilişkili kültürel erişim maddelerini kapsamaktadır. Erişim, hizmetlerin bedeli ve nüfustan ne kadar uzakta olduğuna bakarak mutlak erişim seviyesini belirlemek için olduğu kadar genellikle sınıf, cinsiyet ve gelir seviyesiyle ifade edilen farklı grupların erişim seviyesini belirlemek için de ölçülür (Herdman,2011:3).

Erişimle ilgili bir sorun, kavramın kabul edilmiş tanımlarının eksikliğidir; böyle olup olmadığı koşullara göre değişir. Örneğin, ABD’de erişim, bir insanın sigortalı olup olmadığı ve sigorta seviyesiyle ilgili bir kavramdır. Pek çok insanın sigortalı olduğu Avrupa’da ise erişim, “belirli bilgi seviyesindeki insanlar tarafından, belirli bir kişisel rahatsızlık ve bedele tabi özel sağlık hizmetlerini alabilme gücüdür”. Arza bağlı erişimde değişkenler uygunluk, kalite, bedel ve bilgiyle ilgilidir (Herdman,2011:3).

Eşit ihtiyaca eşit erişimi etkileyen faktörler arz ve talep çerçevesinde görülebilir. Arzda, sağlık hizmetlerine coğrafi yakınlık açısından ülkeler arasında büyük çapta farklılıklar vardır. Arzın oluşturulmasında, kaynaklar alışılmış yöntemle varlıklı bölgelere doğru değil, bölgelerin nüfus büyüklüğü, yerel işgücü, sermaye giderleri, sağlık ihtiyaçları ve gelirlerine göre dağıtılmalıdır. Arzı belirleyen faktörler; bilgi, bilgiye ulaşım, kültürel inançlar, dolaylı maliyetler ve tercihlerdir(Arabacı,2009:6).

Erişim konusunda diğer önemli bir husus ise toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortaya çıkardığı ve sağlığın en etkili belirleyicilerinden olan cinsiyet-güç ilişkilerinin hesaba katılması gerekliliğidir. Sağlıkta cinsiyet tarafsızlığını iyileştirici faaliyetlerde bulunmak ve kadınların sağlık haklarını iyileştirmek, sağlık adaletsizliğini azaltacak ve sağlık kaynaklarının etkili kullanımını garanti altına alacak en önemli yollardan biridir (Altay,2007:36).

4. Finansmanda Adalet

Hakkaniyetli finansman, her hanehalkının sağlık hizmetleri maliyetlerinden dolayı karşı karşıya bulunduğu riskin hastalık düzeyinden çok ödeme gücüne göre dağıtılması ve toplumdaki herkes için finansal koruma sağlamasıdır. Dolayısıyla bireylerin veya hanehalklarının sağlık amaçlı harcamalarından dolayı yoksullaşmasına veya ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına yol açan bir finansman sistemi hakkaniyetli değildir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında yatay ve dikey adalet dengesi göz önüne alınır (Uğurluoğlu,2008:148).

Sağlık hizmetleri finansmanında yatay hakkaniyet, ödeme gücü aynı olan bireylerin cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer gibi farklılıklarına bakılmaksızın aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasıdır.Birçok sağlık sigorta sistemi üyelerinin bireysel özelliklerinden ziyade, geliri esas alır. Bir işte çalışarak elde edilen gelir ödeme gücünü gösterdiğinden genel olarak hakkaniyetlidir. Ancak bireylerin ve hanehalklarının diğer gelirlerini (örneğin, birden fazla işte çalışılması veya işveren olunması durumunda) dikkate almadığı için birçok durumda ödeme gücünün doğru tespit edilememesine neden olur. Özellikle bir ülkede birden fazla sosyal sağlık sigortası fonu varsa yatay hakkaniyeti sağlamak daha da zorlaşır. Ailesinde hastalık geçmişi olan bir birey daha yüksek prim öderken, ailesinde hiçbir hastalık geçmişi olmayan bireyin daha düşük prim ödemesi yatay eşitsizliktir (Uğurluoğlu,2008:149).

Sağlık hizmetleri finansmanında dikey hakkaniyet, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin veya hanehalklarının sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapması anlamına gelir. Dolayısıyla ödeme gücü daha yüksek olan bireylerin, ödeme gücü daha düşük olan bireylere göre sağlık finansmanına daha fazla katkıda bulduklarında dikey hakkaniyet sağlanır.Vergi adaletinin sağlandığı ve sağlık sisteminin vergilerden finanse edildiği durumlarda dikey adalet temin edilebilir. Özellikle az gelişmiş ülkelerde rastlanan adaletsiz vergi sistemi sağlık finansmanı hakkaniyetini zedeleyebilir. Bu ülkelerde vergi yükü genellikle yoksul ve orta sınıf nüfusta daha ağırdır, buna karşın sağlık hizmetleri genellikle gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler tarafından daha fazla kullanılır.Dikey hakkaniyet, sağlık hizmetleri finansmanında odaklanılan hakkaniyettir. Dikey hakkaniyetsizliğin azaltılması veya ortadan kaldırılması yatay hakkaniyetsizliğe göre daha kolay olduğundan, politika belirleyiciler için daha fazla tercih edilir (Uğurluoğlu,2008:150).

5. Sağlıkta Eşitsizliği İzleme

Bir toplumda sağlık sisteminin sunduğu hizmetlerin ve bu hizmetlerin nüfusun sağlığı üzerinde bıraktığı izlerin takip edilmesi sürecine izleme adı verilir. Genel olarak sağlığın izlenmesi Şekil-1’de gösterildiği gibi döngüsel bir süreçtir.



Şekil.1. Sağlık İzlenmesi Döngüsü

Bu süreç eldeki mevcut soruna uygun göstergelerin belirlenmesiyle başlar, daha sonra bu sağlık göstergeleri hakkında verilerin elde edilmesi görevi ile devam eder. Veriler kanıt, bilgi ve açıklama üretmek üzere analiz edilir. Eldeki soruna bağlı olarak, çok karmaşık istatistik analizler yapılabilir veya nüfusun sağlığı hakkında kapsamlı özet istatistikler olabildiğince basit bir şekilde üretilebilir. Daha sonra analiz sonuçlarının yayınlanması ve raporlanması yapılır. Böylece kullanılan politika hakkında bilgi edinilir. İzlemede kullanılan gösterge ve hedefler sonuçları etkin bir şekilde nakletmeyi garanti etmelidir. Ayrıca hedefler politika, program ve uygulamaları bilgilendirmek için kullanılabilir (Ministry of Health New Zealand, 2002:1).

Sağlık eşitsizliğini izleme nüfus içerisindeki alt grupların sağlık göstergelerinde değişimi ve farklılıkları belirler. Nüfusun alt grupları arasındaki haksız farklılıkları yansıtan, güvenilir göstergeler olması gerekir. Sağlıkta eşitsizliği izlemede kullanmak için seçilen sağlık göstergeleri politika, program ve faaliyetlerdeki değişimlerle düzeltiler. Sağlığı izleme faaliyeti, sağlık sektörü ve sağlığın tüm ölçülebilir yönlerine ait göstergeleri içeren bir yapıda olması istenir. Dünya Sağlık Teşkilatı izleme, değerlendirme ve sağlık göstergelerinin organize yapısını gözden geçirme faaliyetinde önerdiği 4 ögeli yöntem Şekil.2’de verilmiştir.



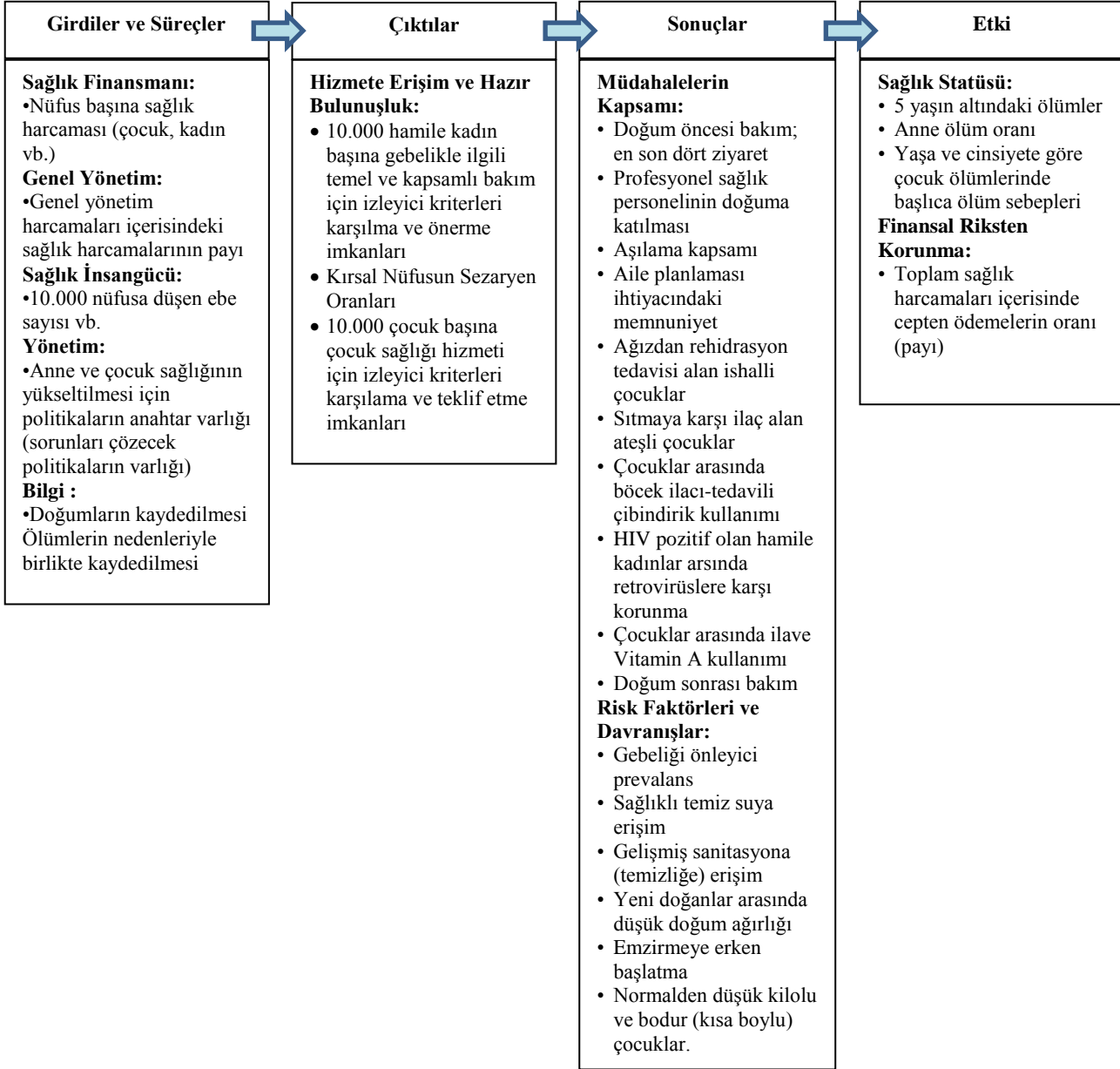
Şekil.2. Ulusal sağlık sektörünü izleyen, değerlendiren ve yapıyı gözden geçiren unsurları (WHO, 2013:3)

Şekil.2’de yer alan her kategorideki göstergeler için izleme, değerlendirme ve yapıyı gözden geçirme süreçleri tanımlanmalıdır. “Girdiler ve süreç” kategorisinin göstergeleri, diğer kategorilerdeki göstergeleri etkileyen genişliktedir. “Çıktılar ve sonuçlar” başlığı altında toplanan göstergeler, oldukça özel sağlık konularında ve sağlık sektöründeki gelişme ve değişmeye çabucak cevap verebilen eğilimdedir. Yavaş bir şekilde politikalara cevap veren “etki” unsurunun göstergeleri nüfusun sağlığının anlık fotoğrafını sağlama açısından önemlidir. İzleme, değerlendirme ve yapıyı gözden geçirme unsurları kullanılan veri tiplerine gevşek bir şekilde bağlı olabilir. Alt ulusal veriler kullanılarak hesaplanan girdiler ve süreç göstergelerinin aksine sonuçlar ve etki kategorisi göstergeleri bireysel veya hanehalkı düzeyinde veriler kullanılarak hesaplanma eğilimi gösterir. Toplam sağlık harcamaları gibi kesin girdiler ve süreç göstergeleri ulusal düzeyde hesaplanır. Sağlık izleme göstergeleri tercih edilirken, sağlık göstergesinin ilgili başlığa uygun olmasına dikkat edilmelidir(WHO,2013:4).

Bazı durumlarda çok geniş bir sağlık göstergeleri paketini seçmek uygun bir hareket tarzı olmayabilir. Belirli hastalıkların veya dar kapsamlı sağlık hizmetlerinin izlenmesinde, girdi ve süreç göstergeleri amaca uygun olabilir. Sıtma gibi tek bir hastalık için izleme, sadece sağlık bakım sisteminin finansman ve yönetimine ait göstergeleri değil aynı zamanda sıtma ile ilişkili periferik (çevresel) tüm sağlık konuları ile ilişkili göstergeleri kapsayabilir. Ayrıca en iyi göstergeler, dış kaynaklardan dayatılardan daha çok ülke tarafından tanımlanmış; ülkenin ihtiyaçlarına uygun, ülkenin kendi otoriteleri tarafından seçilmiş göstergeler olması önerilir. Kadın-Doğum, anne ve çocuk sağlığında performans ve süreç izlemeye uygun sağlık göstergeleri paketi; yapıyı gözden geçirme, değerlendirme ve izleme unsurlarının tümünü yansıtan bir örnek olarak Şekil.3’de verilmiştir (WHO,2013:5).

6. Sağlık Göstergeleri:

Göstergeleri izbirakan ve bileşik göstergeler olarak sınıflayabiliriz. “İz birakan sağlık göstergesi” yaygın bir sağlık konusunu temsil etmek için tercih edilen belirli bir sağlık göstergesidir. Örneğin hastalık hızları gibi. “Bileşik sağlık göstergesi” ise, bu başlığı temsil eden sağlık konusunda bir çok göstergenin birleşmesiyle oluşan bir indekstir. Örneğin beklenen hayat süresi gibi. İz birakan ve bileşik göstergeler; genel sağlık sigortası gibi bir hedefe doğru gelişimi veya verilen bir sağlık hizmeti hakkında sağlık performansını izlemeye kullanılabilir. İz birakan veya bileşik göstergelerin kullanımı bir sağlık sorununda performans veya süreç raporlaması için iyi bir yol olabilir. Ayrıca ilave bir faydası da; ülkeler veya dönemler arasında karşılaştırmaları kolaylaştırmaya yardımcı olabilir. Örneğin, kadın-doğum, anne ve çocuk sağlığı alanında izleme, değerlendirme ve yapıyı gözden geçirmenin aşamalarında bir çok göstergenin takibi gerekir. Aile sağlığı ve çocuk hastalıklarının tedavisi, aşılama, anne bakımı gibi konulardaki faaliyetler bileşik bir göstergeye veri sağlarken; doğumlara profesyonel sağlık personelinin katılması, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının iz birakan bir göstergesi olabilir. “İz birakan göstergeler” anlamayı ve raporlamayı kolaylaştırma avantajına sahiptir. Fakat izlenen basit bir alan için bile daha çok kaynağın tahsis edilmesine yol açabilir. “Birleşik göstergeler” anlaşılması ve raporlanması çok karmaşık olma eğilimindedir. Hedefler belirlenirken göstergelerin durumunda göz önüne alınmalıdır (WHO,2013:6).



Şekil.3. İzleme, değerlendirme ve yapıyı gözden geçirmeyi gösteren kadın-doğum, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili örnek göstergeler (WHO,2013:5)

Bilim insanları istatistik teknikleriyle toplumun en dezavantajlı grubunun, en avantajlı grubun sağlık göstergelerine sahip olması halinde kaç yaşamın kurtarılabileceğini hesaplayabilmektedirler. Örneğin İngiltere’de 20–64 yaşları arasındaki çalışan bütün erkekler profesyonel veya yönetici konumdaki tabakanın mortalite (ölüm) hızına sahip olsalardı, 1990’ların başlarında yılda 17 bin daha az ölüm görülürdü. Bu fazladan 17 bin ölüme sağlık açığı denmekte ve bu açığın kapanması için çaba sarf edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Domenighetti,2010:502).

7. Eşitsizlik Belirleyicileri

“Sağlık izleme” sağlık göstergelerine ilişkin verileri dikkate almayı gerektirirken, “sağlıkta eşitsizliği izleme” örneğin servet, eğitim, din, cinsiyet gibi eşitsizliğin bir boyutu ile ilişkili kesişen ilave bir veri akışı gerektirir. Bunlar eşitlik belirleyicisi olarak adlandırılır. Toplumlarda sağlıkta biyolojik olarak belirlenen farklılıkların ötesinde eşitsizlikler üreten sosyal süreçler vardır. Sağlıkta bu süreçlerden kaynaklanan eşitsizlikleri sağlığın toplumsal belirleyicileri üretir. Sağlığın toplumsal belirleyicilerinin ürettiği eşitsizliklerin en önemli özelliği kaçınılmazdır oluşudur. Örneğin yoksul ailelerin çocukları, zengin ailelerin çocuklarına göre iki kat fazla ölmesi toplumsal süreçlerin ürettiği bir sonuç olmakta ve bu eşitsizlik toplumsal tedbirlerle azaltılabilir (Regidor,2008:3).

Tarihsel olarak, ekonomik statüler bakımından sağlık eşitsizliği üzerine büyük vurgu yapılmıştır. Sadece geliri esas alan sağlık eşitsizliği birçok kez analiz edilmiştir. Bunun yanında, göçmen statüsü, dil gibi azınlık nüfusunun alt gruplarını ayırt edebilecek her bir özellik, ırk veya etnik kültür, şehir veya kırsalda ikamet etme, il veya ilçe, cinsiyet, sosyal sınıf, eğitim düzeyini kapsayan sağlık eşitsizliğini tanımlamak için eşitlik belirleyicileri ile ilgili politikalar analiz edilmelidir. Baş harflerden oluşan PROGRESS sözcüğü, sağlık eşitsizliğini izlemede çok sıklıkla kullanılan eşitlik belirleyicilerini özetler (WHO,2013:7):

- P- (Place of residence) Yerleşim
- R- (Race/ethnicity) Irk veya etnik grup
- O- (Occupation) Meslek
- G- (Gender) Cinsiyet
- R- (Religion) Din
- E- (Education) Eğitim durumu
- S- (Socioeconomic Status) Sosyo ekonomik durum
- S- (Social capital/resource) Sosyal sermaye veya Kaynaklar

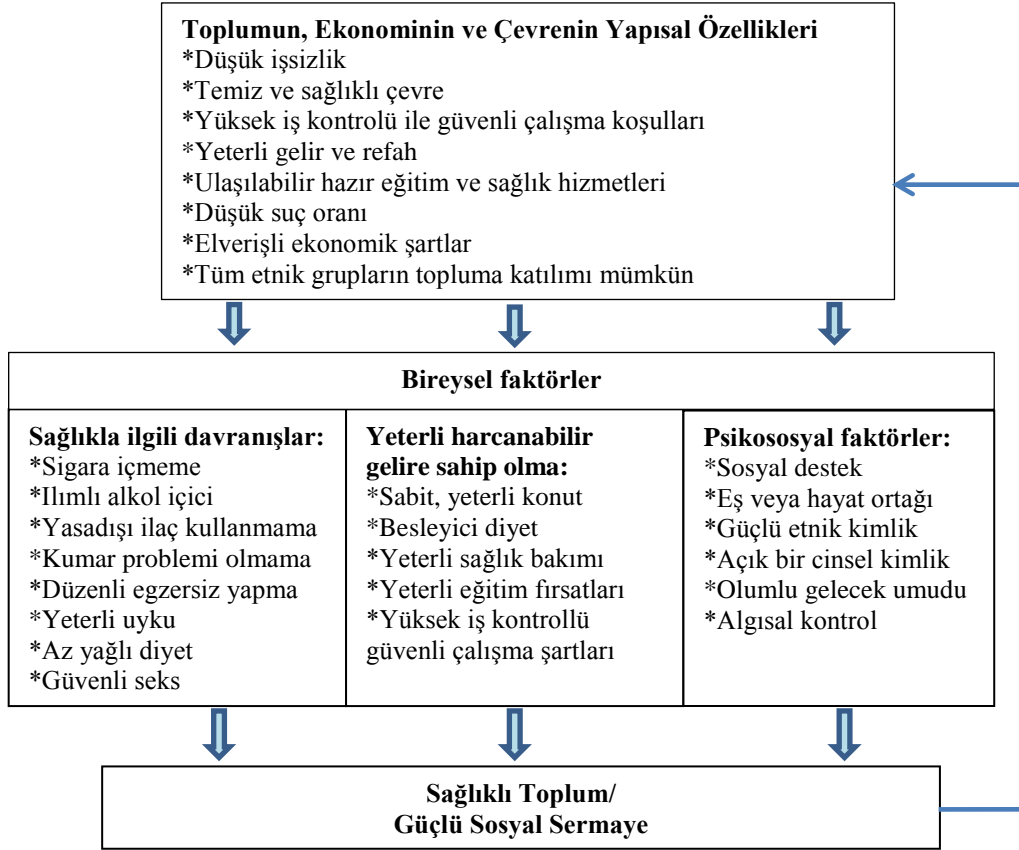
Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri muhtemel etkileme yönlerine göre şematize edilmiş olarak Şekil.4’de gösterilmiştir.

8. Eşitsizlik Belirleyicilerinin Ölçümü

Sağlık eşitsizliği dizgüsel (örneğe ait) bir kavram olması sonucu tam olarak izlenemez ve ölçülemez. Nüfus içerisinde alt gruplar arasında gözlenebilir sağlık eşitsizliğinin hesaplanmasının dolaylı bir aracılığıyla ölçülebilir ve izlenebilir. Eşitlik belirleyicilerinin alakalı tipleri belirlendiğinde bir nüfusun alt gruplara bölünmesi basit gibi görünebilir. Fakat bireylerin nasıl sınıflandırılacağı yakından incelendiğinde çok nüanslı konular olduğu görülür. Bir nüfusta alt grupları belirlerken kullanılan kriterler toplanan veriye, verinin kullanılabilirliğine veya nüfusun özelliklerine bağlıdır. Örneğin meşgulliyetlere göre eşitlik ölçülürken, kimin emekli olduğu veya meşgulliyetini değiştirenlerin nasıl sınıflandırılacağını belirlemek gerekir. Hayat pahalılığının büyük ölçüde değişiklik gösterdiği bir bölgede gelir düzeylerine göre karşılaştırma yapmak güvenilir sonuçlar vermez. Hangi kategorilerde ve ne kadar ırk veya etniklik göz önüne alınmalıdır? (Goddard;2001:1152).

Birçok eşitlik belirleyicisi doğrudan ölçülebilir veya bazı durumda temsili olarak ölçülür. Örneğin, eşitlik boyutlarının en yaygın olanlarından biri olan ekonomik statünün, doğrudan ölçümleri geliri ve tüketimi veya harcamayı içermektedir. Gelirin ölçümünde; finansal yatırımdan elde edilen kazanç, hayır kurumlarından, diğer hane halklarından veya

hükümet tarafından aktarılan kaynaklar, ya da taşınmaz mal satışlarından elde edilen belirli bir dönemde hizmetler veya emek için alınan tüm parayı ölçebilir. Bu ölçümler için özellikle hazırlanmış özgün bir soru seti geliştirilebilir.



Şekil.4.Sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri(Ministry of Health New Zealand,2002:16)



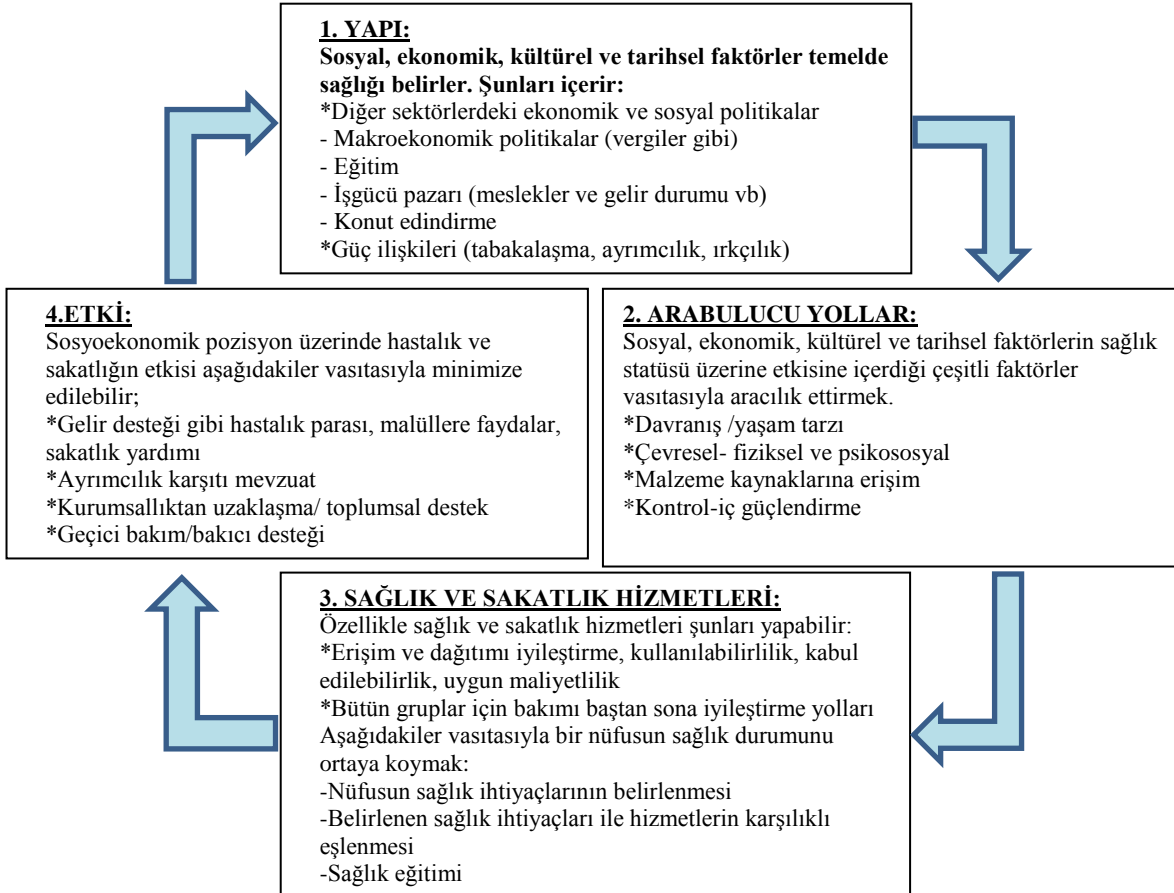
Şekil.5.Sağlığın Belirleyicileri (Ministry of Health New Zealand,2002:1)

9. Sağlık Eşitsizliğine Müdahale ve Yönetme

Sağlık eşitsizliğini izleme sayesinde eşitsizliği azaltmaya yönelik politika, program ve uygulamalar için bilgi sağlanır. Daha önce uygulamaya konulan düzenleme ve müdahalelerin

ilerlemesini değerlendirmek için bilgi elde edilir. Sağlıkta eşitsizliği azaltma sadece ahlaki bir bakış açısıyla arzu edilen bir amaç değildir. Aynı zamanda uygulama açısından uzun vade de sağlığın geliştirilmesi ve toplumun genel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi önünde ciddi bir engeldir. Toplumun belli alt gruplarında morbidite ve mortalite yükü diğerlerine göre yüksekse, zaman içerisinde toplumun diğer grupları bu durumdan olumsuz etkilenecektir(WHO,2013:9).

Sağlık göstergelerini istatistiksel olarak değerlendirirken sağlık eşitsizliklerini görmezden gelmek çeşitli sorunlara yol açabilir. Sadece ulusal göstergelerin değerlendirilmesi toplumun sağlığındaki değişimleri tam olarak göstermeyebilir. Belirli nüfus alt grupları sağlıkta iyileşmeler yaşarken, eş zamanlı olarak diğer bir alt grup kendi sağlıklarının kötüleştiğini görebilir, bu konu ile ilgili ulusal ortalamalar ise bu dönemde sabit kalabilir. Hatta ülke içinde sağlık eşitsizlikleri artarken, ulusal sağlık göstergelerinin iyileşmesi dahi mümkündür. Eşitsizliği azaltma ve sağlığı iyileştirme için önerilen bir model Şekil.6'da verilmiştir.Sağlığın sosyal belirleyicilerini iyileştirmek için yapılacak faaliyetler sıralandığında şunları söyleyebiliriz: Her çocuğa en iyi koşullarda yaşama başlama şansının verilmesi, tüm çocuk, genç ve yetişkinlerin kapasitesinin maksimum seviyeye çıkarmaya ortam hazırlanması, adaletli istihdam ve en iyi çalışma şartlarının sağlanması, yaşamın her evresi için belirli bir sağlık standardının garanti edilmesi, dezavantajlı nüfus alt gruplarının sağlığının iyileştirilmesi, sağlık hizmetleri sistemi içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin etkisinin ve rolünün güçlendirilmesi olarak sıralayabiliriz (RCN,2012:7).



Şekil.6. Eşitsizliği azaltma ve sağlığı iyileştirme için müdahale çerçevesi (Ministry of Health New Zealand,2002:19)

10. Sonuç

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen en önemli nedenlerin başında ekonomik faktörler gelmektedir. Gelir dağılımındaki adaletsizlik, daha geniş kitleyi oluşturan alt gelir seviyesindekilerin sağlığa ulaşmasını zorlaştırmaktadır. Yoksulluğun en yaygın olduğu bölge doğu bölgesi iken, en şiddetli olduğu bölgenin batı bölgesi olduğu görülmektedir. Özellikle İstanbul ve Marmara bölgesi gelir eşitsizliklerinin en yüksek olduğu yerlerdir. Genel ve bölgesel olarak sağlık harcamalarından nüfusuna düşen pay uluslararası ölçeklere göre düşüktür. Türkiye’de genel olarak sağlık için ayrılan kaynaklar da, hem bölgeler arasında hem de aynı bölgede yaşayan farklı gelir grupları arasında eşitsiz dağılmaktadır. Tüm bunlar birçok bireyin/ailenin sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir (Arabacı,2009:22).

Bunun dışında coğrafi engeller, alışkanlık ve gelenekler gibi başka faktörler de erişim engelleri oluşturmaktadır. Özellikle doğu bölgesinde iklim koşulları sebebi ile sağlık sunucularına ulaşım acil hallerde ve güçlükle sağlanabilmektedir. Bebek ölüm hızı, aşılama oranları veya sağlık kuruluşunda doğum yapanların oranlarına bakıldığında bölgesel olarak ve kırsal-kentsel yerleşim yerleri olarak farklılıklar görülmektedir. Ayrıca bölgesel olarak anadil ve etnik köken nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinde farklılıklar olduğu sinyalleri alınmaktadır. Toplumsal cinsiyet bağlamında kadın-erkek ayrımcılığı kültürel açıdan bir gerçekliktir. Ayrımcılık olması halinde erkeğe oranla daha dezavantajlı ve daha düşük toplumsal statüye sahip olan kadınlar olumsuz yönde etkilenmektedir.

Gelir dağılımındaki eşitsizlik kendini; bireylerin topluma katkısı, yaşam kalitesi, ekonomik gelişme, demokrasi, ülkenin kültürel gelişimi alanlarında olumsuz olarak göstermektedir. Sosyal kırılmaların, terör olaylarının, şiddetin ve huzursuzluğun olduğu toplumlarda eğitim, sağlık, ulaşım ve çevre koşullarının düzeltilmesi için yeterli kaynak ayrılması güç olmaktadır. Toplum sağlığı için yeterli gıda, uygun barınma koşulları, temiz ve yeterli su, güvenlik yanında en önemli faktörlerden birisi de gelecek ile ilgili ümittir. Gelecekle ilgili olumlu beklentileri bünyesinde bulunduran siyasal istikrarın da sağlık eşitsizliğini gidermede bir faktör olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Sağlıkta adaletsizliklerin giderilmesi için geniş ölçekli politikaların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. ALTAY Asuman, (2007); “Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi” Sayıştay Dergisi Sayı:64; s:33-58.
2. ARABACI Rabihan Yüksel (2009); “Türkiye’de Yoksulluk ve Bölgeler arası Gelişmişlik Farkları Açısından: Sağlıkta Adalet”; Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Cilt XXVIII, Sayı 1, 2009, s. 1-25
3. DOMENIGHETTI G., P. Vineis, C.DePietroand A. Tornado, (2010) “Abilityto Pay andEquity in Access toItalianand British NationalHealth Services” EuropeanJournal of PublicHealth, Vol 20, No.5, pp.500-503
4. GÜNAYDIN Davuthan, (2011) “Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları” Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı: 60/1, s. 323–365.
5. HERDMAN Elizabeth Anne, (2011); “Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Eşitlik”Çev: Özlem Yazıcı Korkmaz; Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, Cilt.8 (1), s: 3-6.
6. Maria Goddard, Peter Smith, (2001) “Equity of Access toHealthCare Services: TheoryandEvidenceFromThe UK”; SocialScience&Medicine V.53 p:1149-1162.
7. Ministry of Health New Zealand, (2002), ReducingInequalities in Health; Wellington, p:1-26.
8. REGIDOR E., D. Martinez, M. E. Calle, P. Astasio, P.Ortegaand V. Dominguez (2008), “Socioeconomicpatterns in theuse of publicandprivatehealthservicesandequity in healthcare”; BMC Health Services Research Vol.8:183, p:1-9.
9. RoyalCollege of Nursing (RCN), (2012), HealthInequalitiesandSocialDeterminants of Health; London, p:1-9.
10. UĞURLUOĞLU Ece, Hacer ÖZGEN (2008); “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:2; p:133-160.
11. WHO (World HealthOrganization) (2013) Handbook on HealthInequalityMonitoring: with a specialfocus on low- andmiddle-incomecountries, Luxemburg.

YALIN SAĞLIK: SAĞLIK İŞLETMELERİNDE YALIN YÖNETİM ANLAYIŞI

Emrullah İNCESU*

ÖZET

Yalın, bir yönetim sistemi ve hastanelerin organizasyonunu ve yönetim şeklini değiştirebilen, hastanelerin hatalarını, bekleme sürelerini azaltarak hasta bakım kalitesini arttırmalarına olanak sağlayan, çalışanları ve yönetimi destekleyerek, hizmet akışındaki engelleri kaldıran ve hasta odaklı bakım hizmeti sunmayı sağlayan bir yaklaşımdır. Yalın tek başına bir üretim metodu olmayıp, hizmet sunumundan ürün geliştirmeye, kamu hizmetlerinden ticari faaliyetlere pek çok alanda uygulanabilecek bir yaklaşımdır. “Yalın Anlayış”; ilaç, maden sanayi dâhil her tür üretim sektöründe; hastaneler, sigorta şirketleri, bankalar, eğitim kurumları dâhil hizmet sektöründe; sivil toplum örgütleri; ister özel ister kamu kuruluşu olsun her türlü şirket, kurum, kuruluş ve organizasyonun başarısının, etkinliğinin artırılmasında benimseyebileceği ve uygulayabileceği temel prensipleri içermektedir. Bu çalışma, mevcut literatür taraması yapılarak sağlık işletmelerinde Yalın Yaklaşım konusunda sağlık çalışanları ve yöneticilerine bilgi vermek amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İşletmelerinde Yalın Yönetim, Yalın Anlayış, Yalın Sağlık

*Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

LEAN HEALTH: HEALTH CARE MANAGEMENT CONCEPT OF LEAN

ABSTRACT

Lean management system and can change the shape of management and organization of hospitals, hospital errors, improve their quality of patient care by reducing waiting times, allowing employees and management support, which removes barriers to the flow of the service, and to provide patient-centered care is an approach that. Lean is not a stand-alone method of production, product development, service delivery, public services, commercial activities, an approach that can be applied in many areas. "Understanding Lean"; medicine, all kinds of mining industry in the manufacturing sector, including hospitals, insurance companies, banks, educational institutions, including the service sector, non-governmental organizations, whether public or private, any kind of get-up companies, institutions, Organizations and the organization's success, efficiency includes adopt and apply the basic principles of improving. This study was to review the literature available in health establishments Lean Approach to health professionals and managers was conducted to provide information.

Keywords: Lean Health Care Management, Understanding Lean, Lean Healthcare

*Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

1. GİRİŞ

Günümüz dünyası çok rekabetçi ve küreselleşme herkesi bu rekabetin içine çekmektedir. Her kim ki kalitesini yükseltir, maliyetlerini düşürür ve hızlı olursa, pazarı da yönlendirir.

Geleneksel üretim sistemleri bu hedeflere aynı zamanda ulaşmamıza yeterli imkân vermemektedir. Firmalar genellikle bu hedeflerden birine ya da ikisine odaklanmakta ve üretim sistemlerini buna göre şekillendirmektedirler. Oysa Yalın Yönetim bu üç hedefinde aynı anda gerçekleşmesine olanak tanımaktadır. Yalın Yönetim, süreçlerdeki israfları elemine ederek maliyet ve üretim zamanını düşüren ve kaliteyi artıran sistematik bir yaklaşımdır.

İlk olarak Toyota tarafından geliştirilen ve uygulanan Yalın Yönetim, bir yönetim felsefesi olarak bugün üretimin yanında birçok farklı hizmet sektöründe de (sağlık, eğitim ve finans gibi) uygulanmaktadır. Yalın düşüncenin temelinde israf ve kayıpların ortadan kaldırılması ve sürekli iyileştirmenin sağlanması yer almaktadır (www.sigmacenter.com.tr, 01,04,2013).

Yalın Düşünce'nin temel amacı, değer ilk ham maddeden başlayarak, değer yaratma süreci boyunca hiç kesintisiz akıtılarak hızla nihai müşteriye ulaştırılmasıdır. Bunu başarabilmek için tüm değer zincirine bir bütünlük çerçevesinde bakmak, israfları yok etmek ve tüm faaliyetleri müşteri için mükemmel değer oluşturmak amacına yönlendirmek gerekir. Yalın'da israf, bilinen anlamının ötesinde ürün ya da hizmetin kullanıcıya herhangi bir fayda sunmayan, müşterinin fazladan bedel ödemeyi kabul etmeyeceği her şeydir. Tasarımdan sevkiyata tüm ürün/hizmet yaratma aşamalarındaki her türlü israfın (hatalar, aşırı üretim, stoklar, beklemler, gereksiz işler, gereksiz hareketler, gereksiz taşımalar) yok

edilmesi ile maliyetlerin düşürülmesi, müşteri memnuniyetinin artırılması, piyasa koşullarına uyum esnekliğinin kazanılması, nakit akışının hızlandırılması dolayısı ile firma kârlılığının artırılması hedeflenir(www.lean.org.tr,05.05.2013).

Yalın Düşünce uygulamalarıyla sistemdeki israflar sürekli olarak azaltılıp, kaynaklar daha fazla değer yaratmaya yönlendirildiğinde, sadece firmaların kârlılığı ve rekabet gücü artmaz, müşteriler de kendilerine daha uygun, daha kaliteli, daha ucuz ürün ve hizmetleri temin edebilirler. Bu zincir tüm sektörler ve tüm faaliyet alanlarına yayıldığında toplumsal zenginliğin artmasına katkıda bulunur(www.lean.org.tr,05.05.2013).

2.Yalın Üretim Felsefesi Ve Kavramları

Yalın Düşünce :Kelime anlamı sade, gösterişsiz yani temel amaca yönelik, zorunlu olmadıkça ek faaliyette bulunmayan asıl işleve yönelik demek olan yalın kavramı, düşünce ile birleştiğinde; faaliyete yönelirken bu faaliyetle ilgili gereksiz tüm hareket ve düşüncelerden kaçınmayı, doğrudan asıl faaliyete yönelmeyi ve bu faaliyeti en kısa zamanda başarabilmeyi vurgulamaktadır(Özkol A.Erdal.,2004).

Başka bir deyişle, yalın düşünce, değer tanımlanması, değer yaratan adımların en iyi ve doğru biçimde sıralanması, bu adımların gerektiği anda aksamaya uğramadan atılması ve giderek daha yüksek etkinlikte gerçekleştirilmesinin yollarını gösterir. Kısacası, yalın düşünce, giderek daha az (emek, ekipman, zaman ve alan) harcayarak daha fazla üretebilmeyi ve müşterilerin asıl beklentilerine daha çok yaklaşmayı sağladığı için yalındır. (Womack vd.,1998).

Yalın Üretim: Yalın üretim, “en az kaynakla, en kısa zamanda, en ucuz ve hatasız üretimi, müşteri talebine de birebir uyabilecek/yanıt verebilecek şekilde, en az israfla (daha doğrusu israfsız), ve nihayet tüm üretim faktörlerini en esnek şekilde kullanıp, potansiyellerinin tümünden yararlanarak nasıl gerçekleştiririz” arayışının sonucudur. (OkurA. S., 2000).

İsraf:Hizmet (satın) alan açısından bakıldığında, verilen hizmet veya üretilen ürünlere değer katmayan her türlü aktivitedir(<http://gpsantalya.org>,09.05.2013).

Yalın Üretimde 7 Temel İsraf

Hatalı Üretim

Hatalı üretim ve/veya ürünün tamiri israftır. Fazlaüretim, Gereğinden fazla veya erken üretim israftır.

Fazla Stok

İş için gereğinden fazla elde tutulan her şey israftırBekleme,Makinanın işlemini bitirmesini beklemek ve/veya tamir için beklemek israftır.

Gereksiz İşler

Katma değer yaratmayan iş adımları ve/veya müşteriye değer katmayan işlemler israftır.Gereksiz taşıma, Gereksiz ekipman, hammadde, yarı mamül ve mamül taşımaları israftır

Gereksiz hareketler

İyi organize edilmemiş iş ortamı nedeniyle oluşan gereksiz hareketler israftır.

Değer: Hizmet üzerine doğrudan katkı yapan, müşterinin bedelini ödemeye hazır olduğu hizmete özellik ve nitelik katan faaliyetlerdir hizmeti alan son müşteri tanımlar, hizmeti üreten yaratır(<http://qpsantalya.org,09.05.2013>).

Yalın Düşünce üretimde yer alan faaliyetleri temel iki unsuru dikkate alarak ayırma tabi tutmuştur. Bu unsurlar:

- Değer Yaratmak,
- Kaçınılabilir-Kaçınılamaz Faaliyet

Bu unsurlara göre faaliyetleri de şu şekilde ayırmıştır (Hancı, T., 2004);

a. Değer Yaratan Faaliyetler: Talebin istediği yönde dönüşüm,

b. Değer Yaratmayan Kaçınılamaz Faaliyetler:Üretim faaliyetinden çıkarıldıklarında üretimin durmasına sebep olacak faaliyetler. (Ayar, kalıp sökme-takma)

c. Değer Yaratmayan Kaçınılabilir Faaliyetler: Üretim faaliyetinden çıkarıldıklarında üretimin durmasına sebep olmayacak faaliyetler. (Bekleme, sayma, sıralama, hata, tamir).

Şeklinde üçe ayırmıştır.

Görüldüğü gibi; bazı faaliyetler değer yaratmasalar da işletmenin, zorunlu olarak üretim süreci nedeniyle yaptığı faaliyetler olmaları sebebiyle üretim sürecinden çıkarılamamak ve katlanılmak durumundaki faaliyetlerdir. Bunun yanında kaçınılabilecek faaliyetler ise kaynak kaybına neden olduklarından israf olarak kabul edilmektedirler (Hancı T., 2004)

3.Yalın Düşüncenin Gelişimi

Yüzyılın ortalarında Japonya’da Toyotafabrikasında üretimde bir devrim yaratılıyordu. Batı’nın ancak 1980’lerde farkına varmaya başladığı bu sistem gerçekten de felsefesiyle ve teknikleriyle sanayide yepyeni bir çığır açmıştı. “Toyota Üretim Sistemi’nin sanayidünyasına kattığı en temel ilke her şey ancak müşterinin istediği anda ve miktarda üretmek, gereksiz stokları tümüyle ortadan kaldırmaktı. Stok bir israf olarak algılanıyordu ve sistemde hiçbir israfa yeryoktu. Her üretim adımı ancak bir sonraki adımın ihtiyaç duyduğu zamanda ve miktarda üretim yapmak üzere Kanban adı verilen kartlarla tetikleniyordu. Bu mantıkta derinleşen firmalar zincirinde de uygulanarak talep edildikçe üreten, stokları asgariye indirilmiş ve bu sayede kaynaklarını çok daha etkin kullanabilen bir sistem yaratılmıştı. Atölyeleri yönetenler, çalışanlarından sivilirler, ilave eğitimlerle yeni rolleri öğrenirler. Atölyelerde yöneticiler olarak pek mühendise rastlanmamaktadır. Mühendisler mühendislik yapmaktadır. Devasa makinelerde zamanından önce ve ihtiyaçtan büyük lotlar halinde yapılmakta olan üretim, çok hızlı kalıp değiştirmeye teknikleri sayesinde, çok küçük partiler halinde, sadece müşterinin istediği kadar yapılabilir hale gelmişti(www.bpmproje.com,23.02.2013).



Makinelerin yerleşim planı da ürünlerinişlemler arasındaki akış sırasına uyacak şekilde yeniden düzenlenip, ürünlerinişlemler arasında hiç beklemeden hızlaakabilmesi sağlanıyordu. GenellikleU şeklinde olan bu makine yerleşimdüzeninde bir işçi birden çok makinedensorumlu tutuluyor, böylece hem işmonotonluğu önleniyor hem de işçiliktentasarruf ediliyordu. Emniyet stoklarıen düşük seviyede olduğundan tümüşlemlerin hatasız yapılması ve makinelerinbozulmaması gerekiyordu. Makinelerin kullanılabilir zamanı Toplam ÜretkenBakım teknikleriyle (TPM) yüzde 100'lereyaklaştırılmıştı. Çalışma ortamında düzen ve temizliğin sağlanması (5S)ise hem hataları hem de zaman israfınıengellemenin bir yoluydu. Yüzde 100hatasızlık gereği işçiye hata çıktığı andahatanın nedenlerini bulabilmek içinüretimi durdurma inisiyatifitanınmıştı. Çoğu kez hatayı işçinin keşfetmesi yerine üretim hatlarında “poka-yoke” denilensensörler ve hata yakalayıcı donanımkullanılıyor, bu mekanizmalar hatayıoluştugu anda otomatik olarak saptayarakileriye gitmesini önüyordu(Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi.,2012).

Sistemde hataya yer bırakmamak için geliştirilen bir başka yöntem de işstandartlaşmasıydı. Yapılan tüm işlerbirimlerine ayrılıyor ve işçinin göreçeğışekilde çizimler halinde panolaraasılıyordu. İşçi tüm hareketlerini standartiş prosedürüne göre yapıyor; iş emniyeti, üretim hızı ve kalite yönünden tutarlılıksağlanıyordu. İş standartlaşması aynı zamanda iş rotasyonu gibi durumlarda dayeni işçinin işine çabuk adapte olmasında olanak tanıyordu. Toyota Üretim Sistemi'nin en kilit özelliklerinden birisi de insana gösterdiği saygıydı. Bu saygı hem ücretlerde hem de çalışanları sistemindaha da yetkinleşmesi için en önemliaktörler olarak devreye almasında kendinigösteriyordu. Çalışanların emniyeti ve güvenliği, iş ortamının düzgünlüğü, temizliği, işlerin standartlarına bağlı çalışması ve ergonomi göze batan unsurlardır. Çalışanların hem kendi işlerini eksiksiz yapmalarını, hem de sürekliliği faaliyetlerinde rol almaları için herşey yapılmaktadır. İnsan kaynakları rolünde çalışmaya başlayan uzmanlar, bir hafta ile altı ay arasında atölyelerde vardiyalı olarak üretim faaliyetlerinde çalışmaktadır. Bu şekilde oryantasyonlarını tamamlayan uzmanlar, mühendisler çalışana derin saygı göstermektedir(www.bpmproje.com,23.02.2013).

1950'lerden itibaren motorlu araç üretiminde Japon üreticilerin payı artarken Amerikalı üreticilerin payı azalmaktaydı. 1980-1985 yılları arasında otomotiv sektörü sponsorluğunda Massachusetts Institute of Technology(MIT) tarafından yürütülen dünya ölçeğindeki kıyaslama çalışması, bunun bir tesadüf olmadığını, Japon üreticilerin tüm performans göstergelerinde Amerikalı ve Avrupalı rakiplerinden önde olduğunu gösteriyordu. Araştırmanın sonuçları “Dünyayı Değiştiren Makina” adlı kitapta yayınlandı ve israftan arındırılmış bu üretim sistemi için “yalın” terimi ilk kez kullanıldı. Başta Ford olmak üzere büyüklü, küçüklü birçok firma yeni sistemi öğrenip uygulamaya başladılar. Bu tempo 1990'larda hızlandı ve Avrupa'yada sıçradı. Sistem yaygınlaştıkça daha dayetkinleşti ve Batılı firmalar da sistemindaha da ilerlemesi için yaratıcı katkılar dabalunmaya başladılar (www.bpmproje.com,23.02.2013).

Yalın sadece bir üretim tekniği olmayıp, hizmet sunumundan ürün geliştirmeye, kamu hizmetlerinden ticari faaliyetlere pek çok alanda uygulanabilecek bir yaklaşımdır ve her geçen gün yeni örnekler ortaya çıkmaktadır. “Yalın Düşünce”; ilaç, alüminyum, demir çelik dâhil her tür üretim sektöründe; hastaneler, sigorta şirketleri, bankalar, eğitim kurumları dahil hizmet sektöründe; sivil toplum örgütleri; ister özel ister kamu kuruluşu olsun her türlü şirket, kurum, kuruluş ve organizasyonun başarısının, etkinliğinin artırılmasında benimseyebileceği ve uygulayabileceği temel prensipleri içermektedir. Kullanılan yaklaşım ve teknikler, ürün hizmet tasarımı, yönetim, idari ve ticari iş süreçlerinde de aynı etkinlikte uygulanabilmektedir. Kullanılan teknik ve araçlar kurumdan kuruma farklılık gösterse de Yalın Düşünce'nin prensipleri evrenseldir ve dünyada geçerliliği ve başarısı

kanıtlanmış uygulamalara dayanılarak geliştirilmiştir (Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi.,2012).

4. Türkiye’de Yalın Yaklaşım

Türkiye’de Yalın Yaklaşım 1990’lardan beri bilinmekte ve uygulama örnekleri giderek artmaktadır. Önceleri sadece bağımsız tekniklerin kullanılması şeklinde ortaya çıkan uygulamalar, giderek bütünlüklü bir sistem yaklaşımına dönüşmektedir. Ekonomik krizlerin ve ihracat pazarlarına açılmanın da etkisiyle firmalar mevcut iş yapma yöntemlerini değiştirmek zorunluluğunu daha fazla hissetmektedirler. Yalın Üretim 1992’den itibaren üniversitelerin ders programına girmiş, doktora ve yüksek lisans tezlerinin de konusu olmuştur (www.bpmproje.com,23.02.2013).

Türkiye’de otomotiv sektörü Yalın Sistem uygulamalarında daha aktif görünmektedir. Yalın uygulamaların başarısını kültürel faktörlere bağlamak eğilimine karşı en güzel cevap, Adapazarı’nda kurulan Toyota otomobil fabrikasında Türk işçilerinin kısa süre içinde Japonya’daki Toyota Japon işçilerinin üretkenlik seviyesini yakalamış olmaları ve son birkaç yıldır tüm Toyota fabrikaları arasında kalitede birinci seçilmeleridir. Diğer büyük üreticiler de Yalın Yaklaşım’ın uyarlamaları olan Ford, Renault, Bosch, Tofaş Üretim Sistemi ve Hugo BOSS, isimli dünyaca tanınmış marka tekstil üreticisi hem kendi işletmelerinde hem de yan sanayi işletmelerinde başlatmışlardır(Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi.,2012).

Yalın uygulamalar, tek tek firmalarda önemli maliyet tasarrufları sağlamış olmakla birlikte, değer zincirine yaygınlaştırılmadığı için hem bu firmalar potansiyel tasarrufun tamamını elde edememişler hem de ülke geneline etkisi yeterince yüksek olamamıştır. McKinsey Global Institute tarafından yapılan "Türkiye Verimlilik ve Büyüme Atılımının Gerçekleştirilmesi" araştırmasının bulgularına göre Türkiye’de tarım dışı ekonomide işgücü verimliliği ABD’nin %40’ı kadardır. Geleneksel firmalara göre 2,5 misli üretken olan modern firmalarda bile mevcut işgücü verimi, sektördeki en iyi ülkeye oranla %62 düzeyindedir. Ülkenin mevcut koşulları içinde yapılabilecek iyileştirmelerle kolaylıkla %95 düzeyine çıkarılabilir. İş gücü verimliliği ile kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) arasındaki güçlü korelasyon dikkate alındığında potansiyel verimlilik düzeyinin yakalanması ile 2015 yılında kişi başına GSYİH iki katına çıkarken, %30 oranında istihdam artışı sağlanması mümkün görünmektedir(www.bpmproje.com,23.02.2013).

Mevcut verim ile potansiyel verim düzeyleri arasındaki fark analiz edildiğinde en önemli payın, yönetim teknikleri, kapasite kullanımı ve tedarikçilerle ilişkiler, ürün yapısı gibi Yalın Üretim tekniklerinin ciddi iyileştirmeler sağlayabildiği alanlarda olduğu görülmektedir. Sermayenin kısıtlı ve maliyetinin yüksek olduğu ülkemizde büyümenin lokomotif verimlilik artışı olmak zorundadır. Yalın Yaklaşım israflar yüzünden tüketilmekte olan kaynakları verimli kullanabilmenin yollarını göstermektedir. Tasarruf edilen kaynaklar daha fazla değer yaratmaya yönlendirildiğinde, hem mevcut pazarlarda daha geniş ekonomik imkanlar bulunabilir hem de yeni pazarlara doğru büyüme gerçekleştirilebilir. Yalın, Türkiye’nin temel iş felsefesi olmalıdır (Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi.,2012).

Sağlık Sektöründe Yalın Uygulamalara değinmek gerekirse; denetlenemeyen fiyat politikaları, hasta ve çalışan memnuniyetsizliği gibi sorunların yanı sıra sisteme dayalı sıkıntılar ve israflarla başa çıkmak zorunda kalan ve her yıl milyonlarca Lira’nın, hatalı tedavi ya da ilaç kullanımı sonucu boşa harcandığı sağlık sektörüne yalın yaklaşım gerekmektedir. Toyota’nın başını çektiği ve bugün dünya çapında farklı sektörlerden on binlerce şirketin uyguladığı yalın düşünce, hastanelerdeki verimliliği artıracaktır. Amerika, İngiltere, Kanada, Avustralya, İtalya’nın öncülük ettiği yalın sağlık yaklaşımını uygulayan ülkeler, maliyete ve

hastaya yansıyan hata, israf ve gecikmeleri önlemenin pratik çözümlerini üretmektedirler. Türkiye’deki ilk örnek uygulamayı Confi-Dent Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi gerçekleştirmiştir(www.kobipostasi.net,04.05.2013).

Kamusal olarak, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde“Yalın Düşüncenin Sağlık Hizmetlerinde Uygulanması” ismiyle bir projebaşlatılmıştır. Projenin amacı, kurumsal düzeydeki israfları kaliteden ödün vermeksizin ortadan kaldırmak olarak değerlendirmektedirler(www.hekimpostasi.org.tr,04.05.2013).

5.Neden Yalın Yaklaşım?

Günümüzün küresel rekabet ortamında işletmeler giderek daha talepkar olan alıcılara hizmet vermektedir. Müşterileri ister bireysel tüketici isterse bir başka üretici/satıcı firma olsun, işletmeler varlıklarını sürdürürebilmek için müşterilerinin iyi kalite, düşük fiyat ve kısa teslim süresi beklentilerini hızla karşılayabilmek, daha fazla çeşit üründen daha küçük miktarlarda verilen ve anlık olarak değiştirilen siparişlere uyum sağlamak zorundadır(www.bpmproje.com,23.02.2013).

1990’lı yılların büyüyen pazarlarında geçerli olan “ne üretirsem satarım, maliyetim yükselirse fiyatı artırırım, gecikirsem müşteri bekler” anlayışına artık yer yoktur. Çünkü sizin her eksiğinizde yerel veya uluslararası bir rakip derhal yerinizi alır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de teşvikler ve koruma duvarları vasıtası ile kâr elde etme dönemi de artık kapanmıştır. Büyük ya da küçük her firma çok sayıda rakibin olduğu bir ortamda ve giderek bilinçlenen tüketicilere hizmet etmek zorundadır(www.bpmproje.com,23.02.2013).

Gelinen noktada belirli birkaç tip ürün ile pazardaki değişik ihtiyaçları karşılayabilmek de mümkün değildir. Satış alanının genişletilmesi adına giderek kişiye özel ürünlerin yaratılması ve bunun hızla ve düşük maliyetle yapılabilmesi gereklidir. Ürün ömrü kısalmaktadır ve tamamlandığında hâlâ talep edilen bir ürüne yatırım yapmış olmak için ürün geliştirme süresinin kısaltılması zorunludur(www.bpmproje.com,23.02.2013).

Ürün kalitesi artık milyonda hata düzeyi ile ölçülmekte ve çoğunlukla uluslararası regülasyonlarla belirlenmektedir. Bu sıkı kalite kriterleri kontrol ve tamir yöntemiyle karşılanamaz. Tasarımdan başlayarak tüm sistemi "ilk defada doğru" (tasarlayacak) üretecek hale getirebilmek gerekir(www.bpmproje.com,23.02.2013).

Keskin rekabet nedeniyle fiyatlar sürekli düşmektedir ve fiyat indirimleri ile rekabette öne geçmeye çalışmak maliyetler azaltılmadığı sürece sürdürülemez. Ticari kuruluşun gerekli kârı elde edebilmesi yalnız maliyetlerinin kontrol altına alınmasıyla mümkün olabilmektedir(www.bpmproje.com,23.02.2013).

Küresel etkileşim sonucu artan belirsizlik uzun vadeyi doğrulukla tahmin edebilmeyi daha da zor hale getirmiştir. Yapmakta olduğumuz işleri en kısa sürede paraya dönüştürmek zorunludur. Bu da ancak "toplam akış süresi" dediğimiz; bir fikrin somut ürün tasarımına, bir malzemenin bitmiş ürüne dönüşerek müşterinin eline ulaşması ve ödemenin alınması için geçen sürenin kısaltılması, radikal ölçüde kısaltılması ile mümkündür(www.bpmproje.com,23.02.2013).

İş dünyasının bu değişimi doğru algılayarak, yaşanmakta olan problemler karşısında makro ekonomik ortamdan, mevzuatlardan veya çalışan ve yöneticilerden şikayet etmekten vazgeçip iş süreçlerine dönüp bakması, iş süreçlerini disiplinle yönetmesi gerekir(www.bpmproje.com,23.02.2013).

Yalın Üretim iş yapma şeklimizdeki problemleri ortaya çıkararak ve daha etkin çalışma yollarını göstererek hem kuruluşlar hem de ülke için rekabet avantajı sağlar(www.bpmproje.com,23.02.2013).

6.Yalın Üretim Prensipleri

Şekil1.Yalın Üretim Prensipleri



Değerin Tanımlanması: Yalın düşüncede her faaliyet değer kavramına göre değerlendirilir. Değer, müşteri tarafından tanımlanır. Müşterinin gözünde değer kabul edilmeyen her faaliyet israftır.

Değer Akış Analizi: Yalın düşüncede ikinci adım değer akışının analiz edilmesidir. Sürecin tüm adımları hammaddeden nihai ürüne kadar tanımlanır. Böylece süreçte yer alan israflar ortaya çıkartılır.

Sürekli Akış: Müşterinin tanımladığı değeri, istenen kalitede ve zamanda, en ucuza üretmek için tanımlanan israfların elemine edilerek kesintisiz akışın sağlanmasıdır.

Çekme Sistemi: Bu aşama, müşterinin ürünü/hizmeti istediği zaman almasına olanak vermekte ve müşteri talebi olmadan üretim yapılmamasını sağlamaktadır.

Mükemmellik Arayışı: Sistem sürekli iyileştirilerek mükemmel bir yapıya kavuşması hedeflenir.

7.Yalın Düşüncede Yönetim Yaklaşımı

Yalın Üretim'de çalışma tarzı, ürün odaklı ekiplerin değer kesintisiz akışından sorumlu olmasıdır. Ekipteki her işçi hatasız ve belirlenen sürede üretmek, hatalı parçayı almamak-vermemek, makinelerin problemsiz çalışmasını sağlamak ve akışı kesintiye uğratabilecek anormallikleri fark edebilmekle yükümlüdür. Bu, işlerin standartlaştırılması ve sorumlulukların her düzeyde net olarak tanımlanmış olması ile başarılır. İş standardının işi

yapan kişi ile birlikte detaylı olarak tanımlanması emniyetli bir çalışma ortamını, istenen kalitede ve sürede üretimi, anormalliklerin hataya dönüşmeden giderilebilmesini garanti altına alır. İş standartları da iyileştirme önerileri ile sürekli mükemmelleştirilir.

Her düzeydeki çalışana kendini geliştirme olanakları sunulduğundan ve iyileştirme fikirleri ödüllendirildiğinden çalışanlar sorumluluktan kaçmaz. Bu nedenle yalın işletmelerdeki öneri sistemi diğerleriyle kıyaslanamayacak kadar canlıdır. Eğitim ve iş rotasyonu iş becerisini artırıp, çok yönlü işçiliği geliştirir, bütünü görebilmeyi ve daha etkin fikirler üretebilmeyi sağlar.

Yalın Sistem'in temelinde çalışanlarla kurulmuş karşılıklı güven ilişkisi yatar. Bu güven iş güvencesi, iş emniyeti, eğitim ve gelişme olanakları, takım çalışması, kararlara katılım, adil ücret, sorumluluk taşıma ve disiplin ile sağlanmaktadır. Çalışanlara değer verme anlayışının bir göstergesi ve aynı zamanda işe karşı sorumluluğu artırmanın bir yolu olarak yalın işletmelerde iş değil kişi değerlendirilerek ücretler belirlenir. Her düzeydeki çalışanın şirket iş hedeflerinden açınımla gelen, başarmak zorunda olduğu iyileştirme hedefleri vardır.

Çalışanın gönlünü ve aklını sisteme dâhil edemeyen işletmelerde Yalın Üretim'in bir teknikler dizisi olarak yaşıatılması mümkün olmaz(www.bpmproje.com,04.05.2013).

8.Hastanelerde Yalın Strateji Ve Yalın Yönetim Sistemi

Bir yalın hastane, hastane stratejisiyle ve vizyonuyla bütünleşik çabalar ve hedefler benimser ve sadece tekniklerin kullanılmasının ötesine geçerek, tüm çalışanların ve liderlerin katılımıyla bir Yalın kültürünün oluşturulmasını içerir. Yalın stratejisi ve hastane stratejisi tek ve aynı olup tüm kuruma yayılacak şekilde iletişimi sağlar. Bir yalın hastane, başarının sadece teknolojiden ve klinik mükemmellikten değil, aynı zamanda çalışan katılımı ve işletme mükemmelliğinden de geldiğini bilir. Yalın hastaneler paydaşların yeni teknolojilere ve yeni alanlara para harcamanın topluma hizmet etme kararlılığı göstermenin tek yolu olmadığı anlamalarına yardımcı olur. Bir Yalın hastanede amir ve yöneticilere öğretilen ve tüm liderler tarafından uygulanan bir liderlik yöntemi ve modeli benimsenir. Gempa'ya (işin yapıldığı yere) gitmek, süreci denetlemek, iyileştirme çabalarında işbirliği yapmak ve hizmetkâr liderlik gibi Yalın davranışlar çalışan seçimi, performans incelemeleri ve terfi olarak kullanılır. Bir Yalın hastanede hekimler, tedarikçiler ve ödeyici kurumlar dâhil, tüm partnerler ve paydaşlar için işbirliğine dayalı ilişkiler yaratır. Hasta güvenliği uygulamaları ve kalite verileri bir rekabet üstünlüğü kaynağı olarak kullanmak yerine, diğer hastanelerle ve toplumla açıklıkla paylaşılır. Bir Yalın hastanede tutarlı Yalın uygulamalarını ve eğitimini sürdüren küçük bir merkezi grup vardır. Bu grup, birim liderleri için gerekli çalışmaları yapmak yerine, iyileştirmeleri harekete geçirme ve süreçlerini sahiplenme konusunda onlara koçluk yapar(www.lean.org.tr,04.05.2013).

Kaynakça

- 1.Hancı, Tolga (2004-II), “Yalın Düşünce Sistemi”, İzmir Ticaret Odası Araştırma ve Meslekleri Geliştirme Müdürlüğü Bülteni; s: 1-4; Şubat 2004-II; İzmir.
- 2.Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi,.C. Bilim Sanayi Ve Teknoloji Bakanlığı Verimlilik Genel Müdürlüğü Şubat 2012(24): 278).
- 3.Maç, Mehmet, TURUT, Şenol, “Atıl Kapasite Maliyeti”, <http://www.denet.com.tr/>
- 4.Okur, Ayperi Serdaroğlu (2000), “Yalın Üretim: 2000’li Yıllara Doğru Türkiye Sanayi İçin Yapılanma Modeli”, Söz Yayın; Birinci Basım; Haziran 1998; İstanbul.
- 5.Özkol A.E., Yalın Düşünce Ve İsrafın Tekdüzen Muhasebe Sistemi Çerçevesinde Kaydı :Bir Yaklaşım Ve Örnek Uygulama,D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi 19(1),2004:119-138 119
- 6.Womack, James P. ; JONES, Daniel T.(1998), Çev: ARAS, Nesime; “Yalın Düşünce”, Sistem Yayıncılık; Şirket Kültürü Dizisi; İstanbul.
- 7.<http://www.bpmproje.com/yalinn.html>,23.02.2013
- 8.<http://www.hekimpostasi.org.tr/2012/10/09/yalin-saglik-hizmeti-dert-mi-care-mi/>,04.05.2013
- 9.<http://qpsantalya.org/slide/sunum.php?xmlDosya=37..>,09.05.2013
- 10.<http://www.lean.org.tr/saglikta-yalin-yonetim-devri-basliyor/>,04.05.2013
- 11.<http://www.lean.org.tr/yalin-yaklasim/>,05.05.2013
- 12.<http://www.kobipostasi.net/2011/07/05/saglik-sektorunde-sifir-hataarayisina-yalin-cozum/>,04.05.2013
- 13.<http://www.sigmacenter.com.tr/danismanlik/danismanlik-egitim-yalin-yonetim> uretim.html,01,04.2013

YATAN HASTA DOSYA KAYITLARININ İNCELENMESİ: KONYA SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Emrullah İNCESU*

ÖZET

Bu çalışma ile Konya Seydişehir Devlet Hastanesi'nde Mart 2011-Mayıs 2012 arasında yatarak tedavi gören hastalara ait dosya ve içeriğinin düzenli tutulup tutulmadığının tespiti ve gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerin planlanması amacıyla yapılmıştır.

Çalışma kesitsel nitelikte olup, çalışmanın verilerini kaydetmek ve takip etmek için, hastane bilgi yönetim sistemi ve kalite direktörlüğünce ortak geliştirilen bir veri tabanına sahip bilgisayar programı kullanılmıştır.

Yapılan incelemede 8219 yatan hasta dosyasınının 681'inde(%8,3)çeşitli eksiklikler bulunmuştur. Servis bazında sırası ile çocuk servisi 144 adetle(%1,8)ilk sırayı,137 adetle (%1,7) üroloji servisi ikinci sırayı ve 111 adetle(%1,4) kadın doğum servisi üçüncü sırayı almaktadır. Dosya içeriğine göre eksiklikler sırası ile 316 kere hasta tedavi kağıdı,228 kere cerrahi güvenlik kontrol listesi,92 kere aydınlatılmış onam,69 kere günlük gözlem kağıdı ve 40 kere hemşirelik hizmetleri kontrol formu tam doldurulmadığı tespit edilmiştir.

Sıralanan bu eksikliklerin giderilebilmesi için özellikle eğitim çalışmaları ile çalışanlarda kayıt tutma kültürünün geliştirilmesi ve yerleştirilmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Dosya Eksiği, Dosya Takibi, Kayıt Tutma Kültürü, Tıbbi Kayıt*

*Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

REVIEW OF DOCUMENTS OF HOSPITAL PATIENTS: SAMPLE OF KONYA SEYDİSEHIR STATE HOSPITAL

ABSTRACT

This study aims to detect whether documents and document contents of patients who receive a treatment on the dates between March 2011 and May 2012 are stored regularly and to take precaution against faults.

Is a cross-sectional study, in this study, to store and to follow the data, a software application, which has a database that is developed by both hospital information management systems and quality department, is used.

In this study, 8219 documents of hospital patient are reviewed. It is detected that 8.3% of patient documents (n=681) have inefficacy. In terms of services, pediatric services is on the first place with 1.8 percentage (n=144), urology services is on the second place with 1.7 percentage (n=137) and lastly gynecology services is on the third place with 1.4 percentage (n=111).

If we list the inefficacies in sequence, it is declared that patient treatment form wasn't filled well 316 times, surgery safety control list wasn't filled well 228 times, informant consent wasn't filled well 92 times, daily observation paper wasn't filled well 69 times and nursery services control form wasn't filled well 40 times.

To avoid the saprobes, some education programs should be organized for staff to improve their responsibility to fill and to store the forms regularly.

Keywords: *Document Deficiency, Tracking Document, Awareness Of Recording, Medical Record*

1. Giriş

Tıbbi kayıt; sağlık kurumuna başvuran yatarak ve ayaktan tedavi edilen hastaların, hastanede geçirdikleri süre içerisinde tanı ve tedavileri ile ilgili bölümler tarafından oluşturulan, kâğıda yazılmış kayıtlar (tedavi planı, hasta onamları vb.), resim, film, cihaz/bilgisayar çıktısı olarak bulunan veya elektronik ortamda saklanan her türlü tıbbi bilgi ve dokümandır (1. HKS Okulu, 2011). Düzenli tutulan tıbbi kayıtların saklanması ve aktarılması bilgi, zaman, hukuksal ve mali açıdan önem taşımasının yanı sıra kaliteli sağlık hizmeti sunumunun da göstergelerindedir (Özmen Ö, 2010:3).

Hasta dosyaları sağlık kurumlarına kabul edilen hastalara daha iyi bir bakım verilmesini ve bakımın değerlendirilmesini ve denetlenmesini sağlayan tıbbi kayıtlardan oluşur. Dosyalar hastanın doktoruna ve tedavinin gerçekleşmesini sağlayan diğer sağlık personeline hastayla ilgili bütün bulgu ve gelişmeleri kapsayacak şekilde sunulmalıdır. Hasta dosyalarından gerek hasta bakımı ve gerekse tıbbi araştırmalar yönünden daha verimli bir şekilde faydalanılması, bu dosyaların belirlenmiş kurallara çerçevesinde düzenlenmesine bağlıdır (1. HKS Okulu, 2011).

Bazı tıbbi uygulamalar, geçmişte günümüze ulaşabilmişse, o günkü insanların yaptıklarını kaydetmeleri nedeniyledir. Şüphesiz başka toplumlar da insanlarına sağlık hizmeti sunmuşlardır ama biz tıp tarihi denince Hammurabi Kanunları'nı, Chan Hanedanını, Mısır papirüslerini, Hipokrat'ı, Galen'i, İbn-i Sina'yı veya Florence Nightingale'i hatırlarız. Bunun esas nedeni, bu toplulukların ve bilim önderlerinin kayıttutmaya önem vermeleridir (Aktürk Z, 2002:58-69)

Günlük uygulamalarda tanıların %80'ini sadece tıbbi öykü ve fizik muayene ile konulabilir. Bilgi, tıbbi pratikte güçlü bir araçtır. Bu bilgi bir kez kullanıp hafızalarındaki bilgilerin unutmaya terk edebileceği gibi gelecekteki uygulamalarda kullanılmaya hazır kaydedilebilir de (Aktürk Z,2002:58-69).

Sağlık hizmeti sunan özel ya da tüzel kişiler, ister kamu kurumu ister özel kurum olsunkendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Bu başvuruların tanı veya tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur. Budurum Tababet ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun'u 72. maddesinde de açıkça belirtilmiştir. (www.hukukrehberi.net,2013).

Sağlık çalışanları kaydı tutarken okunaklı ve anlaşılabilir olmasına özen göstermelidirler. Hastalara kullanılan formlardaki tüm alanlar doldurulmalı, boş geçilmesi gereken alanlara açıklaması mutlaka yapılmalıdır. Tüm kayıtlarda tarih belirtilmeli, kayıtlar işlem anında da hemen sonra tutulmalı asla geriye donuk yapılmamalıdır.

Sağlık kayıt bilgileri hastaya ait olup yasal belgelerdir. Bu nedenle erişilebilirlik, bütünlük ve gizlilik önemlidir. Hastanın rızası olmadan ilgili sağlık çalışanları dışında kimse bu bilgilere ulaşmamalıdır. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 16. Maddesi'nde; "hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekil veya kanuni temsilcisi vasıtasıyla inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir" şeklinde belirtilmiştir.

Yine aynı yönetmeliğin 17. Maddesi'nde "hasta, sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir" denmektedir.

Hastalara kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra hastaneye başvurular sırasında daha önceki kayıtlarının ulaşılabilir olması hastanın bakım ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu sayede hastalar tedavi ve bakıma zamanında ulaşabilmektedir.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma ile Konya Seydişehir Devlet Hastanesi'nde Mart 2011-Mayıs 2012 arasında sağlık hizmeti sunumu sırasında yatarak tedavi gören hastalara ait kullanılan belgeler doldurulurken yapılan hataların, yapıma sıklıklarının, hata türlerinin belirlenmesi, dosya ve içeriğinin düzenli tutulup tutulmadığının tespiti ve gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerin planlanması amacıyla yapıldı.

Çalışma kesitsel nitelikte olup, çalışmanın verilerini kaydetmek ve takip etmek için, hastane bilgi yönetim sistemi ve kalite direktörlüğünce ortak geliştirilen bir veri tabanına sahip bilgisayar programı kullanıldı. Çalışmada 8219 yatan hasta dosyası incelendi.

3. Bulgular ve Tartışma

Çalışmada Mart 2011-Mayıs 2012 arasında 8219 yatan hasta dosyası içeriği incelendi. İncelenen dosya verileri şöyle sıralanabilir: bölümler arasında dosya eksikliği en fazla olan servis %21,1 n=144 dosya ile çocuk servisi, en az %0,1 n=1 cildiye servisi olarak belirlendi (Tablo 1). Bu durum ilgili zaman aralığında çocuk servisine yapılan hasta yatışlarının cildiye servisine oranla yüksek olmasından kaynaklandığı şeklinde

yorumlanmıştır.Çoban ve arkadaşlarının İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 2009–2010 yılı hasta dosyaları incelendiği çalışmalarında dâhili kliniklerin cerrahi kliniklere göre tuttuğu tıbbi kayıtlarda daha az eksik olduğu saptanmıştır. Bu eksiklikler 2010 yılında incelenen hasta dosyalarında 2009 yılına oranla daha az olduğu görülmüştür. Bu da araştırmacılar tarafından cerrahi kliniklerde hekim başına düşen hasta sayısının daha fazla olması olarak yorumlanmıştır.

Tablo 1. Servis Bazında Hasta Dosya Eksiği Verileri

Servisler	Dosya Eksiği Sayısı	Eksiksiz Doldurulan Toplam Dosya Sayısına Oran(%)	Eksik Doldurulan Toplam Dosya Sayısına Oran(%)	Toplam Dosya Sayısına Oran(%)
Beyin Cer.	13	0,2	1,9	0,2
Cildiye	1	0,01	0,1	0,01
Çocuk	144	1,9	21,1	1,8
Dâhiliye	85	1,1	12,4	1,03
FTR	9	0,1	1,3	0,1
Genel Cer.	77	1,02	11,3	0,9
Göğüs	36	0,5	5,2	0,4
Göz	3	0,04	0,4	0,03
İntaniye	1	0,01	0,1	0,01
Kadın Doğum	111	14,7	16,3	1,4
Kardiyoloji	2	0,03	0,3	0,02
KBB	15	0,2	2,2	0,2
Nöroloji	8	0,1	1,1	0,1
Ortopedi	34	0,5	4,9	0,4
Üroloji	137	1,8	20,1	1,7
Yoğun Bakım	5	0,06	0,7	0,06
Toplam			681	
Eksiksiz Doldurulan Toplam Dosya Sayısı			7538	

Eksik doldurulan dosya sayısı 681,eksiksiz doldurulan dosya sayısı 7538(Tablo 2). Eksik doldurulan dosya sayısının eksiksiz doldurulan dosya sayısına oranı % 9 ve eksik doldurulan dosya sayısının tüm dosya sayısına oranı % 8,3 olarak belirlendi(Tablo 3).

Tablo 2.Hasta Dosya Sayıları

Toplam Dosya Sayısı	Eksik doldurulan dosya sayısı	Eksiksiz doldurulan dosya sayısı
8219	681	7538

Tablo 3.Hasta Dosya Sayılarının Karşılaştırılması

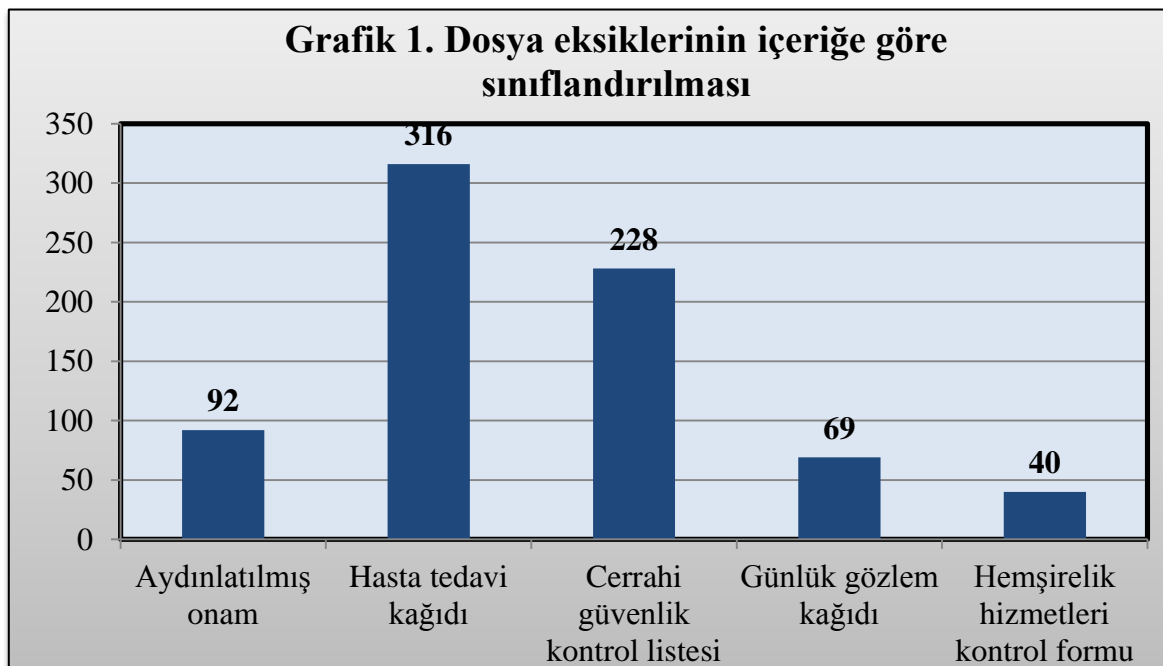
Eksik doldurulan dosya sayısının eksiksiz doldurulan dosya sayısına oranı(%)	Eksik doldurulan dosya sayısının tüm dosya sayısına oranı(%)
9	8,3

Tablo 4.İndikatör verileri ile Karşılaştırma

Hedef eksiksiz doldurulan dosya sayısı indikatörü oranı(%)	Mart 2011-Mayıs 2012 Eksiksiz doldurulan dosya sayısı oranı(%)
90 ≥ üzeri	91,7

Hastane kalite direktörlüğünce oluşturulan eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranı İndikatör takibine göre, hedef % 90 üzerine hatasız dosyaya ulaşmakolarakbelirlenmiştir. Mart 2011-Mayıs 2012 Aralığında %91,7 oranına ulaşılmıştır(Tablo 4). Böylece İndikatör hedef değeri gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada hasta dosya içeriğinin incelenmesinde; en çok %46,4 n=316 ile hasta tedavi kâğıdında (hekim kaşesi ve imzası eksigi, order yazılmasında ilacın tam adı, veriliş yolu, miktarı ve dozu) yapılan eksiklikler tespit edildi. Diğer eksikliklere bakıldığında hemşirelerin doldurması gereken hemşirelik hizmetleri kontrol formu % 4,6 n=40 ile en düşük seviyede olduğu tespit edildi. Burada dikkat çeken bir husus var ki hemşirelerin doldurması gereken dokümanların dışındaki eksiklerin tümü hekimleri ilgilendiren(aydınlatılmış onam alınması, tedavi kâğıdı, cerrahi güvenlik kontrol listesi, günlük gözlem) dosya hartaları oluşturmaktadır. Hekimlerin bu hususlara dikkat etmeleri ileride yaşanacak adli ve malpraktis durumlarında ilk başvuru yazılı kayıtlar olan hasta dosyası kayıtları olması nedeniyle önem arz edecektir.



4. Sonuç

Çalışmada Mart 2011-Mayıs 2012 arasında 8219 yatan hasta dosyası içeriği incelendi. Bölümler arasında dosya eksikliği en fazla olan servis %21,1 n=144 dosya ile çocuk servisi, en az %0,1 n=1 cildiye servisi olarak belirlendi. Eksik doldurulan dosya sayısının eksiksiz doldurulan dosya sayısına oranı % 9 ve eksik doldurulan dosya sayısının tüm dosya sayısına oranı % 8,3 olarak belirlendi. Eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranı İndikatör hedefi olan % 90 üzerine çıkarmak, ilgili dönem de %91,7 ile ulaşıldı. Dosya içeriğinin incelenmesinde; en çok %46,4 n=316 ile hasta tedavi kâğıdında (hekim kaşesi ve imzası eksikliği, order yazılmasında ilacın tam adı, veriliş yolu, miktarı ve dozu) yapılan eksiklikler tespit edildi. Kurumsal anlamdasıralanan bu eksikliklerin giderilebilmesi için özellikle eğitim çalışmaları ile çalışanlarda kayıt tutma kültürünün geliştirilmesi ve yerleştirilmesi sağlanmalıdır. Hekimlerin kendilerini ilgilendiren dokümanların doldurulması ve takibi açısından doğru ve eksiksiz kayıt tutma gerekliliği konusunda farkındalık yaratacak faaliyetler yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Kaynaklar

1. Aktürk Z (2002), “Aile Hekimliğinde Kayıtlar”. V. Ulusal Aile Hekimliği Kongre Kitapçığı, 2002 Adana
2. Çoban D, Çiftlik E E, , Özkan Durmuş M K,, Kesgin V, Yiğit Ö, Bir Eğitim Araştırma Hastanesindeki Tıbbi Kayıtların Etkinliğinin Değerlendirilmesi, 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, sözel bildiriler kitabı 2011:574
3. Özmen Özgür (2010), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Polikliniğinin 2007 Çalışmalarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi s:3
4. HKS Okulu, Ders Notları Kitabı, Antalya, 14-18 Mart 2011 sf 79.
5. <http://www.hukukrehberi.net/Details.aspx?id=92> (10.03.2013)

KONYA SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ'NDE YATAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Emrullah İNCESU*

ÖZET

Bu çalışma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi kliniklerinde yatarak hizmet alan hastaların tedavi ve bakım konusundaki memnun olma durumlarını ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadaki veriler Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının Standart anket seti kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda, kliniklerde yatan hastaların aldıkları bakım ve hizmetlere ilişkin memnuniyetlerini belirlemeye yönelik 16 soru bulunmaktadır. Araştırma örnekleme sansa bağlı örnekleme yolu ile seçilmiş olup, anket 2012 Ocak-Ağustos dönemi içerisinde kliniklerde yatan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 120 hasta üzerinde uygulanmıştır. Güvenirlilik analizi Cronbach's Alpha sayısı $\alpha=0,757$ olarak bulunmuştur. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında frekans sıklığı, yüzdelik ve ki-kare önemlilik testleri uygulanarak değerlendirildi.

Hastaların %90.8' i kliniklerde verilen hizmetten genel olarak memnun olduğu, hastaların eğitim durumuna göre, hastanenin güvenli olduğu ($\chi^2=17.619, p=0.024$), hemşirelerin kibar ve saygılı olması ($\chi^2=20,631, p=0.008$) ve hastaların meslek durumuna göre, doktorların hastalara hastalıkları hakkında bilgi vermesi ($\chi^2=26,935, p=0.008$) soruları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta memnuniyeti, Sağlık hizmetleri, Yatan hasta

*Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

KONYA SEYDİŞEHİR SATİSFACİON RATE OF HOSPİTALİZED PATİENTS STATE

ABSTRACT

This study was Seydişehir State Hospital, clinics, inpatient services, and the status of the patients being satisfied with their treatment and care was conducted to determine the factors that influence satisfaction.

Quality Assurance and Accreditation of the Department of Health data for the study were collected using a set of standardized questionnaire. In the form of a questionnaire, take care of inpatients, and there are 16 questions to determine their satisfaction regarding the services. The sample was selected by way of example and not by chance, in the period January to August 2012 inpatients survey and research carried out on 120 patients who volunteered to participate. Number of Cronbach's alpha reliability analysis was found to be $\alpha = 0.757$. 16.0paket the frequency range of SPSS program, percentage and chi-square tests were used for.

Patients, 90.8% of the clinics are generally satisfied with the service provided, by education level of the patients, the hospital is safe ($\chi^2 = 17.619$, $p = 0.024$), to be polite and respectful of nurses ($\chi^2 = 20.631$, $p = 0.024$) and patients according to profession the doctors to give information about the disease ($\chi^2 = 26.935$, $p = 0.008$), the difference was statistically significant questions.

Keywords: Patient satisfaction, health care, in-patient

1.Giriş

Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu için hasta memnuniyeti sağlık kurumlarının önemli faaliyetlerinin başında gelmektedir. Günümüzde artan rekabet, teknoloji, eğitim düzeyi ve iletişim imkanları sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini, faaliyetlerinin Odağına almayı zorunlu hale getirmiştir. (Akça vd., 2013:169)

Memnuniyet; algılanan kalite ile beklenen kalitenin bir fonksiyonu olarak ifade edilmektedir. Hizmet alan bireyin mutluluğunun sağlanması, rekabetçi sistemlerin önemli araçlarından biridir. Sağlık hizmeti alanında bunun somut uygulaması hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır (Aydın ve Demir, 2007:31).

Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmede dikkate alınması gereken temel kriterlerden biridir. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, hizmet kalitesinin bir değerlendirmesidir.

Hasta tatmininin sağlanması, hastanın beklentilerinin iyi bir şekilde karşılanmasıyla mümkün olabilmektedir. Hasta tatmini birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlardan bazıları; hizmetten umulan fayda, algılanan performans, geçmiş deneyimler, hizmet sunumunun hasta ve ailesinin kültürüne, eğitim düzeyine, yaşam tarzına, sosyal sınıf ve statüsüne, zevk ve alışkanlıklarına, önyargılarına uygunluğu, gibi faktörlerdir (Şahin, v.d. 2005:137).

Kalite uygulamaları içerisinde sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken çok çeşitli bir insan kitlesi bulunmaktadır (Özer ve Cakıl, 2007). Sağlık sektöründe bireyin sağlık gereksinimlerinin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeni ile memnuniyet ile ilgili

ölçütler, toplumdaki diğer hizmet alanlarındaki ölçütlerden daha farklı ve karmaşıktır (Wilkin vd., 1992:16-18)

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi kliniklerinde yatarak hizmet alan hastaların tedavi ve bakım konusundaki memnun olma durumlarını ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Konya Seydişehir Devlet Hastanesi kliniklerinde yatarak sağlık hizmeti alan hastalar oluşturmaktadır.

2.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışma verileri Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının Standart anket seti kullanılarak toplandı. Anket formunda, kliniklerde yatan hastaların aldıkları bakım ve hizmetlere ilişkin memnuniyetlerini belirlemeye yönelik 16 soru bulunmaktadır. Araştırma örnekleme sansa bağlı örnekleme yolu ile seçildi, anket 2012 Ocak-Ağustos dönemi içerisinde kliniklerde yatan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 120 hasta üzerinde uygulandı. Güvenirlilik analizi Cronbach's Alpha sayısı $\alpha=0,757$ olarak bulundu. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında frekans sıklığı, yüzdeler ve ki-kare önemlilik testleri uygulanarak değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

2.4. Sınırlılıklar

Bu çalışma Konya Seydişehir Devlet Hastanesiyle sınırlı tutulmuştur. Bu yüzden, elde edilen bilgilerle bölge veya ülke çapında bir genellemeye gidilmemiştir. Çalışmanın Seydişehir Devlet Hastanesiyle sınırlı tutulmasının sebebi zaman ve maliyet kısıtlarıdır.

3. Bulgular

Hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Araştırma katılan hastaların %68,3'si kadın, %31,7'si erkek, %35,8'i nin 31-40 yaş aralığında olduğu, en sıklıkla %44,2'sinin ilköğretim/ortaokul düzeyinde eğitim aldığı, %49,2'sinin ev hanımı olduğu, %90'ının evli olduğu ve %58,3'ünün SGK çalışmanı olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Çeşitli Özelliklere Göre Dağılım Durumu

Özellikler	Sayı(n)	%
Cinsiyet		
Erkek	38	31,7
Kadın	82	68,3
Yaş Grupları		
0-10	2	1,7
11-20	2	1,7
21-30	22	18,3
31-40	43	35,8
41-50	19	15,8
51-60	21	17,5
61 ve üzeri	11	9,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	18	15
Okuryazar	3	2,5
İlkokul/ortaokul	53	44,2
Lise ve dengi	28	23,3
Ön Lisans-Lisans	18	15
Meslek		
Kamu görevlisi	16	13,3
İşçi	15	12,5
Emekli	13	10,8
Çiftçi	4	3,3
Serbest meslek	10	8,3
Öğrenci	3	2,5
Ev hanımı	59	49,2
Medeni durumu		
Evli	108	90
Bekâr	12	10
Sosyal Güvence		
SGK çalışan	70	58,3
SGK emekli	42	35
Yeşil kart	6	5
Diğer	2	1,7

2012 Ocak-Ağustos döneminde 120 hasta ve hasta yakınlarına yüz yüze anket uygulama yöntemi ile yapılan hasta memnuniyeti anket sonuçları şu şekilde sıralanabilir (Tablo 2): Çalışmaya katılanların, % 76,7’i hasta odasını temiz bulduğu, %84,2’si yemeklerin sıcak bulduğu, % 90,8’i hekimlerin hastalık konusunda hastayı bilgilendirdiği, % 98,3’i hekimlerin hastalara karşı kibar ve saygılı olduğu, %91,7’i hemşirelerin kibar ve saygılı olduğu, % 90,8’i hastaneyi güvenli bulduğu, %79,2’si hastaneyi genel olarak temiz bulduğu ve hastaların %90,8’i hastanede verilen hizmeti genel olarak iyi bulduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 2. Hastaların Tedavi Ve Bakım Konusundaki Memnun Olma Durumları

Değişkenler	Evet		Biraz/ Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Yattığım oda temizdi.	92	76,7	23	19,2	25	4,2
Oda sıcaklığı uygundu.	116	96,7	3	2,5	1	0,8
Yattığım oda ve çevresi gürültülü değildi.	99	82,5	11	9,2	10	8,3
Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.).	104	86,7	13	10,8	3	2,5
Yemekler geldiğinde sıcaktı.	101	84,2	16	13,3	3	2,5
Yemekler lezzetliydi.	78	65	34	28,3	8	6,7
Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.	109	90,8	9	7,5	1	1,7
Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı.	118	98,3	2	1,7	-	-
Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı.	110	91,7	7	5,8	3	2,5
Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler.	104	86,7	11	9,2	5	4,2
Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	112	93,3	8	6,7	-	-
Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.	106	88,3	12	10	2	1,7
Bu hastane güvenlidir.	109	90,8	10	8,3	1	0,8
Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.	103	85,8	13	10,8	4	3,3
Hastane genel olarak temizdi.	95	79,2	22	18,3	3	2,5
Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	109	90,8	10	8,3	1	0,8

Hastaların mesleki durumuna göre, doktorların hastalara hastalıkları hakkında bilgi vermesi ($\chi^2=26,935, p=0.008$), hekimlerin kibar ve saygılı olması ($\chi^2=13,220, p=0.004$), ve hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi vermesi ($\chi^2=25,219, p=0.014$) ile ilgili sorularına verilen cevaplar aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 3. Hastaların Meslek Dağılımına Göre Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	Meslek							X ² p
	Kamu Görevlisi(Memur)	İşçi	Emekli	Çiftçi	Serbest Meslek	Öğrenci	Ev hanımı	
Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.								X ² =26,935 p=0.008
Evet	10	15	13	4	10	3	54	
Kısmen	6	0	0	0	0	0	3	
Hayır	0	0	0	0	0	0	2	
Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı.								X ² =13,220 p=0.04
Evet	14	15	13	4	10	3	59	
Kısmen	2	0	0	0	0	0	5.8	
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	
Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler.								X ² =25,219 p=0.014
Evet	9	13	12	3	8	2	57	
Kısmen	5	1	0	1	2	1	1	
Hayır	2	1	1	0	0	0	1	

Hastaların öğrenim durumuna göre, hastanenin güvenli olduğu ($x^2=17.619, p=0.024$), hemşirelerin kibar ve saygılı olması ($x^2=20,631, p=0.008$), temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılı olması ($x^2=30,732, p=0.000$) ve hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi vermesi ($x^2=25,219, p=0.014$) ile ilgili sorularına verilen cevaplar aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 4. Hastaların Öğrenim Durumu Göre Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	Öğrenim Durumu					X ² p
	Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul/Ortaokul	Lise ve dengi okul	Üniversite ve üstü	
Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı. Evet Kısmen Hayır	17 0 1	3 0 0	52 1 0	26 2 0	12 4 2	X ² =20,631 p=0,008
Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı Evet Kısmen Hayır	17 1 0	3 0 0	49 2 2	27 1 0	10 8 0	X ² =30,732 p=0,000
Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler. Evet Kısmen Hayır	17 0 1	3 0 0	49 3 1	26 1 1	9 7 2	X ² =27,224 p=0,001
Bu hastane güvenlidir Evet Kısmen Hayır	16 1 1	3 0 0	49 4 0	28 0 0	13 5 0	X ² =17,619 p=0,024
Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı. Evet Kısmen Hayır	13 0 0	3 0 0	53 0 0	28 0 0	16 2 0	X ² =11,525 p=0,021

4.Sonuç ve Öneriler

Hasta memnuniyetinin; gelişen ve modernleşen dünyada ve insan haklarının hızla anlaşıldığı günümüzde her sektörde olan müşteri memnuniyeti ile aynı paralelde düşünülmesi gerektirir. Sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, hasta memnuniyetlerini gözden geçirdikleri kalite yönetim politikasını, birimlere ve doktorlara kadar indirgemelidirler. Tıp bilimiyle bağdaştığı sürece ve etik kuralları çerçevesinde hastaların istekleri de göz önüne alınmalı ve hekim-hasta ilişkisinde hasta merkezli bir yaklaşım benimsenmelidir. Çalışmada hastaların %90.8’i kliniklerde verilen hizmetten genel olarak memnun olduğu saptanmıştır. Bu değer yüksek çıkmasında hekim ve diğer sağlık çalışmalarının, hastalara karşı tutumlarının etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bunu dışında özellikle otelcilik hizmetleri kapsamında (odaların temizliği, yemeklerin sıcaklığı ve lezzeti) hastaların daha özenli hizmet almak istedikleri belirlenmiştir. Hastanenin özellikle otelcilik hizmetleri konusunda özen göstermesi, memnuniyet düzeyini daha da artırmada etkili olacaktır.

Kaynaklar

- 1.Akça S,AkanB,Baysal Z, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Hasta Memnuniyeti “Bolu İzzet Baysal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi”4.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi poster bildirileri el kitabı 2013:169
- 2.Aydın, Sabahattin ve Demir, Mehmet (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Sağlıkta Donuşum Serisi – 2 Sağlık Bakanlığı Yayını Ankara,sayfa: 31
- 3.Ozer A, Cakıl E (2007) Sağlık Hizmetlerinde Hasta memnuniyetini Etkileyen Faktorler,Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3):140-143.
- 4.Wilkın L, Hallam L, Dogget MA (1992) Measures of NeedandOutcomeforPrimaryHealthCare, Oxford University: 16-18.
- 5.Sahin TK, Bakıcı H, BilbanS, ve ark. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Derg 2005;15:137-42.

KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE SAĞLIK HİZMET KALİTESİ BİLGİ VE TUTUM DÜZEYİ: ARTVIN İLİ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ

Mukaddes DAĞ*

Güllizar ŞİMŞEK**

Murat AÇIKGÖZ***

ÖZET

İç müşteri olarak kabul edilen personelin gerek yaptığı işten, gerek hasta ve hasta yakınları ile ilişkilerinden gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı kaliteli bir hizmet sunması planlanan ebe ve hemşirelerin bu konudaki kendi bilgi ve tutum düzeylerinin incelenerek memnuniyetlerinin değerlendirilmesidir.

Çalışma evrenini Artvin İli Kamu Hastanelerinde görev yapan ebe ve hemşireler oluşturmuş olup, veri toplama aşamasında “ sosyodemografik özellikler anket formu” ve “katılımcıların kalite bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik” soruları içeren anket formu yüz yüze görüşme yolu ile katılımcılara uygulanmıştır. Çalışmanın verileri SPSS 17,0 ortamında sayı, yüzde, ortalama ve t testi kullanılarak yapılmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü kurumdan yasal izin, katılımcılardan ise yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Cinsiyetlerine, medeni durumlarına, çocuk sayılarına mesleklerine, yaş ortalamalarına, toplam çalışma sürelerine, Hastanede çalışma sürelerine, birimde çalışma sürelerine ve aldıkları hizmet içi eğitim durumlarına göre veriler değerlendirilmiştir. Araştırmaya 59’u Ebe ve 129’u Hemşire olmak üzere 182’si kadın 6’sı erkek toplamda 188 sağlık personeli katılmıştır. Katılımcıların % 25’i lise ,%54’ü yüksekokul, %18’i fakülte ve %3’ü lisansüstü mezunudur. Araştırmamız ile kalite uygulamaları beklenen seviyede olmasa da bu konuda yapılan çalışmaların önemsendiğini düşündürmektedir. Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin kaliteye yönelik bilgi ve tutumlarının büyük oranda “yeterli” ve “kısmen yeterli” olduğu belirlenmiştir.

Yapılan bu çalışma sonrasında yönetimin sağlık hizmetleri kalitesini arzu edilen seviyeye çıkarmak için çalışanların düşüncelerini de göz önüne alarak, çalışanlarını motive edici ve çalışma alanlarında ki fiziksel olumsuzlukları giderici bir çözüm anlayışı geliştirmesi yanında iletişim öğelerini de gözden geçirerek çalışanlarla işbirliği içerisinde ekip ruhu anlayışıyla hareket etmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebeler, Hemşireler, Kalite, Bilgi ve Tutum düzeyi.

* Uzm. Artvin İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü, mukaddesdag08@gmail.com

** Uzm. Artvin Halk Sağlığı Müdürlüğü, son-yaprak@windowslive.com

*** Uzm. Sıla Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. disci66@gmail.com

OF NURSES WORKING IN PUBLIC HOSPITALS HEALTH SERVICE QUALITY MANAGEMENT KNOWLEDGE AND ATTITUDES: ARTVİN PROVINCE PUBLIC HOSPITALS CASE

ABSTRACT

It is too important for personnel who is regarded as interior customer to be satisfied with both his job and the relationship between patients and his relatives and other colleagues. The main aim of this study is to evaluate the pleasure of the nurses and midwives that are planned to offer a qualified service by investigating their level of information and manner.

The study's are is the midwives and nurses working in the public hospitals in Artvin. At the stage of getting data , “socio- demografic questions form “ and “the questionnaire form including the questions that are felated to determine the porticipant qualified information and attitudes” are applied to porticipants by face to face interview. The data of the study is obtained by using number, percent average and the test of “t” in the programme of SPSS 17,0. The institutions where the study is applied is obtained legal permission and the written approve is taken from the participants. . The data was evaluated according to their sexes, their martial status, their numbers of children, their professions their average of age, their total working time in hospital and unit and the situation of in service training.

182 women and 6 men health personels 59 midwives and 129 nurses participated in this study. In this study; The 25 % of participants are the graduates of highschool. The 54 % of participants are the graduates of a two year collage. The 18 % of participants are the graduates of university. The 3 % of participants are the graduates of postgraduate education.

Our study shows that qualty practice isn't in the expected level and this studies are considered important for development. Midwives and nurses who are participated in the study have substantially “sufficient “ and “ partly sufficient “ information and attitude related to quality

After this study, to increase the quality of the health service to the desired level, the management should work in cooperation with workers in a team spirit sensibility by taking worker's ideas into consideration, motivating workers, developing an effective understanding way to get rid of physical negativennes in the working areas and also checking out communication elements.

Keywords: *Midwives, Nurses, Quality The level of information and Attitude.*

1.Giriş

Dünyada ve Türkiye’de son yıllarda kalite kavramı oldukça önem kazanmış kurumsal alt yapı ve hizmet boyutundan yönetime kadar her alanda hızla ilerlemeye başlamıştır.

Bu kapsamda kaliteyi yaratan insan kaynağının değeri kanıtlanmıştır. Kuruluşlar da bu değere oldukça önem vermeye başlamışlardır. İnsan hayatının içinde yer alan sağlık hizmetleri de, kamu sektörünün ve özel sektörün önemli bir parçası olarak son dönemde

kaliteye, hasta memnuniyetine etkili, verimli, ekonomik, erişilebilir, hakkaniyetli ve hizmet odaklı bir anlayışa doğru ilerlemektedir.

Kalite ile ilgili tüm yaklaşımların temel elementlerinden birisi de müşterinin tam memnuniyetidir. İç müşteri olarak kabul edilen personelin gerek yaptığı işten, gerek hasta ve hasta yakınları ile ilişkilerinden gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı kaliteli bir hizmet sunması planlanan ebe ve hemşirelerin bu konudaki kendi bilgi ve tutum düzeylerinin inceleyerek memnuniyetlerinin değerlendirilmesidir.

2. Genel Bilgiler

Hizmet sektörünün emek-yoğun bir sektör olması, hizmetlerin heterojen olmalarına işaret etmektedir. Başka bir ifadeyle, hizmetlerin heterojen olma özelliği, hizmetlerin önemli bir kısmının üretiminde insan unsurunun, makine ve teçhizata nazaran daha yoğun olarak katılmasından kaynaklanmaktadır. Bunun sonucu olarak da, hizmetlerin üretiminde insan unsurunun bulunması, hataların kaçınılmazlığını gündeme getirmektedir. Diğer taraftan, bu özellik üretilen hizmetlerin, kalite ve standardizasyon açısından farklılık gösterebileceklerini göstermektedir.

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri, her geçen gün son teknoloji kullanımı, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliği anlamında gelişmiş batı ülkelerini aratmayacak şekilde hatta birçok alanda da örnek olacak şekilde gelişmektedir. Her zaman daha iyisini gerçekleştirme adına, Bakanlık çalışmaları sürekli değişim ve yenilenme sürecinden geçmektedir. Bu çalışmalardan biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları'dır.

2.1. Kalite Olgusu

Kalite günlük hayatımızda çok kullandığımız bir kavramdır. Ancak bu kadar sıklıkla kullandığımız ve hemen her alana uyarlamaya çalıştığımız bu kavramı hepimizde aynı düşünceyi yaratan ortak değer haline getirebilmek oldukça zordur. Görevlerimiz, rollerimiz, sorumluluklarımız, beklentilerimiz ve menfaatlerimiz bu kavrama farklı anlamlar yüklememize yol açabilir. Uzmanların yaptığı tanıma göre Kalite; Temelde var olan özelliklerin ihtiyaçları karşılmasıdır (ISO/FDIS 9000).

Daha açık bir ifadeyle, hizmet için edinilen bilgi, insan, malzeme ve teknolojik bütün alt yapının sağlık hizmeti ihtiyacı olanın bu ihtiyacını tam olarak karşılmasını anlarız. Yani kaliteli sağlık hizmeti, doğru kişiye, doğru işi, doğru zamanda, doğru yolla, doğru araçlar kullanarak yapmak ve mümkün olan en iyi sonucu elde etmektir (Aydın, 2008).

Kalite; Ürün veya hizmet ile ilgili özelliklerin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama derecesidir (Hurşitoğlu, 2001).

Kalite, geliştirme görüşünden hareketle bir örgütte, çeşitli süreçlerin bir araya gelmesidir diyebiliriz. Bir sürecin niçin var olduğunu bilmek, onu geliştirmenin ilk adımıdır. Genellikle bir örgütte sürecin amacının ne olduğu unutulur, süreç kendi haline terk edilir. Bir

varoluş nedeninin ötesinde bütün süreçler, hizmet sunacağı kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için de vardır. Bir örgüt, her bir sürecin varoluş nedenini, her bir sürecin kime hizmet sunacağını ve müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının ne olduğunu belirlemek zorundadır (Chaffee, 1992).

2.2. Kalite Yönetiminin Tarihi

Tarihte ilk kalite konusunun gündeme geldiği zaman ile ilgili kaynaklar değişik zamanları işaret etse de tarihçiler tarafından bu süre 3000 yıl öncesine kadar dayandırılmaktadır. Bazı tarihçiler kalitenin insanlık tarihi kadar eski olduğunu savunurken, bazıları da kayıtların tutulmaya başladığı dönemleri kalitenin başlangıcı olarak kabul etmektedirler (Graham, 1995).

Kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö 2150 yılına Hammurabi Kanunlarına dayanmaktadır. 2150 tarihli Hammurabi Kanunlarındaki “Bir inşaat ustasının inşa ettiği bir ev, ustanın yetersizliği ve işini gereği gibi yapmaması nedeni ile yıkılarak ev sahibinin ölümüne yol açarsa o usta öldürülecektir.” bu maddede öngörülen ceza ilkel de olsa kalite olgusunu açık bir şekilde anlatmaktadır. Ellis ve Whittington, Mısır, Asur, Çin, Yunanistan ve Roma’daki kalite faaliyetlerini ‘embriyonik dönem’ olarak tanımlamışlardır. Bu dönem kalite adının geçmediği ama üstü kapalı olarak kalite tekniklerinin olduğu dönemdir. Bu zamanda endüstriyel kalite çalışmaları her ne kadar üstü kapalı ise de, Roma yapıtlarında, Yunanistan’ın olağanüstü eserlerinde ve Piramitlerde kendini göstermektedir. Fine ve Meyer, çok eskiden beri kalite geliştirme ve değerlendirmenin olduğuna işaret etmekte, M.Ö.15. yy da Hipokrat’tan bu yana yazılmış profesyonel kodları, mısır papirüsleri üzerine yazılmış uygulama kılavuzlarını, M.S. 200 yılından itibaren İran’daki kalite değerlendirme ve geliştirme çalışmalarını, Çin’deki Chou Hanedanının sonuç (çıktı) yönetimini örnek olarak göstermektedirler. Benzer kalite faaliyetleri Ortaçağda, Rönesans döneminde ve her başarıyla biten tarihsel çağlar süresince de raporlanmıştır (Meisenheimer, 1992).

Kalite yönetimiyle ilgili geliştirilmiş ilk sistematik Bell Systems tarafından uygulamaya koyulmuştur.

1915’li yıllardan 1950’li yıllara kadar geçen dönem üretim sonunda yapılan kalite kontrolünün neden olduğu yüksek maliyetlerin düşürülmesi ve kalitenin daha sistemli bir şekilde ele alınmasına yönelik çalışmaların hız kazandığı bir dönem olmuştur. Kaliteye anlayışı, 1960’lı yıllardan sonra kendini yenileyerek insan odaklı olmaya başlamış insana yönelik yönetsel kuramları da güçlendirmiştir. Kalitenin sadece üretim kontrolüyle görevli kişilerin değil tüm çalışanların sorumluluğunda olduğu ön plana çıkarılmıştır. Firmalar arasında yapılacak rekabetin üretim çokluğuyla değil üretilen malın kalitesiyle olması gerektiği düşüncesi göz önünde bulundurulmuştur.

O güne kadar kalitenin yalnızca ilgili birimin sorumluluğunda olduğu düşünülürken Deming’in fikirlerine önem veren Japon sanayicileri kaliteyi sağlama işlevini tüm süreçlere, tüm çalışanlara ve sistemin bütününe yayarak kalite hareketinin daha bilinçli bir şekilde uygulanabilmesi için ilk adımlar atılmıştır.

Kaliteli üretme çabaları sonrası maliyetlerin düşürülmesi ve etkinliğin artırılması çabaları rekabet kavramının da ön plana çıkmasına neden olmuştur. Teknolojinin henüz tam anlamıyla gelişmediği dönemlerde rekabetin gücü üretime göre değerlendirilmekteydi. Üretim miktarının fazla olması firmaların değişik avantajlar elde etmesini ve bunun sonucunda rekabette öne geçmesini sağlamaktadır.

Teknolojinin yaygınlaştığı 1970'li yıllarda üçüncü dünya ülkelerinin daha ucuz üretim faktörleriyle uluslararası pazarlara girerek büyük Batılı sanayicilerden pay kapmaları sonucunda maliyetle rekabet dönemi başlamıştır. Teknoloji gelişimi kalite yönetimine çok önemli değişiklikler getirmiştir. Ürünler üzerindeki mükemmelliği sağlama çabaları teknoloji ile birlikte önemli mesafeler kaydetmiştir.

Küreselleşmenin ekonomik alandaki etkilerini iyice hissettirmeye başladığı 1980'li yıllardan sonra, rekabete önce "kalite" sonra "hız" ve "tasarım üstünlüğü" boyutları eklendi. Pek çok yönden tatmin olarak ucuz ve bol üretime doyan tüketici kitleler artık ürünün, müşteri beklentilerine uygun, dolayısıyla kaliteli olmasının yanı sıra kısa süre içerisinde üretilir olmasını istiyorlardı. 1990'lı yıllarda ise kalite düşüncesinin ürün kalitesi yanında hizmet sektöründe de önemli olduğu gerçeği ortaya çıkmıştır. Böylelikle, kökeninde insan olan ve mal-hizmet üretiminde kaliteyi hedefleyen ve müşteri doyumunu ve sürekli gelişme kendine temel ilke edinen TKY kavramı ortaya çıkmıştır.

2.3. Kalitenin Ülkemizdeki Başlangıcı ve Yaklaşımları

Sağlık sektöründe, hastane hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamaları 1980'li yılların sonunda Amerika'da uygulanmaya başlanmıştır.

Türkiye'de Kalite yönetimi ve Kalite kavramı 1980'li yılların ikinci yarısına rastlamaktadır. Bu dönemde bazı büyük sanayi kuruluşlarının öncülük yaptığı görülmektedir. Ama Türkiye'de gerçek anlamda Kalite yönetimi ve Kavramı 1990'lı yılların başlarında KALDER ve TUSİAD'ın önderliğinde atağa geçmiş ve bu kavramlar daha ciddiye alınmaya başlamıştır.

2.4 Hizmet Sektöründe Kalite

Hizmet, Fiziksel mallardan hayli farklı olmaları ve değişkenlik göstermeleri nedeniyle hizmetlerin tanımlanması zordur. Amerikan Pazarlama Birliği hizmetleri, satışa sunulan ya da malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar ya da doyunluklardır diye tanımlamıştır (Cemalcılar, 1986: 452).

Hizmet; fiziksel olarak sahip olunamayan bir iş, hareket veya çabayı içeren soyut mamullerdir (Berry, 1980: 24).

Hizmetleri diğer ürünlerden ayıran dört önemli özelliği vardır.

* Soyutluk; hizmetler elle tutulamaz, gözle görülemez. Hizmetler satın alınmadıkça ne oldukları bilinemez. Üreticiden tüketiciye doğru aktarılırlar, taşınamaz ve depolanamazlar.

* Hizmetler onları üretenden ayıramaz. Bir başka ifadeyle hizmetlerde satıcı ile alıcının birada bulunması gerekir.

* Hizmet kalitesinin değişikliği; Hizmet kalitesi onu sunan kişiye göre değiştiği gibi zaman içerisinde aynı kişi düzeyinde de sabit kalmaz. Hizmetin oluşumunda insan emeğinin oranı yükseldikçe, kalite farkı da artar.

* Hizmetler depolanamazlar; Fiziksel ürünler önce üretilir, sonra depolanır, satın alınır ve tüketilir. Hizmetler önce satın alınır, sonra üretilir ve üretildiği anda tüketilir. Hizmetlerin üretilip depolanarak saklanması mümkün değildir. Hizmet bir yandan üretilirken bir yandan da tüketilmektedir (Karafakıoğlu, 1998: 111-116).

2.5. Sağlık Hizmetleri

İnsanların sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik verilen hizmetler sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Dünya Sağlık Teşkilatı, sağlık hizmetleri sistemini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinme ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamış ve sağlık hizmetlerini üç grupta incelemiştir. Bunlar:

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleridir (Fişek, 1985: 4).

Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla beraber kendine has başka özellikleri de vardır. Bunlar;

- * Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- * Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- * Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur, bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
- * Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır.
- * Sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eşgüdümleşme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açar.
- * Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Hizmet standartlaştırılmaz, her hasta için o hastaya özel bir süreç izlenir.
- * Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. İkamesi yoktur.
- * Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- * Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür (Kavuncubaşı, 2000: 52).

2.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Anlayışına Göre Yaklaşımlar

Sağlıkta kalite anlayışı farklı bakış açılarına göre değişiklikler göstermektedir. Bu konu hizmet sunanlar penceresinden farklı, hizmeti alanlar penceresinden farklı algılanabilmektedir.

2.6.1. Sağlık Bakım Hizmeti Yaklaşımı

Bu bakış açısı, sağlık hizmeti almakta olan hastaya verilmekte olan hizmetlerin kalitesi ve güvenliğine odaklanır. Genellikle 3 hareket noktası vardır (Ovretveit, 1992). Bunlar;

* **Hasta Kalitesi:** Sağlık bakımı esnasında ve sonrasında hastaların İsteddiği ve umdukları hizmetlerin verilmesi,

* **Profesyonel Kalite:** Sağlık personelleri tarafından belirlenen, hastanın klinik ihtiyaçlarını en etkili bir şekilde sağlayacak yöntem ve süreçler,

* **Yönetim Kalitesi:** Hastaların ihtiyaçlarını ve haklarını gözeterek, israf etmeksizin hasta kalitesi ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde temin etmek için uygun kaynakların kullanımı.

2.6.2. Bakım Sistemi Yaklaşımı

Çoğu kalite stratejileri belirli sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmeyi amaçlar. Ancak çoğu kalite problemleri hastalar belli bir hizmeti alırken değil, hizmet alanları arasında yer değiştirirken yaşanmaktadır. Hastalar kendilerine sunulan belirli bir sağlık hizmetinin kalitesinden memnun olabilirler. Ancak genellikle bir başka hizmet alanına geçerken memnuniyet kaybolur. Genellikle sağlıkla ilgili bilgilerin yeterince ikinci noktaya aktarılamaması veya uygun yere sevkini yapılamaması bunu doğurmaktadır. Hasta bakımının kalitesi, hastanın tedavi aldığı serviste ne kadar iyi hizmet gördüğünün yanında hizmetle ilişkili servislerin birbiriyle ilişkisine de dayanmaktadır. Özel olarak hasta kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesini ele almanın yetersizliği karşısında, konuya bütüncül yaklaşıma çalışarak “sistem kalitesinden” söz edilmektedir. Bu yüzden kalite ve güvenlik anlayışı sistemi bir bütün olarak görmek zorundadır. Bir sağlık sisteminin kalitesi, farklı hizmetlerin veya farklı servislerin kalitelerinin toplamından daha önemlidir. Klinikler arası koordinasyon, koruyucu hizmetler ve hatta sağlık promosyonu dikkate alındığında çok daha farklı sektörler arası koordinasyon gerektiren bir organizasyon ihtiyacının doğduğunu görürüz. İşte bu organizasyonun problemsiz olarak istenen sonuçları vermesi sistem kalitesini ifade eder. Sistem kalitesi, nihayetinde toplumun kalitesini yükseltecek şekilde hastaların hastalandıkları anda ve sağlık bakımı ile her türlü ilişkilerinde hizmet alabilmelerinin en etkili yolunu oluşturmak üzere farklı hizmetlerin bir araya gelmesi olarak tanımlanmaktadır.

2.7. Kaliteli Sağlık Hizmetinin Hedefleri

Hizmet; Endüstriyel kullanıcı ya da tüketiciye pazarlandığında istem doyumu sağlayan, malın satışıyla ya da başka bir hizmetle ilgili olmayan, bağımsız olarak tanımlanabilen soyut faaliyetlerdir (Sezgin, 1987: 4). Fiziksel mallardan hayli farklı olmaları

ve değişkenlik göstermeleri nedeniyle hizmetlerin tanımlanması zordur. Sağlık hizmetinin hedefleri;

Güvenli (Safe), Etkili (Effective), Hasta Merkezli (Patient Centered, Vakitli (Timely), Yeterli (Efficient), Hakkaniyetli (Equitable) olarak sıralanabilir.

2.8. Kalite Yaklaşımını Oluşturan Temel İlkeler

- * Müşteri odaklılık (Memnuniyet)
- * Önleyici yaklaşım (Süreçlerin baştan titizlikle planlanarak yapılması, Süreç bazında kontroller yapılması ve hatalardan dersler çıkartılması)
- * Grup çalışması (tüm çalışanların katılımının sağlanması, problem çözme, sürekli gelişme için önerilerin ortaya konulması)
- * Çalışanların eğitimi
- * Üst yönetimin liderliği (Vizyonu önce üst yönetim benimsemeli ve uygulamalı, çalışanların katılımını sağlamalı, yönlendirmeli ve motive etmelidir.)
- * Tedarikçilerle işbirliği (Tedarikçi paydaş olarak firma ortağı kabul edilir, Ancak ortaklık anlayışı ile kaliteli, ekonomik ve hızlı girdilerle rekabet avantajı sağlanır)
- * Kurum İçi İletişim (olumlu çalışma atmosferi, sağlıklı iletişim bu iletişimin sağlanabilmesi için politikanın, hedef, beklentiler ve ihtiyaçların belirlenerek iyileştirme önerilerinin açıklanması gereklidir.)
- * Sürekli gelişme (Sürecin değerlendirilmesi, çözümle, iyileştirme.)
- * İstatistik ve analizden yararlanma (Ölçemediğiniz şeyi yönetemezsiniz, yönetemediğinizi iyileştiremezsiniz) (Vardar, 2011).

3. Araştırma Gereç ve Yöntemleri

3.1. Araştırmaya İlişkin Genel Bilgiler

Bu çalışma Artvin İli Kamu Hastaneleri'nde çalışan ebe ve hemşirelerin kalite konusundaki bilgi ve tutum düzeylerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.1.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma gerekli yasal izinler alındıktan sonra Nisan 2013 döneminde Artvin İli Kamu Hastaneleri'nde yürütülmüştür.

3.1.2. Evren ve Örneklem

Çalışma evrenini Artvin İli kamu Hastanelerinde görev yapan ebe ve hemşireler oluşturmuş olup örneklem seçiminde herhangi bir örnekleme seçme yöntemine gidilmemiştir. Rastgele seçilmiş 5 sağlık personeliyle deneme uygulaması yapılarak sorular hazırlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşireler çalışma kapsamına alınmış ve çalışmanın örneklemini 188 (n:188) kişi oluşturmuştur.

3.1.3. Veri Toplama Aşaması

Veri toplama aşamasında oluşturulmuş olan anket formu yüz yüze görüşme yolu ile katılımcılara uygulanmıştır.

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aşamasında araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulmuş olan sosyodemografik özellikler anket formu ve katılımcıların kalite bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik soruları içeren bir anket formu kullanılmıştır.

3.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri SPSS 17,0 ortamında sayı, yüzde, ortalama ve t testi kullanılarak yapılmıştır.

3.1.6. Etik ve Yasal Yönler

Çalışmanın yürütüldüğü kurumdan yasal izin, katılımcılardan ise yazılı olarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

4. Bulgular ve Yorum

2013 yılı Nisan ayında yapılan araştırmaya Artvin ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı farklı birim ve görevlerde çalışan toplam 189 ebe ve hemşire dâhil edilmiştir.

Yapılan araştırma sonuçları şöyledir;

Sağlıkta kalite konusunda bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz sorusuna; 28 (% 14,9) katılımcı çok yeterli, 109 (% 58,0) katılımcı yeterli, 45 (%23,9) katılımcı kısmen yeterli 4 (%2,1)katılımcı yetersiz ve 2 (%1,1) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu veriler Artvin Kamu Hastaneler Birliğinde sağlıkta kalite ile ilgili yapılan eğitimlerin toplam kalite uygulamalarında beklenen seviyede olmadığını göstermektedir. Bu konuda yapılan çalışmalara daha fazla önem verilmesi gerekmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite konusunda aldığınız eğitimlerin yeterliliğini değerlendir misiniz, sorusuna; 23 (% 12,2) katılımcı çok yeterli, 102 (% 54,3) katılımcı yeterli 55 (%29,3) katılımcı kısmen yeterli, 6 (%3,2) katılımcı yetersiz ve 2 (%1,1) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu sonuç bize eğitim ile ilgili bir çalışmanın var olduğunu fakat istenen düzeyde olmadığını göstermektedir. Sağlık Kurumlarının en çok vurguladığı uygulama ilkelerinden biri, insan kaynaklarının sürekli olarak geliştirilmesidir. Kuruluşun kaliteye yönelik vizyonunun en açık biçimde anlaşılmasını, takım çalışmasının gerektirdiği bilgi ve yeteneklerin kazandırılmasını ve müşterilerle etkin bir biçimde ilişki kurulmasını gerektiren bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması amacıyla çalışanların sürekli olarak eğitilmeleri ve geliştirilmeleri gerekmektedir. Sürekli kalite iyileştirme çalışmalarını daha detaylı olarak ele aldığımızda en etkin yöntem hiç kuşkusuz eğitim faaliyetleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalıştığımız birimde verdiğiniz hizmetin kalitesini nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna; 32 (%17,0) katılımcı çok yeterli, 103 (% 54,8) katılımcı yeterli, 45 (% 23,9) kısmen

yeterli, 6 (%3,2) katılımcı yetersiz ve 2 (%1,1) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu verilere bakılarak, yapılan hizmet sunumu kalitesinin önemsendiği ancak kalite uygulamalarında bu seviyenin beklenen düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmektedir. Verilen hizmet kalitesinin çalışanlar açısından olumlu olarak değerlendirildiği ancak çalışmamda algılanan hizmet kalitesi değerlendirmesi yapılmamıştır. Bu karşılaştırmanın başka bir çalışmayla yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

İlimizde yapılan Kalite çalışmalarını nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna; 27 (% 14,4) katılımcı çok yeterli, 90 (% 47,9) katılımcı yeterli, 55 (%29,3) katılımcı kısmen yeterli, 14(% 7,4) katılımcı yetersiz ve 2 (% 1,1) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu sonuç bize kalite çalışmalarının personel tarafından yeterli görüldüğünü göstermektedir.

Kurumunuzda kararlar alınırken personelin fikir önerileri hastane idaresi tarafından ne ölçüde dikkate alınıyor sorusuna; 19 (%10,1) katılımcı çok yeterli, 65 (% 34,6) katılımcı yeterli, 57 (30,3) katılımcı kısmen yeterli, 36 (% 19,1) katılımcı yetersiz ve 11 (% 5,9) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu veriler bize personelin fikrinin genel olarak idare tarafından önemsenmediğini düşündürmektedir. “İşi, en iyi yapan bilir” felsefesinden yola çıkarak hastane çalışanlarının, hizmetin daha iyi nasıl yapılacağı konusunda fikir ortaya koymaları, çözümler üretmeleri, proje geliştirmeleri, uygulamaları ve sonuçlandırmaları önemlidir. Bu katılımcı yönetim anlayışı; insan kaynağını etkin ve verimli kullanmayı ve katma değer yaratmayı sağladığı gibi çalışan memnuniyeti artırmaktadır.

Hastanenizde çalışanlar ile hastane idaresi arasında iletişimin yeterliliğini değerlendir misiniz sorusuna; 29 (% 15,4) katılımcı çok yeterli, 74 (% 39,4) katılımcı yeterli, 54 (% 28,7) katılımcı kısmen yeterli, 26 (% 13,8) katılımcı yetersiz ve 5 (% 2,7) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu sonuçlara göre çalışanlar ile hastane idaresi arasındaki iletişimin çok iyi olmadığı düşünülmektedir. Toplam kalite yönetimi etkili iletişim sayesinde uygulanabilir. TKY iletişim çok önemlidir. Tüm çalışanlarla çift yönlü ve sağlıklı iletişim kurmak gerekir. Özellikle kurumun Vizyon ve Misyonunu tüm çalışanların bilmesi, hedefe ulaşmada sinerjiyi sağlar. Bu iletişimi hızlandırmak için yalın organizasyona geçilmeli hiyerarşi yok edilmeli açık kapı politikaları uygulanmalıdır.

Hastanenizde çalışanlar arasında işbirliği ve ekip çalışması sizce ne ölçüde teşvik edilmektedir sorusuna; 25 (% 13,3) katılımcı çok yeterli, 85 (%45,2) katılımcı yeterli, 53 (% 28,2) katılımcı kısmen yeterli, 23 (% 12,2) katılımcı yetersiz ve 2 (%1,1) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu sonuçlar bize ekip çalışmasının yeterli düzeyde teşvik edilmediğini düşündürmektedir. Ancak “Günümüzde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesini benimseyen organizasyonlar incelendiğinde ise, bireysel performansın yanında Toplam Kaliteyi oluşturan önemli unsurlardan biri olan ekiplerin performanslarının da detaylı olarak incelendiği ve değerlendirildiği görülmektedir.

Kurumunuzda sunulan hemşirelik hizmetlerinin uygulaması ve denetimine yönelik mevcut yasal yetkilerinizi tam olarak kullanabiliyor musunuz sorusuna; 20 (%10,6) katılımcı çok yeterli, 87 (%46,3) katılımcı yeterli, 62 (%33,0) katılımcı kısmen yeterli, 15 (%8,0) katılımcı yetersiz ve 4 (%2,1) katılımcı çok yetersiz cevabı vermiştir. Bu sonuçlara göre Artvin Kamu Hastanelerine bağlı hastanelerde görev yapan ebe ve hemşirelerin hizmet uygulamada ve yasal yetkilerini kullanmada sıkıntı yaşadıkları düşünülmektedir. Bu çalışmada okul seviyesi yükseldikçe yasal yetkilerini kullanmadaki yeterlilik görüşü daha da artmaktadır. Yöneticilerin kurum içinde görev ve sorumlulukları dağıtarak çalışanların kararlara ve sorun çözme sürecine katılımları sağlanmalıdır.

Hastanenizde fiziksel şartları ve çalışma koşullarının kalite standartlarına uygunluğunu değerlendirebilir misiniz sorusuna; 23 (%12,2) katılımcı çok yeterli, 56 (% 29,8) katılımcı yeterli, 59 (%31,4) katılımcı kısmen yeterli, 37 (%19,7) katılımcı yetersiz ve 13 (%6,9) katılımcı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu veriler bize Hastane fiziksel şartlarının ve çalışma koşullarının katılımcılar tarafından yeterli bulunmadığını düşündürmektedir. Çalışan memnuniyetinin ve motivasyonun artırılması için Artvin ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerde çalışma ortamının fiziki koşulların düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışma koşullarınız ile ilgili sorunlarınız yönetim tarafından ne ölçüde önemsenmektedir sorusuna katılımcıların; %13,5’çok yeterli , % 40,4’ü yeterli % 29,3’ü kısmen yeterli % 13,8’i yetersiz ve %3,2’si çok yetersiz cevaplarını vermişlerdir. Bu veriler bize çalışma koşullarının yöneticiler tarafından az da olsa önemsendiğini fakat bu seviyenin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Kaliteli bir hizmetin sağlanabilmesi için çalışanların sorunları önemsenmeli ve bu sorunlara çözümünü bulunarak personelin motivasyonu sağlanmalıdır.

Hastaneniz iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterli donanıma sahip midir sorusuna; katılımcıların %13,5’i çok yeterli , % 40,4’ü yeterli , % 29,3 kısmen yeterli % 13,8’i kısmen yetersiz ve % 3,2’si çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu veriler bize göre hastanelerin iş sağlığı ve güvenliği konusunda yeterli donanıma sahip olduklarını ama bu düzenlemelerin en üst seviyeye çıkarılması gerekliliğini düşündürmektedir.

Hastanenizde göreviniz ile ilgili bilgi ihtiyacınızı karşılayacak yeterli hizmet içi eğitim yapılmakta mıdır sorusuna; katılımcıların % 18,1’ i çok yeterli , %43,6’sı yeterli , % 25,5’i kısmen yeterli, % 11,2’ si yetersiz ve % 1,6’sı çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu veriler bize hastanelerde hizmet içi eğitim konusunda ciddi bir çalışmanın var olduğunu göstermektedir. 20. yüzyılın en belirgin özelliklerinden biride, bilim ve bilgi çağı oluşudur. Modern bir toplum olmanın en önemli koşulu, bilimin ürünü ve yöntemlerini insanlara kazandırmaktır. Eğitimde amaç; istenilen kaliteyi en ekonomik şekilde sağlayacak bilinç, bilgi ve becerinin kazandırılmasıdır. Eğitim programları çalışanların kendi rollerini öğrenmelerine ve bu roller çerçevesinde faaliyetlerini planlayabilmelerine gerekli olan ortam ve koşulları sağlar.

Hastanenizde personeli motive edici “ikramiye, ödül, plaket vb.” uygulamalar ne ölçüde yapılmaktadır sorusuna; katılımcıların % 3,7’si çok yeterli % 23,4’ü yeterli % 13,8’i kısmen yeterli % 8,7’si yetersiz ve % 30,3’ü çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu veriler bize

idarenin bu konudaki çalışmalarının çok düşük seviyede olduğunu düşündürmektedir. Buradan hareketle kurum çalışanlarını yaptıkları işe motive etmek çok önemlidir, bireyin örgütsel amaçlar yönünde motive edilmesi sağlanmadıkça örgütsel edimler istenen düzeyde olmayacağı düşünülmektedir.

İlimizde bu güne kadar yapılan sağlıkta kaliteyi artırma çalışmalarını nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna; katılımcıların % 10,6'sı çok yeterli ,% 45,7'si yeterli , % 31,9'u kısmen yeterli, % 8,5'i yetersiz ve %3,2'si çok yetersiz cevabını vermiştir. Bu veriler bize sağlıkta kaliteyi artırmaya yönelik il genelinde büyük bir çalışmanın var olduğunu göstermektedir.

Sağlık Hizmetlerinde kalite konusunda eğitim almanız gerektiğini düşünüyor musunuz sorusuna; katılımcıların % 39,4 'ü Evet % 58'i Hayır cevabını vermiştir. Bu veriler bize katılımcıların büyük bir çoğunluğunun bu konuda yeterli eğitim aldıklarını düşündüklerini göstermektedir. Ancak kalitenin kendiliğinden ortaya çıkmadığından hareketle, her çalışanın daha iyiyi başarmaya yönelik çalışma felsefesini anlaması, çalışmalarını düzenlemesi gerektiği bilincini kazanması, yeniliklerin izlenmesi ve kendini geliştirmesi için hizmet içi eğitim teşvik edilmelidir.

Medeni Duruma göre Alınan Hizmet içi Eğitim Sayısına bakıldığında katılımcıların % 18,28'inin Evli % 6,57'si ise Bekâr olarak görülmekte ve 0,032 gibi anlamlı bir ifade ortaya çıkmaktadır. Bu veriler de bize evli katılımcıların daha fazla eğitim aldıklarını göstermektedir.

Ölçeğin güvenilirlik testi sonucu Cronbach's Alpha değeri 0.902'dir. Bu da ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir.

5. Sonuç

Artvin İli Kamu Hastanelerine bağlı Ebe ve Hemşirelerde yapılan bu çalışmaya 59 (% 31) Ebe, 129 (% 69) Hemşire toplam 188 kişi katılmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre idare tarafından çalışanların bilgi ve tutum düzeylerini artırma konusunda yapılan bir çalışmanın olduğunu, bu çalışmalar sonucu çalışanlarda kalite bilgi ve tutum düzeylerinin oluşmaya başladığını ama yeterli seviyeye ulaşmadığını görmekteyiz. Katılımcılar her ne kadar aldıkları eğitimin yeterli olduklarını düşünseler de eğitim süreklilik arz eden bir durumdur. Bu sebeple katılımcıların kendi bilgilerini yenilemeleri, kaliteli bakım hizmeti sunabilmeleri ve kalitenin sürekliliğinin sağlanması açısından düzenli olarak eğitime tabi tutulmaları gerekir. Eğitimlerin zevkli sürekli ve kalıcı olabilmesi için de katılımcılara eğitimleri teşvik edici, motivasyonu artırıcı ödüller verilebilir.

Yapılan bu çalışma sonrasında yönetimin sağlık hizmetleri kalitesini arzu edilen seviyeye çıkarmak için çalışanların düşüncelerini de göz önüne alarak, çalışanlarını motive edici ve çalışma alanlarında ki fiziksel olumsuzlukları giderici bir çözüm anlayışı geliştirmesi yanında iletişim öğelerini de gözden geçirerek çalışanlarla işbirliği içerisinde ekip ruhu anlayışıyla hareket etmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Ankete katılanlar şikâyet ve düşüncelerini idare yönetiminden çekinmeden, objektif olarak belirtmişlerdir. Bu da yapılan çalışma da görünen sevindirici bir tablodur.

Kaynaklar

- 1.CEMALCILAR, İlhan (1999), *Pazarlama Kavramlar-Kararlar*, İstanbul: Beta Yayınları.
- 2.FİŞEK, Nusret H. (1985), *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi, Yayın No:2, Ankara.
- 3.GRAHAM, N. O. (1995), *Quality in Health Care Theory Application and Evolution*, NY: Bronxville.
- 4.KARAFAKIOĞLU, Mehmet (1998), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, İşletme Fakültesi Yayınları No: 271, İstanbul.
- 5.KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

6.OVRETVEIT, J. (1992), *Health Service Quality*, Oxford: Blackwell Scientific Press.

İnternet Kaynakları

- 7.AYDIN, Sabahattin (2008), Sunular, 17. Kalite Kongresi, 24-26 Kasım, İstanbul, www.isqua.org Erişim Tarihi: 08.05.2013
- 8.BERRY, L. L. (1980), “Service Marketing is Different”, *Business*, 30: 24-29, [http://books.google.com.tr/books?id=w1ZrZADDMa4C&pg=PA30&lpg=PA30&dq=BERRY,+L.+L.+\(1980\),+%E2%80%9CService+Marketing+%C4%B0s+Different%E2%80%9D,+Business,+30:+24-29.&source=bl&ots=R-yWbwEQPy&sig=LHfYqLOvB11Cgxszf3V9TuziDXE&hl=tr&sa=X&ei=GjjUdjoI4XPhAfJsoD4BA&ved=0CEEQ6AEwBA#v=onepage&q=BERRY%2C%20L.%20L.%20\(1980\)%2C%20%E2%80%9CService%20Marketing%20C4%B0s%20Different%E2%80%9D%2C%20Business%2C%2030%3A%2024-29.&f=false](http://books.google.com.tr/books?id=w1ZrZADDMa4C&pg=PA30&lpg=PA30&dq=BERRY,+L.+L.+(1980),+%E2%80%9CService+Marketing+%C4%B0s+Different%E2%80%9D,+Business,+30:+24-29.&source=bl&ots=R-yWbwEQPy&sig=LHfYqLOvB11Cgxszf3V9TuziDXE&hl=tr&sa=X&ei=GjjUdjoI4XPhAfJsoD4BA&ved=0CEEQ6AEwBA#v=onepage&q=BERRY%2C%20L.%20L.%20(1980)%2C%20%E2%80%9CService%20Marketing%20C4%B0s%20Different%E2%80%9D%2C%20Business%2C%2030%3A%2024-29.&f=false) Erişim Tarihi: 17.04.2013
- 9.CHAFFEE, E. E. ve SHERR, Lawrence A. (1992), “Transforming Postsecondary Education”, *ERIC Digest*, www.royalcert.com/iso.php?id=makaleler Erişim Tarihi: 26.03.2013
- 10.HURŞİTOĞLU, Cihangir (2001), *ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi*, <http://iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/1095/file/ISO%209001%202000%20KALITE%20YONETIM%20SISTEMI.pdf> Erişim Tarihi: 29.03.2013
- 11.MEİSENHEİMER, C.G. (1992), *Improving Quality: A Guide to Effective Programs*, http://books.google.com.tr/books/about/Improving_Quality.html?id=czNtAAAAMAAJ&redir_esc=y Erişim Tarihi: 28.04.2013
- 12.ISO/FDIS 9000:2000 (t.y.), *Quality management systems – Fundamentals and Vocabulary*, http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=29280 E. T: 18.04.2013
- 13.SEZGİN, Selime (1987), “Hizmet Pazarlaması”, *Sanayi Mühendisliği Dergisi*, 17: 3-8, www.anaeli.com.tr/index.php?sayfa=upload/kalite.htm Erişim Tarihi: 18.04.2013
- 14.VARDAR, Yüksel (2011), *İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi Performans Yönetim Sistemi Performans Değerlendirme, Borsa Akreditasyon Sistemi Eğitimleri*, TOBB, <http://www.tobb.org.tr> Erişim Tarihi: 06.05.2013

LİDER OLARAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MOTİVASYONUNUN ARTTIRILMASI

Nilüfer COMBA AKBOĞA*
Ayşegül Soydan ÇELİKEL**
Gökçe TENKEKİ***

ÖZET

Motivasyon; kişilerin belli bir amacı gerçekleştirmek için kendi arzu ve istekleri ile davranışları, liderin çalışanları çalışmaya isteklendirerek, örgütte verimli çalıştıklarında kişisel ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacaklarına inandırmaları sürecidir. Liderin en önemli özelliklerinden biri amaç birliği oluşturarak çalışanları yönetebilmeleridir. Bunu sağlarken motivasyonu arttırmalı, çalışanların performansını tanımlamalı, performansı kolaylaştırmalı ve performansı teşvik etmelidir. Bu derlemenin amacı liderlerin sağlık çalışanlarının motivasyonunu nasıl arttıracaklarının literatürle tartışılmasıdır.

Yoğun bir çalışma gerektiren sağlık kurumlarında kesintisiz hizmet verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel hedef kaliteli bir sağlık bakım hizmeti vermektir. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının motivasyonunun kurum içindeki yönetim ve yönetimin politikasından hoşnutsuzluk, ücret yetersizliği, kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan mutsuzluk, çalışma koşullarında adil ve eşit iş dağıtılmaması vb. nedenlerle düşük olduğunu göstermiştir.

Sağlık çalışanlarını motive eden faktörler kişilerin bireysel özelliklerine göre değişiklik gösterebilir. Bu nedenle lider yöneticilerin çalışanlarını her yönüyle tanıması gerekmektedir. Ayrıca liderler sağlık çalışanlarının hangi motivasyon faktörlerinden etkilendiğini, hangi etkenlerin çalışma verimliliğini arttırdığını bilmelidir. Bununla birlikte liderlerin sağlık personelinin motive etmek ve performansını arttırmak için; maddi olmayan (verilen kararlara katma, uygun şekilde ödüllendirme, sosyal statü, bağımsızlık, gelişme ve başarı olanakları, iletişim, değer görme), maddi (ücret artışı, prim ya da performans dayalı ücretlendirme, çalışılan ortamın fiziki özellikleri), ve örgütsel-yönetimsel (amaç birliği oluşturma, çalışma atmosferi, örgütsel iklim, iletişim) motivasyon araçlarını kullanmaları gerektiği bildirilmiştir.

Sonuç olarak; lider personelin öncelikle çalışan personelinin iyi tanınması ve çalışanların beklenti ve ihtiyaçlarının belirleyerek motivasyonu sağlamak amacıyla sağlık çalışanlarını motive edecek teknikleri uygulamaları gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Motivasyon, Liderlik, Sağlık çalışanı

*TSK Rehabilitasyon Bakım Merkezi Başkanlığı Bilkent/ANKARA

**TSK Rehabilitasyon Bakım Merkezi Başkanlığı Bilkent/ANKARA

***GATA HYO İç Hastalıkları Hemşireliği Etlik/ANKARA

IMPROVING MOTIVATION FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS A LEADER

ABSTRACT

Motivation; the period in which individuals behave with their desire and will in order to realize an aim, leaders encourage healthcare professionals to work and make them believe their personal needs that will be met when they work efficiently for the organization. One of the most important features of a leader is the ability to manage the healthcare professionals while making a common. To provide this, the leader should improve motivation, define the performance of the healthcare professionals, ease the performance and promote performance. The aim of this literature review is to discuss how the leaders could improve the motivation of the healthcare professionals.

The healthcare institutions need continuous and uninterrupted service. The primary goal of the healthcare services is to render quality healthcare service. Research shows that the motivation of the healthcare service professionals is low due to management and management policy of the organizations, which reasons are generally; inadequate salary, unhappiness caused by the relations among individuals, unequal distribution of work.

The factors that motivate the healthcare employees may vary in accordance with the characteristic features of the individuals. For this reason, managers holding the qualities of leaders should know their employees in every aspect. In addition to that, leaders should know which motivation factors affect their employees, and which factors raise their productivity. On the other hand, research also underlines that in order to motivate the healthcare employees and increase their performance, leaders should use intangible motivational tools such as (contribution to organizational decision-making, adequate rewards, social status, independence, personal development and success opportunities, communication, and appraisal), tangible motivational tools such as (increase salary, performance related (dependent) salary or regular pay premium, workplace development of the healthcare professional), and organizational-managerial motivational tools such as (creating a team, creating a positive organizational status, creating open communication skills).

In conclusion, the leader personnel should know the employee personnel and apply the motivational techniques to meet the expectations and the needs of the healthcare employees.

Keywords: motivation, leadership, healthcare employee

Giriş

Sağlık kurumlarında çalışanlar kendilerini yönetecek, amaçlarına ulaşmalarında yol gösterecek idarecilere ihtiyaç duymaktadır (Koçak, 2012:77). İdareci olarak görev alan yöneticilerin de liderlik özelliklerinin bulunması esastır. Liderlik “insanları, hayal ettikleri hedefleri gerçekleştirmeleri için etkileyerek bir araya getiren ve harekete geçiren rol davranışı”dır (Bayrakçı, 2010:16). Liderlerin başarısı, ekibinin örgütsel amaçlar doğrultusunda çalışmalarına, bilgi, yetenek ve güçlerini tam olarak aynı doğrultuda kullanmalarına bağlıdır. Ayrıca liderler personelinin motivasyonu ile ilgili doğru kararlar almalı ve performansı arttırmak için motivasyonu sağlayacak unsurları kullanmalıdır (Koçak, 2012:78). Bu derlemenin amacı liderlerin sağlık çalışanlarının motivasyonunu nasıl arttıracaklarının literatürle tartışılmasıdır.

Motivasyon Tanımı:

Motivasyon; kişilerin belli bir amacı gerçekleştirmek için kendi arzu ve istekleri ile davranışları, liderin çalışanları çalışmaya isteklendirerek, örgütte verimli çalıştıklarında kişisel ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacaklarına inandırmaları sürecidir (Koçak, 2012:80, Kılıç, 2012:148). Liderin en önemli özelliklerinden biri amaç birliği oluşturarak çalışanları yönetebilmesidir. Yönetimi sağlarken motivasyonu arttırmalı, çalışanların performansını tanımlamalı, performansı kolaylaştırmalı ve performansı teşvik etmelidir (Koçak, 2012:80). Sağlık çalışan motivasyonunun sağlanması için liderin motivasyon araçlarını bilmesi gerekir.

Motivasyon Araçları:

Motivasyon alanında yapılan çalışmalarda geçerliliği kabul edilen motivasyon araçları:

1. Maddi (ekonomik) araçlar: Ücret artışı, kara katılma, ödül, prim, sosyal yardım, servis, öğle yemeği, çay-kahve servisi, özel sağlık sigortası, giyecek yardımı,
2. Maddi Olmayan (psiko-sosyal) araçlar: Çalışmada bağımsızlık, sosyal statü ve katılım, takdir edilme, gelişme ve başarı, çevreye uyum, öneri sistemleri, üstlerle doğrudan görüşme, psikolojik güvence, sosyal faaliyetler, yetki devri, danışmanlık hizmeti,
3. Örgütsel ve Yönetimsel araçlar: Amaç birliği, yetki ve sorumluluk dengesi, eğitim, kararlara katılma, iş güvencesi, iletişim sistemi, işi çekici kılma, fiziksel çalışma şartları, iş genişletme, iş zenginleştirme, iş rotasyonu, ekip çalışması, müzik eşliğinde çalışma, terfi ve kariyer geliştirme olanakları, açık yönetim politikası, adaletli ve sürekli disiplin sistemi'dir (Bayrakçı, 2010:;Kılıç, 2012).

Liderin Sağlık Çalışanlarını Motive Etmedeki Sorumlulukları:

Sağlık çalışanlarını motive eden araçlar kişilerin bireysel özelliklerine göre değişiklik gösterebilir. Bu nedenle lider yöneticilerin ayrıca çalışanlarını her yönüyle tanıması gerekmektedir. Liderler sağlık çalışanlarının hangi motivasyon faktörlerinden etkilendiğini, hangi etkenlerin çalışma verimliliğini arttırdığını iyi bilmelidir (Koçak, 2012:80).

Yoğun bir çalışma gerektiren sağlık kurumlarında kesintisiz hizmet verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel hedef kaliteli bir sağlık bakım hizmeti vermektir. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının motivasyonunun kurum içindeki yönetim ve yönetimin politikasından hoşnutsuzluk, ücret yetersizliği, kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan mutsuzluk, çalışma koşullarında adil ve eşit iş dağıtılmaması vb. sebeplerle düşük olduğunu göstermiştir (Kılıç, 2012:150). Bu nedenle liderler tarafından sağlık çalışanının ihtiyaçlarının

giderilmesine yönelik planlama yapılması ve uygulanması gerekmektedir. Böylece çalışan ihtiyacı giderilerek çalışanın işten tatmin olması, yapılan işin verim ve kalitesinin artırılması sağlanacaktır.

Tartışma ve Sonuç

Liderlerin sağlık çalışanlarının motivasyonunu nasıl arttıracakları konusunda yapılan çalışmalar doğrultusunda literatürle tartışılmıştır.

Koçak ve Özüdoğru (2012) tarafından yapılan çalışmaya Ankara ilindeki 66 hastaneden 11’inde çalışan 340 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Bu çalışmada “liderliğin çalışan motivasyonu üzerindeki etkileri” incelenmiştir. Liderlik özelliklerinin çalışanların motivasyon davranışlarının %68’ini belirlediği, liderlik ile motivasyon arasında aynı yönde güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonuçları; hastane yöneticilerinin, liderlik özelliklerinin, çalışanların motivasyon ve performans düzeylerinin olumlu yönde etkilendiğini belirlemiştir. Yöneticilerin liderlik becerileri geliştikçe çalışanların motivasyonlarına ve performanslarına olumlu yönde yansıdığı bildirilmiştir. Bu çalışma sonucunda yöneticilerin iletişim becerilerini geliştirmek amacı ile liderlik eğitimi almaları önerilmektedir.

Kılıç ve Keklik (2012) tarafından yapılan çalışmaya Bandırma’dan 100, Üsküdar’dan 86 toplam 186 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışmada “sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve motivasyon üzerine etkisinin değerlendirilmesi” amaçlanmıştır. Bu çalışmada iş yaşam kalitesi ile motivasyonun birbirini eş zamanlı ve pozitif yönde etkilediği, sağlık çalışanlarının motivasyonlarını etkileyen en önemli unsurun ekonomik değerler olan maaş, döner sermaye olduğu, çalışma alanlarının daha rahat ve konforlu olmasının motivasyonu arttıracığı belirtilmiştir.

Kırcı’nın 2013 yılında Eskişehir’de bir üniversite hastanesinde 250 sağlık personeli ile yaptığı çalışmada; sağlık çalışanının aldığı eğitime uygun işte çalışması, iş ilişkilerinin güçlü olması, ekip çalışmasının sağlanması, hak edilen ekonomik kazancın verilmesi, emeğin karşılığı olarak takdir edilmesi ve onurlandırılması motivasyonu arttıran etkenlerdir. Motivasyonu arttıran etkenler, çalışan üzerinde mesleki tatmin yaratmakta, işlerini daha iyi ve özveri ile yaparak hasta memnuniyeti üzerinde pozitif etki gösterdiği belirtilmiştir.

Akbolat ve ark.(2013)’nin yaptığı çalışmaya Sakarya’da görevli sağlık çalışanlarından 452’si dahil edilmiştir. Çalışmada “sağlık kuruluşu yöneticilerinin dönüşümcü liderlik davranışlarının çalışanların motivasyon ve duygusal bağlılıklarına olan etkisini” araştırmak amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda, sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artırılmasında dönüşümcü liderlik uygulamalarının büyük önem taşıdığı belirtilmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının değişen ve gelişen çevreye uyum sağlamalarını kolaylaştırmak, motivasyon ve duygusal bağlılıklarını geliştirmek için sağlık yöneticilerinin dönüşümcü liderlik davranışlarını öğrenmeye ve özümsemeye ihtiyacı olduğu belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının hastane yöneticileri tarafından tanınması, sevilmesi ve saygı görmesi, kolay iletişim sağlayabilmesi, takdir edilmesi önemlidir. Liderlerin motivasyonu sağlamaya yönelik düzenli empati toplantıları yapılması gerektiği belirtilmiştir. Çalışanları kararlara katma imkanı sağlayan, dinleyen, destekleyen, güven veren liderlik özelliklerine sahip liderlerin sağlık çalışanlarının motivasyonlarını arttırmada daha etkili olduğu bildirilmiştir (Koçak, 2012:86, Kılıç, 2012:158).

Sonuç olarak; liderlerin sağlık çalışanlarını motive etmek için motivasyon araçlarını bilmesi ve etkin kullanması, personeli tanıması, adil iş ve ücret dağılımı yapması, çalışma koşullarını iyileştirmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1.AKBOLAT, Mahmut, IŞIK, Oğuz ve YILMAZ, Ali (2013), Dönüşümcü Liderlik Davranışının Motivasyon ve Duygusal Bağlılığa Etkisi, Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, Sayı:11, s.35-50
- 2.BAYRAKÇI, Eylem (2010), Lider Davranışlarının Çalışan Motivasyonu Üzerine Etkisi: İPLİKSAN A.Ş. Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2(2), s.15-32.
- 3.KILIÇ, Recep ve KEKLİK, Belma (2012), Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, C.XIV, S II, s.147-160.
- 4.KIRCI, Ayşe (2013), Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- 5.KOÇAK, Rahime Dilek ve ÖZÜDOĞRU, Haşim (2012), Yöneticilerin Liderlik Özelliklerin Çalışanların Motivasyonu ve Performansı Üzerindeki Etkileri: Kamu ve Özel Hastanelerinde Bir Uygulama, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, s.76-88.

SAĞLIKTA İLETİŞİM: HASTA VE YAKINLARI İLE İLETİŞİM

Zehra ÜNLÜ*

Ayşegül Soydan ÇELİKEL**

ÖZET

İletişim; sağlık çalışanının hasta veya hasta yakını ile iyi anlaşılmasını sağlayan; bilgi, deneyim, duygu ve düşünceyi içeren karşılıklı alış-veriş sürecidir. İletişimin temel hedefi tarafların anlaşmasıdır. Anlaşmanın her iki taraf için de açık & anlaşılır olması için etkili iletişim kurulması gerekmektedir. Etkili iletişimin; dinleme ve söyleme ile birlikte etkin olması önemlidir. Etkili iletişim; ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının, iletişim sürecinde yer alan öğelerin özelliklerini bilmeleri ve bunu uygulamaya geçirmeleri hasta ile kurulacak ilişkide daha güvenilir olmalarını sağlayacaktır. Etkin iletişimin özellikleri; samimi davranmak, saygılı-İlgili-alakalı- güler yüzlü olmak, etkin dinlemek, çözüm odaklı yardımcı olmak, istekli olmak, dikkate almak ve önemsemek, detaya hakimiyet, dürüstlük, empati, süreklilik olarak sıralanabilir.

Sağlıkta iletişimin tarihçesi antik çağlara, Hipokrat'a ve Plato'ya kadar uzanır. Sağlık iletişimi konusu Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya atılmış ve gelişmeye başlamıştır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında bireysel sağlığa verilen önem artmış ve sağlık hizmetlerinin uygun biçimde sağlanması ciddi bir konu olarak ele alınmıştır. ABD gibi gelişmiş ülkelerde insanlar için sağlık, yaşam biçimine dönüştürülmüştür. Bu gelişmelerle birlikte iletişim becerilerinde sağlanan iyileştirmenin sağlık hizmetlerinde önemli farklılıklar yarattığı ortaya konulmuştur. Gelineen noktada iletişim becerileri temel bir beceridir, öğretilebilir ve öğretilmelidir.

Sağlık çalışanı olarak hemşireler de hasta ve yakınları ile en fazla iletişim kuran meslek grubudur. Bu nedenle hemşirelerin iletişim becerilerini bilmeleri ve öğrenmeleri sağlık sektöründe yaşanacak olan iletişim sorunlarının önüne geçecektir.

Sonuç olarak; hemşirelerin eğitim alırken iletişim becerilerini öğrenmeleri ve çalışma hayatında iletişim tekniklerini kullanarak hastalar ile iletişim kurmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İletişim, hasta, hemşire, iletişim becerileri

*TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı, Bilkent/ANKARA unluzehra@yahoo.com, 0312 291 13 95

**TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı, Bilkent/ANKARA

COMMUNICATION IN HEALTH CARE: COMMUNICATE WITH PATIENT AND RELATIVES

ABSTRACT

Communication is a mutual process which enables the healthcare personnel to communicate with patient and relatives and which comprises of information, experience, emotions and thoughts. The main goal of communication is that two parties get along with each other. An efficient communication is necessary for mutual and clear understanding of both parties. It is important for an efficient communication to combine listening and speaking. Moreover, efficient communication has a great importance in terms of offering health care services. The fact that the health care personnel are aware of the characteristics of communication process and they practice them will enable the personnel to be more trustworthy in terms of the relationship between them and their patients. The characteristics of the efficient communication can be listed as being sincere, being respectful-interested-concerned-cheerful, listening efficiently, providing solution oriented assistance, being eager, taking something into consideration and caring, controlling the details, honesty, empathy and continuity.

The history of communication in health care dates back to Hippocrates and Plato. The subject of health care communication was put forward for the first time in the United States and then it started to develop. Especially after the World War II, the importance given to the individual health care increased and qualified health care service provision has been discussed as a serious subject. In the developed countries such as USA, health care for individuals is turned into a life style. Along with these developments, it was suggested that the optimization of the communication skills create important differences in the field of health care. At this point, communication skills are basic and these skills can and should be taught.

Nurses, as health care personnel, are the ones who make the most contact with the patients and their relatives. Therefore, that the nurses learn and know communication skills will prevent the communication problems which may occur in the health care sector.

As a consequence, while receiving education nurses should also learn communication skills and they should communicate with the patients by utilizing these communication techniques.

Key Words: Communication, patient, nurse, communication skills.

Giriş

İletişim ve İletişim Becerisi Kavramı

İletişim, bir kurum içerisinde verimli, etkili bir şekilde gerçekleşmesi gereken, üst-ast ilişkilerini belirleyen, beraberinde başarıyı, anlayışı, sağlıklı bir örgüt iklimini getiren bir süreçtir (Tiryaki Şen, 2013:13). İnsanların birbirini daha iyi anlayabilmeleri için iletişim beceri düzeylerinin daha yüksek olması gerekmektedir. İletişim becerisi, kişilerarası düşünce ve duygu alış-verişinde mesajların doğru olarak algılanmasıdır (Kumcağız, 2011:50).

İletişim becerileri; duyguların ifadesini, empati becerisini, kendini tanımayı, atılganlığı, stresle baş etme gibi birçok kavramı içine almaktadır. İletişim becerisi olarak, etkili dinleme ve etkili tepki verme becerileri ile uygun soru sorma, özetleme yapma, başka sözcüklerle tekrarlama, anahtar sözcüklerle tepki verme, karşısındakinin davranışını, sözlerini ve duygularını tanımlama, uygun biçimde yansıtma, anlayıp anlamadığını sınıama ve etkili geri bildirim verme becerilerini gerektirmektedir. İletişim becerilerinin günlük ilişkilerdeki kullanımı; “kolaylaştırıcı iletişim” veya “etkili iletişim teknikleri” olarak, mesleki/profesyonel ilişkideki kullanımı ise terapötik/tedavi edici/yardım edici iletişim teknikleri olarak bilinmektedir (Tiryaki Şen, 2013:14).

İletişimin insan yaşamında çok önemli bir yeri vardır. Çünkü insanlar ancak bu yolla bilgi, duygu, düşünce ve sorunlarını paylaşarak yaşamdan daha özgün tatlar alabilir, kendilerini ve başkalarını mutlu eder, sorunlarını çözer, çevrelerini daha iyi anlar, çevrelerinin gelişmesine katkıda bulunabilirler (Akyurt, 2009:20). İletişimin temel hedefi tarafların anlaşmasıdır. Anlaşmanın her iki taraf için de açık & anlaşılır olması için etkili iletişim kurulması gerekmektedir. Etkili iletişimin; dinleme ve söyleme ile birlikte etkin olması önemlidir. Etkili iletişim; her türlü insan ilişkisinde ve her türlü meslek alanında ilişkileri kolaylaştırabildiği için sağlık hizmetlerinin sunumunda ayrıca büyük bir öneme sahiptir (Tiryaki Şen, 2013:14).

Sağlıkta İletişim ve Önemi

Hastalık nedeniyle hastaneye başvurma, hastaneye yatma hasta birey ve yakınları için önemli bir yaşam deneyimidir. Bu süreçte hastaya etkin bakım verebilmek ve yakınlarına gerekli desteği sağlayabilmek etkin iletişim becerisi ile sağlanabilir (Kumcağız, 2011:50).

Hekimlik ve hemşirelik meslekleri insan ilişkileri içerisinde sürdürülebilir uygulamaya alanlarıdır. Yapılan çalışmalar hekimin iletişim düzeyinin hastaların tedaviye uyumunu, hoşnutsuzluk düzeyini ve sağlık sonuçları üzerine etkilerinin yanı sıra hekimin mesleğinden ve profesyonel kimliğinden memnun olunma durumunu da etkilediğini gösterdiği bildirilmiştir (Babadağlı, 2006:53). Matheney ve Topalis (1970)'in hastayla kurulan kişilerarası ilişkilerin, hemşirelerin elindeki önemli bir tedavi aracı olduğunu belirttikleri bildirilmiştir (Babadağlı, 2006:54).

Sağlık personelinin hasta ve yakınları ile işbirliği yaparak tedavisine katılmasını sağlamak, hastayı tanımak, ihtiyaçlarını belirlemek, hasta bakım kalitesinin yükselmesini ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır (Kumcağız, 2011:50).

Sağlık personeli olarak görev yapan hekim, hemşire, ebeler; her yaş ve her sosyo-ekonomik düzeydeki hasta ile temasında temel yaşam ihtiyaçlarını karşılarken ve aktivitelerini gerçekleştirirken, hastalarının sağlıkla ilgili sorunlarla baş etmesinde görev alır

ve iletişim kurar. İletişim ve iletişim becerileri; sağlık personeli ve hasta ilişkisinin niteliğini belirleyen önemli bir faktördür. Sağlık personelinin hasta ile iletişimi “hasta bakımının kalbi”, “hasta iyileşmesinde anahtar”dır (Yalçın, 2011:55).

Amaç

Bu derleme; yapılan literatür taraması çerçevesinde, sağlık personelinin hasta ve yakınları ile iletişimdeki rol ve sorumluluklarının açıklanması, iletişim becerilerinin kullanılarak en açık ve anlaşılır biçimde iletişimin sağlanabilmesine ışık tutması amacıyla hazırlanmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Sağlık alanında daha kaliteli hizmetin verilmesinde hasta ve yakınlarının memnuniyeti önemlidir. Bu memnuniyetin sağlanmasında sağlık personeli olan hekim ve hemşirelerin aktif rolü vardır. Hastalarla kurulan olumlu insani ilişkilerin, güler yüzlü ve yakın davranışların hastalıkları hakkında bilgilendirmenin sunulan hizmet kalitesini arttıracığı belirtilmiştir (Kumcağız, 2011:54).

Tiryaki Şen ve ark.(2013) yaptıkları çalışmada; İstanbul’da kamu hastaneleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 123 hizmet içi eğitim hemşiresi araştırmaya alınmıştır. Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim becerilerinin genel olarak iyi düzeyde olduğu, kişisel ve mesleki özelliklerinin iletişim becerilerini etkilemediğinin saptandığı bildirilmiştir.

Yalçın ve Aştı (2011)’nın yaptığı derlemede; hemşirenin hasta ve hasta yakınları arasındaki etkileşimin odağı olduğu, sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin tespit edilmesinde ve ihtiyaçlarının giderilmesinde öncül hizmet verdiği vurgulanmıştır. Ayrıca hemşirenin bakım hizmetlerinde iletişim tekniklerinin kullanılmasının yanı sıra isim ile hitap etme, güç dağılımı, girişkenlik, gizlilik – mahremiyet, otonomi ve sorumluluk sahibi olma, birliktelik oluşturmaya özen göstermesinin gerekliliği belirtilmiştir.

Babadağlı ve ark.(2006)’nın yaptığı çalışmada hekim, tıp fakültesi intern öğrenci, hemşire ve öğrenci hemşirelerden oluşan 120 kişinin hastayla iletişim kurma becerileri değerlendirilmiştir. Hekimlerin %20’sinin, hemşirelerin %76.7’sinin, öğrenci hemşirelerin %56.7’sinin, tıp fakültesi intern öğrencilerinin %26.7’sinin iletişimi doğru tanımladığı, sağlık çalışanlarının öğrencilikten itibaren kişilerarası iletişim dersleri almasının ve çalışma yaşamında hizmet içi eğitim programlarında iletişim konularına yer verilmesinin gerekli olduğu bildirilmiştir.

Kumcağız ve ark.(2011)’nın yaptığı çalışmada, Samsun ilindeki bir kamu hastanesinde görevli 741 hemşirenin iletişim becerilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Lisan ve üzeri eğitimi olan hemşirelerin iletişim becerilerinin davranışsal boyutunun olumlu yönde etkilendiği, 20 yıl ve daha uzun süre çalışan hemşirelerin iletişim becerilerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu, poliklinik hemşirelerinin iletişim becerilerinin davranışsal alt boyutunda diğer birimlerdeki hemşirelere oranla daha yüksek olduğunun saptandığı belirtilmiştir.

Akyurt (2009)’un Marmara Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin iletişim becerilerinin değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmaya 349 ön lisans öğrenci katılmıştır. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin öğrenim gördükleri alan (bölüm/program) ile iletişim becerileri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve bu farklılığın davranışsal ve zihinsel boyutta iletişim becerileri ölçen sorulardan kaynaklandığının belirlendiği bildirilmiştir.

Yazarların araştırma sonuçları incelendiğinde; sağlık alanında çalışan personel için eğitim aşamasında kişilerarası derslerin daha etkin ve katılımcı odaklı olması gerektiği, meslek hayatında hizmet içi eğitim programlarında iletişim konularına yer verilmesinin önemli olduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca hasta ve yakınları ile iletişimin daha etkin olmasında personelin desteklenmesi hasta bakım kalitesinin artırılmasında büyük etken olarak sayılabilir.

Sonuç

Sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Sağlık personelinin amacı “hastalığı” tedavi etmektir. Aslında misyonumuz sorunu çözmek değil, hastaya yardımcı olmak, hastanın beklentisine cevap vermek, hastayı memnun etmek olmalıdır. Bunu sağlamak içinde soruna değil hastaya odaklanmak gerekmektedir. Sağlık alanında eğitim alarak sahaya çıkan sağlık profesyoneli hastasını bütüncül olarak ele almalı, onu dinlemeli, sağlıklı/hasta bireyle geliştirdiği bakım ilişkisinde iletişim tekniklerini doğru bir şekilde uygulamalı, saygı, güven, birliktelik oluşturma gibi unsurlara özen göstermeli ve etik davranışlar sergilemelidir.

Kaynaklar

- 1.AKYURT, Nuran (2009), Sağlıkta İletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:11, s.15-33.
- 2.BABADAĞLI, Belgin, S. Ekiz Erim, S. Erdoğan (2006), Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:11, s.52-69.
- 3.KUMCAĞIZ, Hatice, M. Yılmaz, S. Balcı Çelik ve İ. Aydın Avcı (2011), Hemşirelerin İletişim Becerileri, Dicle Tıp Dergisi, 38/1, 49-56.
- 4.TİRYAKİ ŞEN, H. Taşkın, F. Yılmaz ve Ö. Pekşen Ünüvar (2013), Hizmet İçi Eğitim Hemşirelerinin İletişim Beceri Düzeyleri, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(1), s.13-20.
- 5.YALÇIN, Nurdan, Türkinaz Aştı (2011), Hemşire - Hasta Etkileşimi, İstanbul Üniversitesi Florance Nigthingale Hemşirelik Dergisi, 19/1, s.54-59.

ANKARA İLİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLERİNİN İŞ STRESİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nazan TORUN*

Perihan ŞENEL TEKİN**

ÖZET

Kişilik özelliği ile iş stresi arasındaki ilişkiyi birçok farklı sektör açısından inceleyen çalışmalarda, özellikle A tipi kişilik ile iş stresi ilişkisi kanıtlanmıştır. Sağlık sektörü bu sektörler arasında önemli bir yere sahiptir. Kendine has zorlukları düşünüldüğünde, bu zorluklarla mücadele eden sağlık kurumları yöneticilerinin, iş stresinden önemli ölçüde etkilendiği düşünülmüş ve bu amaçla çalışmada, iş stresi ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki, hastane yöneticileri açısından incelenmiştir. Araştırmanın evreni, Ankara ilinde görev yapan, 334 kamu sağlık kurumu yöneticisinden oluşmuş, ancak 123 kişiye ulaşılabilmektedir. Veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Analizler sonucunda, yöneticilerin % 49'unun A Tipi kişilik özelliği gösterdiği ve hemen hepsinin stres yaşadıkları görülmüştür. Yoğun iş stresi yaşayan yöneticilerin, önemli ölçüde A tipi kişilik özelliği gösterdiği tespit edilirken, şaşırtıcı şekilde stres ile sosyo-demografik özellikler arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: İş stresi, A Tipi Kişilik, Sağlık Kurumları Yöneticisi

NOT: Bu çalışmanın, Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'nun 31.10.2013 Tarih, 157 Toplantı ve 873 Karar sayısı ile etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bu araştırma Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi'nin Ocak 2014, 13/1 Sayısında yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

***Kamu Hastaneler Kurumu Hizmetiçi Eğitim Birimi, Ankara, Türkiye, nazansf@gmail.com

****Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye, ptekin@ankara.edu.tr

EVALUATION OF JOB STRESS AND PERSONALITY CHARACTERISTICS HEALTHCARE FACILITIES MANAGER IN ANKARA

ABSTRACT

In many sectors, the relationship between personality characteristics and job stress were investigated. In these studies, especially the relationship between job stress with Type A personality has been proven. Given the unique challenges of the healthcare industry, medical institutions managers who deal with these challenges, it is believed that significantly affected by job stress. In this study, the relationship between job stress and personality traits, in terms of hospital administrators are examined. Research population, who served in Ankara, consists of 334 public health facility managers but the surveys could be applied to just 123 managers. In this research as a method of data collection, surveys were used. The results of the study, 49% of managers is shown that Type A personality and it was found that almost all experience stress. In this study, while it was found that type A personality with managers experienced considerable job stress, surprisingly, there is no relationship between the stress and socio-demographic characteristics.

Keywords: Job stress, A Type Personality, Healthcare Facility Manager

Giriş

Günümüzde evrensel bir fenomen olan stres ve iş stresi tüm sektörlerde çalışanları ve yöneticileri etkileyen önemli bir durumdur. Birçok araştırmacının da ilgisini çeken konu, özellikle yönetim literatüründe iş stresi olarak ele alınmış ve strese sebep olan faktörler, çalışanlar üzerindeki etkileri ve stres yönetimi açısından incelenmiştir (Arsenault ve Dolan, 1983). Tüm sektörler açısından önemi olan stres, sağlık sektörü ve sağlık sektörü yöneticileri açısından da incelenmesi gereken önemli bir konu olmuştur.

Genelde olumsuz bir durum olarak algılanan stres, kısaca bireyin tehdit edici çevre özelliklerine karşı gösterdiği bir tepki (Steers, 1981) olarak tanımlanmakta ve bireyle çevresi arasında zayıf bir uyumun varlığını göstermektedir (Aytaç, 2002). İş stresi kavramı ise, çoğunlukla kurumsal koşullar ve bireysel faktörlerle ilişkilidir (Arsenault ve Dolan, 1983; Cohen ve Edwards, 1989; Hobfoll, 1989). İnsanların yaşantısını derinden etkileyen stres ve iş stresi kavramlarının anlaşılması ve açıklanması özellikle stresin yönetilmesi için önemlidir (Kobasa, 1982; Kobasa ve ark., 1981; Kobasa, ve ark. 1982; Kobasa ve Puccetti, 1983). Stres oluşturan kişilik yapısının ne olduğunun bilinmesi, bunlara karşı alınacak önlemlerin de neler olabileceğine ışık tutacaktır (Hobfoll, 1989). Örneğin strese daha yatkın kişilik özelliğine sahip olan birey tutum ve davranışlarında daha dikkatli olacak, ona karşı çeşitli önlemler alacaktır.

A Tipi Kişilik ve Stres İlişkisi

Stresin kişilerde çeşitli sorunlar yaratması yanında kişilik özelliklerinin de stres kaynağı olduğu bilinmektedir (Aktaş, 2001). Kişilik bir kişinin veya kişilerin girdikleri davranışlarının yapısal ve dinamik özelliklerini gösterir. Özellikle stres ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar A ve B Tipi kişilik üzeri üzerinde yoğunlaşmaktadır. A tipi ve B tipi kişilik ilk olarak iki kardiyolog Meyer Friedman ve Rosenman tarafından tanımlanmıştır. Friedman ve Rosenman'a göre A tipi davranış biçimine sahip birey agresif, sabırsız ve çok fazla işe yöneliktir. Pek çok güdüye sahiptir ve mümkün olduğu kadar çok kısa sürede ve mümkün olduğu kadar fazla başarılı olmak ister (Griffin ve Moorhead, 2011).

A tipi kişilik özelliklerinin iş stresinin ortaya çıkmasında önemli bir sebep olduğu birçok çalışma ile kanıtlanmıştır (Jamal, 1990; Frew ve ark., 1987; Srivastava, 2009; Parkes, 1994; Edwards ve ark., 1990). Örneğin Caplan ve Jones (1975), yaşları ortalama 23 olan 73 erkek üzerinde yaptığı araştırmasında A tipi kişilik özelliğine sahip bireylerin iş yükleri ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Bu çalışmada ise, iş stresi ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki hastane yöneticileri açısından ele alınmıştır. Yapılan çalışma ile yöneticilerin iş stresi ile kişilik yapıları arasındaki ilişkilerin irdelenmesi ve elde edilen sonuçlar ışığında stresin yönetilebilmesine ve denetlenebilmesi çabalarına katkı sağlayacak çözüm önerilerinde bulunulması amaçlanmıştır. Bu önerilerin, yöneticilerinin iş verimini artırabileceği ve buna bağlı olarak da hastane çalışanları ve sağlık hizmetinden yararlananların memnuniyetini yükselecek etkiye sahip olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın amacı, Ankara kamu sağlık sektöründe görev yapan yöneticilerin yaşadıkları iş stresi ile kişilik özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığı ve varsa bu ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışmada stres düzeyi yüksek veya düşük olan yöneticilerin ağırlıklı olarak hangi kişilik yapısında oldukları ve bireysel özellikleri ile (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) iş stresi arasındaki ilişki araştırılmaktadır.

Araştırmanın evrenini, Ankara İl sınırları içinde, Ankara 1 ve 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği içinde yer alan sağlık tesislerinde (Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Devlet Hastanesi, Dal Hastanesi ve Ağız, Diş Sağlığı Merkezleri) görev yapan yöneticiler (Bkz. Tablo 1) oluşturmaktadır. Bu kapsamda hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, bakım hizmetleri müdürü, bakım hizmetleri müdür yardımcısı, idari ve mali hizmetler müdürü, idari ve mali hizmetler müdür yardımcısı, hastane hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürü ve hastane hizmetleri ve sağlık otelciliği müdür yardımcılarında oluşan 334 yöneticiye anket ulaştırılmıştır. Gönüllülük esası ile uygulanan anketlerden 123 tanesi cevaplandırılmıştır.

Tablo 1. Ankara İli Birinci Ve İkinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Görev Yapan Yöneticilerin Unvanlarına Göre Dağılımları.

Genel Sekreterlik	Sözleşme Unvanı	Kişi Sayısı
Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	Hastane Yöneticisi	13
	İdari ve Mali İşler Müdürü	14
	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	14
	Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü	6
	Baştabip	13
	Baştabip Yardımcısı	50
	Müdür Yardımcısı	36
	Toplam	146
Ankara 2.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	Hastane Yöneticisi	17
	İdari Ve Mali İşler Müdürü	24
	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	18
	Hasta Hizmetleri Ve Sağlık Otelciliği Müdürü	8
	Baştabip	20
	Baştabip Yardımcısı	54
	Müdür Yardımcısı	47
Toplam	220	
Toplam	334	

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yöneticilerin demografik ve kişisel bilgileri, ikinci bölümde “İş Stresi Ölçeği” ve son bölümde ise kişilik özelliğini ölçen ifadeler yer almaktadır. Dr. Suzanne Haynes tarafından Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi’nde çalışan kadınlar ve erkekler üzerinde uygulanmış olan İş Stresi Ölçeği, Aktaş (2001) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.

“Kişilik Özelliği Tarama Testi” 7 sorudan oluşan 8 dereceli bir ölçektir. Bu test kişilik tipini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçekte yüksek puan, A tipi kişilik özelliğini göstermektedir. Ölçek sonucu elde edilen toplam puan 3 ile çarpılarak değerlendirme yapılmaktadır (En yüksek puan 168, en düşük puan 21’dir). Kişilik özelliği belirlenirken elde edilen puanlar 100’den fazla ise A tipi kişilik, 100’den az ise B tipi kişilik olduğuna hükmedilmektedir (Aktaş, 2001).

Araştırma anketlerinin uygulanabilmesi için öncelikle araştırmanın yapılacağı kurum olan Kamu Hastaneler Kurumu’ndan gerekli izinler, daha sonra ise Ankara Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Raporu alınmıştır. Anket uygulamasında gerek yazılı gerekse sözlü olarak anket uygulanan kişilere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve gönüllülük esası ile anketler uygulanmıştır. Anketleri doldururken kimliklerini belirtmemeleri istenmiş ve anketle toplanan verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı konusunda bilgi verilmiştir. Anketler yöneticilere öncelikle online anket formu olarak gönderilmiştir. Ancak anket cevaplama oranının sayıca az olması nedeniyle daha sonra eposta yolu ile ve araştırmacılar tarafından doğrudan ulaştırılarak, Temmuz-Eylül 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmada yer alan verilerin analizinde “SPSS 13.0 for Windows Paket Programı” kullanılmıştır. Araştırmanın güvenilirlik (Cronbach’s alpha) değeri .90 olarak bulunmuştur. Araştırmada yer alan verilerin analizinde frekans ve yüzde; hipotezlerin analizinde ise, pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular

Araştırmada toplanan veriler analiz edildikten sonra ortaya çıkan tanımlayıcı bulgular Tablo 2’de verilmektedir. Bu bulgulara göre araştırmaya katılan yöneticilerin %54’ü (n=66) 2. Bölge Genel Sekreterlik bölgesinde; %57’si (n=70) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmaktadır. Yöneticilerin %71’i (n=87) 1 yıldır aynı kurumda; %40’ı (n=49) ise toplam 1 yıldır yöneticilik yapmaktadır. Araştırmaya katılan yöneticilerin %57’si (n=70) erkek; %56’si (n=69) 30-40 yaş arasında; %50’si (n=61) lisans eğitimi diğer %50’si (n=60) ise lisansüstü eğitim almıştır.

Tablo 2. Yöneticilerin Sosyo-Demografik Durumlarına Ait Tanımlayıcı Bulgular

	Sayı	%
Hastanenin Bulunduğu Genel Sekreterlik Bölgesine Göre Dağılım		
1. Bölge	57	46
2. Bölge	66	54
Toplam	123	100
Görev Yapılan Hastane Grubuna Göre Dağılım		
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	70	57
Devlet Hastanesi	25	20
Dal Hastanesi	15	12
ADSM	13	11
Toplam	123	100
Aynı Kurumda Yaptığı Yöneticilik Süresine Göre Dağılım		
0-1 Yıl	87	71
2-5 Yıl	14	11
6 Yıl ve Üzeri	22	18
Toplam	123	100
Toplam Yöneticilik Süresine Göre Dağılım		
0-1 Yıl	49	40
2-5 Yıl	28	23
6-15 Yıl Arası	38	31
16 Yıl ve Üzeri	8	6
Toplam	123	100
Cinsiyete Göre Dağılım		
Kadın	53	43
Erkek	70	57
Toplam	123	100
Yaşa Göre Dağılım		
25-29 Yaş	18	15
30-35 yaş	28	23
36-40 Yaş	41	33
41-45 Yaş	17	14
46-50 Yaş	13	11
51-55 Yaş	3	2
56-60 Yaş	1	0,8
61 ve üzeri Yaş	2	2
Toplam	123	100
Eğitim Durumuna Göre Dağılım		
Lisans	61	50
Yüksek Lisans	53	43
Doktora	9	7
Toplam	123	100
Medeni Duruma Göre Dağılım		
Evli	115	93
Bekar	8	7
Toplam	123	100
Sahip Olduğu Çocuk Sayısına Göre Dağılım		
Yok	3	2
1-2 Tane	12	10
3-5 Tane	89	73
6 Tane ve üzeri	19	15
Toplam	123	100
Evlilik Süresine Göre Dağılım		
1-5 Yıl arası	8	7
6-15 Yıl Arası	43	37
16-25 Yıl Arası	52	45
26 Yıl ve Üzeri	13	11
Toplam	116	100
Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılım		
3000-3999TL	69	56
4000-4999TL	10	8
5000-5999TL	11	9
6000 TL ve üzeri	33	27
Toplam	123	100
Stres İle Baş Etme Konusunda Eğitim Alma Durumu		
Evet	60	49
Hayır	63	51
Toplam	123	100

Yöneticilerin % 93'ü (n=115) evli; % 73'ü (n=89) 3-5 çocuk sahibi; %56'sı (n=69) 16 yıl ve üzeri süredir evli ve %56'sının (n=69) aylık kişi başı geliri 3000-3999 TL kadardır. Ankette sorulan sorulardan bir diğeri ise araştırmaya katılan yöneticilerin stres ve stres yönetimi ile ilgili eğitim durumlarıdır. Anketlere verilen cevaplardan yöneticilerin %50'sinin (n=60) stres yönetimi ile ilgili bilgi sahibi olmadığını görüyoruz (Bkz. Tablo 2).

Tablo 3. Yöneticilerin kişilik tipine göre dağılımları.

Kişilik Tipi	N	%
B Tipi	63	51
A Tipi	60	49
Toplam	123	100

Araştırma anketinde kişilik tipini belirlemeye çalışan sorulara verilen yanıtlardan yöneticilerin %51'inin (n=63) B Tipi, % 49'unun (n=60) ise A Tipi kişilik özelliği gösterdiği görülmektedir (Bkz. Tablo 3).

Tablo 4. Yöneticilerin stres düzeyine göre dağılımları.

Stres Puanı	N	%
Düşük Stresli (12'den az)	1	0,8
Stresli (12-30)	95	77
Yüksek Stresli (30+)	27	22
Toplam	123	100

Yöneticilerin yaşadıkları stres düzeyini belirlemeye yönelik sorulara verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, hemen hepsinin stres yaşadıkları görülmektedir (Bkz. Tablo 4). Araştırmada en düşük stres puanını (10) alan bir yönetici varken stres puan ortalaması 27,3902±4,66700 (Bkz. Tablo 5) yöneticilerin önemli ölçüde stres altında olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 5. Yöneticilerin Kişilik ve Stres Düzeylerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Kişilik	123	57,00	168,00	101,2439	21,37807
Stres	123	10,00	40,00	27,3902	4,66700
Geçerli Gözlem	123				

Tablo 6 incelendiğinde stres ile kişilik özelliği arasında bir ilişki olduğu ve bu durumda yöneticilerin kişilik özelliğinin A tipi kişiliğe yaklaştıkça stres puanlarının da arttığı görülmektedir ($r=.329$; $p<.000$). Sağlık kuruluşlarında üst düzey yönetici olarak çalışan bu kişilerin çalışma koşulları ve sorumluluk alanlarının getirdiği bir stres olabileceği gibi kişilik özelliğinden kaynaklanan bir stres yaşadıkları da bu sonuçlarla açıklanabilir.

Tablo 6. Yöneticilerin Stres Düzeyleri ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki

		Stres	Kişilik
Stres	Pearson Correlation	1,000	,329**
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	123	123
Kişilik	Pearson Correlation	,329**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	123	123

Bu araştırmada yöneticilerin genellikle (%56; n=69) 30-40 yaş aralığında olması dolayısıyla oldukça genç yaşta üst düzey görevlere gelmiş oldukları görülmektedir. Özellikle hem genç hem de çoğunun bir yıldır aynı kurumda yönetici olmasının yaşadıkları stres üzerinde etkisi olduğu düşünülmüştür. Ancak bu düşüncüyü test etmek için yapılan analiz sonucunda, stresin ve kişilik özelliğinin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, evlilik süresi, öğrenim durumu ve gelir durumu ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bkz. Tablo 7). Aynı şekilde stresin kişinin yöneticilik pozisyonu ve süresi, aynı kurumda yöneticilik yapma süresi, stresle baş etme yöntemlerine yönelik aldığı eğitim, çalıştığı hastane grubu ve çalıştığı genel sekreterlik bölgesine göre de değişmediği görülmektedir (Bkz. Tablo 8).

Tablo 7. Yöneticilerin Stres Düzeyleri ile Sosyo-Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

	STRES	YAŞ	CİNSİYET	MEDENİ DURUM	ÇOCUĞA SAHİP OLMA DURUMU	EVLİLİK SÜRESİ	ÖĞRENİM DURU	GELİR DURUMU	
STRES	Pearson Correlation	1	,000	-,111	,028	,006	-,043	,018	-,038
	Sig. (2-tailed)		,998	,223	,763	,950	,640	,847	,676
	N	123	123	123	123	123	123	123	123

Çalışmada yapılan analizlerde yöneticilerin kişilik özellikleri ile hem yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikler hem de yöneticilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Bkz. Tablo 9 ve 10).

Tablo 8. Yöneticilerin Stres Düzeyleri ile Yöneticilik Özellikleri Arasındaki İlişki

	STRES	YÖNETİCİLİK POZİSYONU	YÖNETİCİLİK SÜRESİ	AYNI KURUMDA YÖNETİCİLİK SÜRESİ	STRESLE BAŞETE EĞİTİMİ ALMA DURUMU	ÇALIŞTIĞI HASTANE GRUBU	ÇALIŞTIĞI GENEL SEKRETERLİK BÖLGESİ	
STRES	Pearson Correlation	1	,090	-,155	-,078	-,027	-,154	,032
	Sig. (2-tailed)		,324	,087	,393	,771	,089	,722
	N	123	123	123	123	123	123	123

Tablo 9. Yöneticilerin Kişilik Özellikleri ile Sosyo Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

	KİŞİLİK	YAŞ	CİNSİYET	MEDENİ DURUM	EĞİTİM DURUMU
Pearson Correlation	1	,138	-,031	,139	,027
KİŞİLİK Sig. (2-tailed)		,129	,734	,124	,764
N	123	123	123	123	123

Tablo 10. Yöneticilerin Kişilik Özellikleri ile Yöneticilik Özellikleri Arasındaki İlişki

	KİŞİLİK	ÇALIŞILAN GENEL SEKRTERLİK	GÖREV YAPILAN HASTANE GRUBU	STRES EĞİTİMİ ALMA DURUMU	AYNI KURUMDA YÖNETİCİLİK SÜRESİ	YÖNETİCİLİK SÜRESİ	YÖNETİCİLİK POZİSYONU
Pearson Correlation	1	-,086	-,039	,013	-,131	,046	-,132
KİŞİLİK Sig. (2-tailed)		,345	,666	,882	,147	,615	,144
N	123	123	123	123	123	123	123

Tartışma

Bu çalışmada hastane yöneticileri öncelikle iş stresi ve kişilik özelliği arasındaki ilişki açısından ele alınmış ve bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=.329$; $p<.000$). Yönetim alan yazında da kişilik özellikleri iş stresini etkileyen en önemli bireysel değişken olarak tanımlanmaktadır. Belirli bir kişilik özelliğine sahip kişinin strese karşı eğilimi olduğu birçok çalışmada ele alınmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu stres duymada kişisel farklılıkların önemli bir olgu olduğunu vurgulayan çalışmaları (Aytaç, 2002; Srivastava, 2009) destekler niteliktedir. Durna (2004)'nın stres ile kişilik özelliği arasındaki ilişkiyi inceleyen 378 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin A ve B Tipi kişilik özellikleri ile stres düzeyleri arasında bir ilişki olduğu; stres düzeyi yüksek öğrencilerin büyük ölçüde A tipi kişilik özelliği gösterdiği görülmüştür. Yine benzer bulgular Aktaş (2001)'de bir kamu kuruluşunda çalışan üst düzey yöneticiler için de bulunmuştur. Bu çalışmada da yöneticiler arasında yoğun iş stresi yaşayan kişilerin önemli ölçüde A tipi kişilik özelliği gösterdiği tespit edilmiştir.

Işıkkhan ve arkadaşları (2004) tarafından onkoloji alanında çalışan doktor ve hemşireler ile yapılan çalışmada, iş stresinin yaş, medeni durum ve iş deneyimi ile arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Strese sebep olan kurumsal faktörler arasında rollerde belirsizlik, rol çatışması, kişilerarası çatışma, sorumluluk, kararlara katılım, iş güvenliği, işini kaybetme korkusu, yönetim tarzı, fiziki ortam ve çevre koşulları, iş yükü, zaman baskısı, kariyer engeli,

gelir yetersizliği, sınırlı gelişme olanakları, ayrımcılık, rekabet sayılmaktadır (Srivastava, 2009; Aktaş, 2001). Burada sayılan stres kaynaklarından özellikle sorumluluk, yönetici pozisyonunda çalışanlar için önemli bir stres kaynağıdır (Aktaş, 2001; Özçelik ve ark. 2012). Doğası gereği büyük oranda sorumluluk üstlenmesi gereken yöneticiler hesap verme ve başka insanların sorumluluğunu üstlenme durumunda daha fazla gerginlik yaşamaktadır.

Işıkhan ve arkadaşları (2004) iş stresinin yaş, medeni durum ve iş deneyimi ile arasında güçlü bir ilişki olduğunu bulmuştur. Ancak bu araştırmada şaşırtıcı şekilde stres ve kişinin sosyo-demografik özellikleri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç ve Öneriler

İş hayatında stres yaratabilen tüm faktörleri tamamı ile ortadan kaldırmak mümkün değildir. Bazı kaynaklar çalışanın verimi için makul bir iş stresinin gerekliliğini de iddia etmektedir. İşle ilgili stresi önlemeye ve azaltmaya yönelik yöntemler örgütsel ve bireysel olarak iki başlık altında toplanabilir. Çalışma psikolojisinde üzerinde durulabilecek bazı yöntemler şöyle sıralanabilir (Aytaç, 2002): Çalışanların rollerinin yeniden tanımlanması, sosyal destek sağlama, aşırı iş yükünü ortadan kaldırma, çalışma koşullarını yeniden gözden geçirme, çalışanların kararlara katılımını artırma, çalışanların güven duygularını geliştirme, stresli personele danışmanlık hizmeti vermek.

Stresten uzaklaşmak için, olumlu alışkanlıklar edinmek, ayrıntılarla uğraşmamak, günlük, haftalık, aylık yapılacak işleri sıraya koymak ve önce zor ve sevimsiz işlere öncelik vermek, mükemmeliyetçilikten kaçınmak, yorucu ve zor işleri sabah saatlerinde yapmak, iş yoğunlaşmak, dinlenmek için kendine zaman ayırmak, bütün günü işle doldurmamak, teknolojinin (televizyon, bilgisayar, internet) esiri olmamak, kendine ve aileye zaman ayırmak, yıllık tatil yapmak, her gün yarım saat önce uykudan kalkmayı denemek, planlamaya önem vermek gibi çözümlerden yararlanılabilir.

Kaynaklar

1. Aktaş, A. M., 2001. Bir kamu kuruluşunun üst düzey yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 56(4), 25-43.
2. Arsenault, A., Dolan, S. 1983. The role of personality, occupation and organization in understanding the relationship between job stress, performance and absenteeism. *Journal of Occupational Psychology*, 56(3), 227-240.
3. Aytaç, S. 2002. İş Yerindeki Stres Kaynakları. *İşgüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. Cilt. 4. Sayı: 1.
4. Baltaş, A., Baltaş, Z., 2000. Stres ve Başa Çıkma Yolları, 20. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
5. Caplan, R. D., Jones, K. W. 1975. Effects of work load, role ambiguity, and type a personality on anxiety, depression, and heart rate, *Journal of Applied Psychology*; Dec75, 60 (6).
6. Cohen, S., Edwards, J. R. 1989. Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder.

- 7.Durna, U. 2004. Stres, A ve B Tipi kişilik yapısı ve bunlar arasındaki ilişki üzerine bir araştırma, *Yönetim ve Ekonomi*, 11 (1).
- 8.Edwards, J. R., Baglioni, A., Cooper, C. L. 1990. Stress, type-a, coping, and psychological and physical symptoms: a multi-sample test of alternative models. *Human Relations*, 43(10), 919-956.
- 9.Frew, D. R., Bruning, N. S. 1987. Perceived organizational characteristics and personality measures as predictors of stress/strain in the work place. *Journal of Management*, 13(4), 633-646.
- 10.Griffin R. W., Moorhead G. 2011. Organizational Behaviour:Managing People and Organizations. 10th Edt., Cengage Learning.
- 11.Hobfoll, S. E. 1989. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
- 12.İşıkhan, V., ÇÖmez, T., Danış Z, M. 2004. Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 234-244.
- 13.Jamal, M. 1990. Relationship of job stress and Type-A behavior to employees' job satisfaction, organizational commitment, psychosomatic health problems, and turnover motivation. *Human Relations*, 43(8), 727-738.
- 14.Kobasa, S. C. 1982. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social psychology of health and illness*, 4, 3-32.
- 15.Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Courington, S. 1981. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 368-378.
- 16.Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Puccetti, M. C. 1982. Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(4), 391-404.
- 17.Kobasa, S. C., Puccetti, M. C. 1983. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of personality and social psychology*, 45(4), 839.
- 18.Özçelik, N., Gülsün, M., Özçelik, F., Öztosun, M. 2012. Yöneticilerin Zaman Yönetimi Becerilerinin İş Stresi Üzerine Etkisi, *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6, (4).
- 19.Parkes, K. R. 1994. Personality and coping as moderators of work stress processes: Models, methods and measures. *Work & Stress*, 8(2), 110-129.
- 20.Srivastava, S. 2009. Effect of Type A Personality on Stress-strain Relationship: A Study on Private Sector Managers. *Management and Labour Studies*, 34(4), 582-595.
- 21.Steers, R. M. 1981. *Introduction to organizational behavior*: Goodyear Publishing Company.



İSTANBUL'DA HİZMET VEREN ÖZEL HASTANELERİN MİSYON VE VİZYONLARININ TEMATİK AÇIDAN İNCELENMESİ

*Samira MEHRABI**

*Murat D. ÇEKİN***

*Ş. Burak BEKAROĞLU****

ÖZET

Vizyon ve misyon ifadeleri, son yıllarda önemli birer yönetsel araç hâline gelmiştir. Bu bağlamda, müşterileri ile güvene dayalı bir ilişki kurma ihtiyacı içinde olan hastaneler açısından vizyon ve misyon açıklamalarının niteliği ve öne çıkarılan konular, diğer sektörlerdeki benzer açıklamalardan farklılaşmaktadır. Bu noktadan yola çıkarak, İstanbul'da hizmet veren özel hastanelerin internet sayfalarında yer alan vizyon ve misyon ifadeleri tematik açıdan incelenmiş ve 25 farklı tema tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal kimlik, vizyon, misyon, özel hastaneler, tematik analiz

*Sağlık Yöneticisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Lisans Programı, samira.mehrabi@gmail.com

**Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, muratcekin@yahoo.com

***Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, bbekaroglu@marmara.edu.tr

THEMATIC ANALYSIS OF MISSION AND VISION OF PRIVATE HOSPITALS OPERATING IN ISTANBUL

ABSTRACT

In recent years, vision and mission statements have emerged as an important managerial tool. In this context, the qualities and features of vision and mission statements of hospitals are different from those that in other industries as hospitals need to establish trust-based relationship with their customers. From this point of view, in this paper, a thematic investigation of vision and mission statements in institutional web sites of private hospitals operating in Istanbul was conducted and as a result, 25 different themes were identified.

Keywords: *institutional identity, vision, mission, private hospitals, thematic analysis*

1. Giriş

Literatürde misyon ifadelerinin örgütsel performansın artırılmasında ve çalışanların memnuniyet ve motivasyonlarının iyileştirilmesinde, değerli bir araç olduğu giderek artan bir şekilde vurgulanmaktadır. Aynı zamanda bu ifadeler, dış dünyaya firmanın doğru bir şekilde tanıtılmasında da çok büyük bir öneme sahiptir. Dolayısıyla, bütün işletmeler kendine özgü misyon ifadeleri oluşturarak paylaşımına açma girişimindedirler (İşcan, 2012).

Ayrıca vizyon ifadesi, hastanelerin veya kuruluşların geleceğini resmeden bildirgedir. Hastanelerin veya kuruluşların ortalama 10 yıl sonra hangi konumda olacağını, hangi konumda olmak istediğini veya geleceğe dair olabilesi gerçekçi hedeflerini açıklar. Yani, nereye varılmak istendiği, gelecekteki statü konumu, faaliyet amaçları gibi soruları yanıtlar.

1.1. Vizyon

Vizyon, sahip olunan değerlerin anlam ve yansımalarıyla, zihinde çizilen bir tablo (Özden, 2002), geleceğin çizildiği bir tuval, geleceğin senaryosu (Özveren, 1997), örgütün geleceğine dair bir paylaşım (Erçetin, 1998), kısaca görev tanımının kısa ifadesi (Fiitz-Enz Jac, 2001) olarak tanımlanabilir. Erçetin (1998), vizyon kavramının değişik çözümlenmelerine değinmiştir:

- Resmi düşlenen bir geleceği tasarlayabilme, geliştirebilme,
- Var olanla olması gerekeni yalın bir gerçeklikle dengeleyebilme,
- Bilinenden bilinmeyene yönelip gerçekleri, ümitleri, rüyaları, fırsatları kurgulayarak, gelecek yaratabilme,
- Özeğini kişisel değerlerin oluşturduğu örgütsel çevre yaratabilme,
- Kendi kişisel değerleri doğrultusunda çevresini harekete geçirebilme,
- Sosyal örüntüleri geniş bir kapsamda algılayabilme,
- Ve riske girebilmektir.

Başka bir açıdan vizyon tanımı, bir örgütün ne olabileceğine dair bir görüş, onun gelecekteki durumu ve başarısı ile ilgili bir rüya, örgütün potansiyel geleceğini gösteren bir fotoğraf olarak açıklar ve kısaca vizyonun bir örgütün kıvılcık elmasıdır (Dinçer: 1998). Vizyon, değişimi ve yeniden örgütlenmeyi plânlayan bir işletmenin üst yönetimi için bir referans noktasıdır. Güçlü bir vizyon, insanları bir arada tutup, geleceğe yönlendirmede motive eder ve bir rehber görevi görür (Ülgen ve Mirze, 2010). Vizyon, bir işletmenin veya herhangi bir topluluğun, gelecekte bugünden daha iyi olmasını hedefleyen, gerçekçi ama erişilemeyecek gibi görünen yükseklikte olmasını amaçlayan bir süreçtir. Bu anlamda başarı, geleceği daha iyi yorumlayabilen işletmelerin olacaktır. Bu işletmeler kısa sürede değişimlere uyum sağlayabilecek değişiklikleri ve yenilikleri yapabilmelidir (Özveren, 1997).

1.2. Misyon

Misyon, kelime anlamıyla, “bir kişi ve topluluğun üstlendiği özel görev” olarak tanımlanmaktadır (Doğan, 1982). Misyon, stratejik plânlamanın temeli (Koçel, 2003), bir işletmenin varlığının temel amacı (Özveren, 1997), bir örgütün gerçekleştirmek durumunda olduğu temel görevi (Şişman ve Turan, 2001), bir örgütün paylaşılan değerleri ve ortak amaçları (Dinçer, 1998), bir işletmenin varoluş nedeni (Ülgen ve Mirze, 2010), bir işletmenin kişiliği ve varlık nedeni (MEB, 2007) olarak tanımlanmıştır. Burada da gördüğümüz gibi, misyon ifadesi üzerine yapılan tanımlamalar, bu ifadenin bir işletmenin tüm görevleri üzerinde etkili olan bir üst kavram olduğudur. Sonuç olarak, misyon ifadelerinin genel olarak, “bir işletmenin/örgütün neler yaptığı ve amaçlarının neler olduğu” gibi genel bir sonuç ortaya çıkmaktadır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Kurumların kendilerini müşterilerine ve çalışanlarına ifade etme aracı olarak yararlandıkları vizyon ve misyon açıklamalarının, kurumsal iletişimdeki önemi giderek artmaktadır. Bu noktadan yola çıkarak, İstanbul’da hizmet veren özel hastanelerin, birer kurumsal iletişim mecrası olarak internet sayfaları üzerinden yayınladıkları vizyon ve misyon ifadelerinin tematik yönden incelenmesi, çalışmamızın amacını oluşturmaktadır. Fakat, hastaları ile güvene dayalı bir ilişki kurma ihtiyacı içinde olan hastaneler açısından, vizyon ve misyon açıklamalarının niteliği ve öne çıkarılan konular, diğer sektörlerdeki benzer açıklamalardan farklılaşmaktadır. Dolayısıyla çalışmamız, aynı zamanda, literatürde benzer araştırmalarda görülen ve yaygın olarak kullanılan kalıplaşmış temalardan ziyade, hastane sektöründe fiilen kullanılmakta olan özgün temaları belirlemeyi de hedeflemektedir. Ayrıca, literatürde görülen benzer çalışmalarda genellikle sadece misyon açıklamaları üzerine inceleme yapılıyorken, çalışmamızda ise hastanelerin vizyon ve misyon açıklamaları birlikte bir bütün olarak ele alınmaktadır. Bu yönleri ile araştırmamız, özgün bir çalışmadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmada, İstanbul’da faaliyet gösteren toplam 164 özel hastaneden, aktif olan ve kurumsal internet sayfası bulunan 158 özel hastanenin, kurumsal iletişim mecrası olan internet sayfalarında yer alan vizyon ve misyon açıklamaları, 1 Kasım

2013 ile 20 Ocak 2014 tarihleri arasında içerik analizine tâbi tutulmuştur. Araştırmanın yapıldığı zaman aralığında, herhangi bir nedenle faaliyette olmayan veya kurumsal internet sayfası bulunmayan 6 hastane, araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Özel hastanelerin isimleri, ilçelere göre dağılımları, kuruluş tarihleri ve yatak sayılarına dair veriler, en son güncellenmiş hâliyle İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. Hastanelerin sundukları hizmetler (brans), ISO 9001, EFQM veya JCI akreditasyonuna sahip olup-olmadıkları ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalarının bulunup-bulunmadığına ilişkin bilgiler ise, hastanelerin kurumsal internet sayfalarından veya bizzat hastaneler telefonla aranmak suretiyle elde edilmiştir.

Araştırmanın amacı farklı vizyon ve misyon ifadelerini incelemek olduğundan, bir zincire bağlı hastanelerde vizyon ve misyon ifadeleri ortak olduğu takdirde, hastaneler tek tek değil de, ilgili zincir adı altında örnekleme temsil edilmiştir. Bu durumda hastane yaşı, zincirin faaliyette bulunduğu toplam süre olarak ele alınmış, yatak sayısı da, yine zincirin İstanbul il sınırları içerisinde bulunan hastanelerinin yatak sayıları toplamı olarak girilmiştir. Bir zincire dâhil olmasına rağmen, eğer hastanenin vizyon ve misyon açıklaması bağlı bulunduğu zincirden farklı ise, hastane zincirden bağımsız, bireysel olarak örnekleme dâhil edilmiş, ama zincir hastane olarak kodlanmıştır.

Sonuç olarak, araştırma örnekleme İstanbul'da faaliyet gösteren toplam 158 özel hastane evrenine ait 103 farklı vizyon ve misyon açıklamasından meydana gelmektedir. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, hiyerarşik kümeleme analizi, ki-kare ve Student-t testlerinden yararlanılmıştır.

3. Bulgular

Hastanelerin herhangi bir zincire bağlı olup-olmadıkları incelendiğinde, İstanbul'da faaliyet gösteren toplam 158 hastanenin 65'i (%41) herhangi bir zincire bağlı değilken, 93 hastane (%59) bir hastane grubu içerisinde yer almaktadır.

Hastaneler kuruluş yıllarına göre incelendiğinde ise, en eski hastanenin 1852 yılında kurulduğu ve en yeni hastanenin de 2013 yılında faaliyete başladığı tespit edilmiştir. Kuruluş yılı medyanı 1988 olup, ortalama hastane yaşı 19.7 (SS = 29.6) yıldır.

158 özel hastanenin yatak sayıları 10 ilâ 470 arasında değişmekte olup, yatak sayısı ortalamasının 76 (SS = 64.9) olduğu görülmektedir.

Verdikleri hizmetlerin türü açısından bakıldığında ise, hastanelerin büyük çoğunluğu olan 148'i (%94) genel hastane iken, yalnızca 10'u (%6) dal hastanesidir.

Yapılan içerik analizi sonucunda, örneklem hastanelerinin vizyon ve misyonlarında 25 farklı temanın kullanıldığı tespit edilmiştir. Ardından gerçekleştirilen hiyerarşik kümeleme analizi sonuçları da, sınıflandırmada daha az sayıda temaya indirgemenin mümkün olmadığını, dolayısıyla da oluşturulan bu tema sayısının uygun olduğunu doğrulamıştır. Tespit edilen bu 25 tema ve hastanelerin tema kullanımına ilişkin sıklık ve yüzde sıklıklar, Tablo 1'de görüldüğü gibidir.

Tablo1: Örneklem Hastanelerinde Kullanılan Temalar

Temalar	Sıklık	Yüzde Sıklık
1. Modernlik, çağdaşlık, teknolojik üstünlük, inovasyon	79	76.7
2. Hasta hakları, mahremiyet, etik değerlere uymak	74	71.8
3. Hasta ve yakınlarının memnuniyeti	65	62.1
4. Öncü, lider, referans, marka olmak	62	60.2
5. Kaliteli hizmet	60	58.3
6. Uzman ve dinamik personel	50	48.5
7. Güven verici ve doğru olmak	43	41.7
8. Akredite olmak	36	35.0
9. Koruyucu sağlık hizmeti	30	29.1
10. Ekonomik hizmet	29	28.2
11. Bilimsel çalışma ve akademik araştırma	26	25.2
12. Çalışan memnuniyeti	19	18.4
13. Topluma değer vermek	19	18.4
14. Kalite yönetimi	18	17.5
15. Herkese eşit hizmet	17	16.5
16. Çalışanların gelişimi	15	14.6
17. Takım ruhu	13	12.6
18. Çevre dostu olmak	12	11.7
19. Mevzuata uygunluk	9	8.7
20. Yaşam kalitesini yükseltmek	9	8.7
21. Sosyal sorumluluk ve yardım	8	7.8
22. Mükemmellik	8	7.8
23. Sağlık turizmi	6	5.8
24. Zincir hastane olma	5	4.9
25. İş imkânı sağlama	1	1.0

Araştırma örneklemini meydana getiren 103 özel hastaneye ait vizyon ve misyon açıklamalarına yönelik yapılan inceleme sonucunda, en yoğun kullanılan üç temanın: “modernlik, çağdaşlık, teknolojik üstünlük, inovasyon” (%76.7), “hasta hakları, mahremiyet, etik değerlere uymak” (%71.8) ve “hasta ve yakınlarının memnuniyeti” (%62.1) olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerin vizyon ve misyon açıklamalarında, tespit edilen söz konusu 25 temadan en az 2 ve en çok 14 farklı temayı birlikte kullandıkları, %15 ile en sık 6 temanın birlikte kullanıldığı görülmüştür.

Ki-kare analizi bulgularına göre, genel hastanelerin %51’i “uzman ve dinamik personel” temasını kullanırken, dal hastanelerinden hiçbirinin (%0) söz konusu temayı kullanmadıkları görülmüştür ($\chi^2 = 4.96$, $\phi = -0.22$, $P < 0.05$). Akreditasyona sahip hastanelerden %73’ü “öncü, lider, referans, marka olmak” vurgusunda bulunurken, akreditasyona sahip olmayan hastanelerin %47’si aynı temaya vurguda bulunmuştur ($\chi^2 = 7.27$, $\phi = 0.27$, $P < 0.01$). Yine “öncü, lider, referans, marka olmak” temasını kullanan hastanelerden %64’ü zincir hastaneyken, %36’sı herhangi bir zincire bağlı değildir ($\chi^2 = 14.02$, $\phi = 0.37$, $P < 0.001$).

Akreditasyona sahip hastanelerin %19’u “takım ruhu”na atıfta bulunurken, akreditasyona sahip olmayan hastanelerden yalnızca %6’sı aynı temaya atıfta bulunmuştur ($\chi^2 = 4.16$, $\phi = 0.20$, $P < 0.05$). Benzer şekilde, SGK ile tüm hizmetlerde veya branş bazında anlaşmalı olan hastanelerin yalnızca %10’u “takım ruhu” temasını kullanırken, SGK ile anlaşması bulunmayan hastanelerin %44’ü “takım ruhu” temasına yer vermiştir ($\chi^2 = 9.06$, $\phi = -0.30$, $P < 0.01$).

“Koruyucu sağlık hizmeti” temasına zincir hastanelerinin %43’ü atıfta bulunurken, tek hastanelerin %15’i aynı temaya atıfta bulunmuştur ($\chi^2 = 9.61$, $\phi = 0.30$, $P < 0.01$). Yine aynı temaya SGK ile anlaşmalı hastanelerin %32’si yer verirken, SGK ile anlaşması bulunmayan hastanelerin hiçbiri (%0) söz konusu temaya yer vermemiştir ($\chi^2 = 4.05$, $\phi = 0.20$, $P < 0.05$).

Gerçekleştirilen t-testi analizlerine göre, yatak sayısı cinsinden hastane büyüklükleri ile hastanelerin özellikleri ve vizyon ve misyon ifadelerinde kullandıkları temalara ilişkin istatistiksel anlamlılıktaki sonuçlar, Tablo 2’de görüldüğü gibidir.

Tablo 2: Yatak Sayılarına Göre Örneklem Hastanelerinin Özellikleri

Değişkenler		N	X	SS	Ortalamalar		
					Arası Fark	t	P
Hastane	Tek	52	57.8	47.3	-84.5	-3.71	0.000
	Zincir	51	142.3	155.6			
Akreditasyon	Yok	51	69.3	72.9	-60.1	-2.59	0.011
	Var	52	129.4	150.2			
Öncü, lider, referans, marka olma	Yok	41	70.6	88.2	-48.3	-2.18	0.032
	Var	62	118.9	136.8			
Takım ruhu	Yok	90	104.3	129.0	36.5	2.24	0.028
	Var	13	67.8	32.3			

Tablo 2’den de görüldüğü üzere, zincir hastaneler, beklendiği üzere, bir zincire dâhil olmayan hastanelerden ortalama 84.5 yatak daha büyüktür ($P < 0.001$). Yine benzer şekilde, ISO 9001, EFQM veya JCI akreditasyonuna sahip hastaneler de, akreditasyonu bulunmayan hastanelerden ortalama 60 yatak daha büyüktür ($P < 0.05$).

Yatak sayısı bakımından hastane büyüklüğü ile vizyon ve misyon ifadelerinde kullanılan temalar incelendiğinde, “öncü, lider, referans, marka olma” temasına vurgu yapan hastanelerin, vizyon ve misyon ifadelerinde söz konusu temayı kullanmayan hastanelerden ortalama 48 yatak daha büyük oldukları bulgulanmıştır ($P < 0.05$). Öte yandan, “takım ruhu” temasına vurgu yapan hastanelerin ise, vizyon ve misyon ifadelerinde söz konusu temaya yer vermeyen hastanelerden ortalama 36.5 yatak daha küçük oldukları görülmüştür ($P < 0.05$). Hastanelerin vizyon ve misyon ifadelerinde kullandıkları toplam tema sayıları ile belirli temalara yer vermeleri arasındaki ilişki ise, Tablo 3’te verildiği gibidir.

Tablo 3: Hastanelerin Kullandıkları Tema Sayılarına Göre Vurgu Yaptıkları Temalar

Değişkenler		N	X	SS	Ortalamalar Arası Fark		
					t	P	
Herkes eşit hizmet	Yok	86	6.7	2.8	-1.2	-2.43	0.020
	Var	17	7.9	1.5			
Çevre dostu olmak	Yok	91	6.5	2.5	-3.3	-7.91	0.000
	Var	12	9.8	1.1			

Tablo 3’te de görüldüğü üzere, hastanelerin vizyon ve misyon ifadelerinde kullandıkları toplam tema sayısı arttıkça, “herkes eşit hizmet” ($P < 0.05$) ve “çevre dostu olmak” ($P < 0.001$) temalarına vurguda bulunma olasılıkları da artmaktadır. Buna göre, “herkes eşit hizmet” vurgusunda bulunan hastanelerin, aynı temaya vurguda bulunmayanlara göre vizyon ve misyon ifadelerinde toplamda ortalama 1.2 tema ve “çevre dostu olmak” temasına vurguda bulunan hastanelerin ise, yine aynı temaya vurguda bulunmayanlara göre toplamda ortalama 3.3 daha fazla tema kullandıkları görülmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Vizyon ve misyon ifadeleri, kurumların, kendilerini çalışanlarına ve hedef müşteri kitlelerine ifade etme aracıdır. İstanbul’da faaliyet gösteren özel hastanelerin misyon ve vizyonları incelendiğinde, toplamda 25 farklı temanın ayırt edilebildiği ve bu temalardan 2 ile 14’ünün, sıklıkla da 6 temanın birlikte kullanıldığı tespit edilmiştir.

Söz konusu temalar incelendiğinde, İstanbul’daki özel hastanelerin “modernlik ve teknolojik üstünlük” ile “hasta hakları ve etik değerlere bağlılık” başta olmak üzere, “hasta memnuniyetine”, “alanında öncü ve referans bir sağlık kuruluşu olmaya”, “hizmet kalitesine” ve “uzman-dinamik çalışanlara sahip olmaya” özellikle vurgu yaptıkları görülmektedir. Vurguda bulunulan bu nitelikler, birlikte kullanım sıklığı yönünden toplamın %55’ini meydana getirmektedir.

Şüphesiz ki, kendilerini çalışanlarına ve hedef hasta kitlelerine daha iyi ve ayrıntılı bir şekilde anlatma çabasında olan hastane yönetimleri, vizyon ve misyon açıklamalarında daha çok sayıda temayı birlikte kullanma eğilimindedirler. Zira araştırmamızın bulgularına göre, özel hastanelerin vizyon ve misyonlarında kullandıkları tema sayıları arttıkça, nispeten daha az vurguda bulunulan “herkes eşit hizmet” ve “çevre dostu olma” gibi temalara daha fazla yer verilmiştir. Özellikle bu iki konunun, çalışanlar ve hedef hasta kitleleri gözünde hastaneleri rakiplerinden farklılaştırıcı bir etkiye sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Özel hastanelerin çeşitli özellikleri de, vurgu yaptıkları temalarda farklılaşmaya yol açmaktadır. Örneğin, büyük hastaneler (çoğunlukla da zincir hastaneler) ve aynı zamanda akredite hastaneler, “öncü ve referans sağlık kuruluşu olmaya” vurgu yaparlarken, küçük hastanelerin daha çok “takım ruhuna” atıfta buldukları görülmektedir. Aynı zamanda akredite hastaneler de, takım ruhuna değinmektedirler. Bu yolla hastane yönetimlerinin, akreditasyon süreçlerinin klinik ve idarî birimlerin bir bütün olarak ortak hareket etmelerini gerektirdiğine vurgu yapmayı amaçladıkları anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, küçük hastaneler de takım ruhuna değinmek suretiyle, personelin yoğun iş yüklerinin altından yardımlaşma ve grup bütünlüğü ile kalktıklarını ve ayrıca hasta memnuniyetinin de, bu küçük personel

grubunun samimi iletişim ve yaklaşımları sayesinde garanti altına alındığını vurgulamak istemiş olabilirler.

Zincir hastaneler, kendilerinden sergilemeleri beklenen bütüncül yaklaşımın bir sonucu olarak, “koruyucu sağlık hizmetlerini” vizyon ve misyonlarının bir parçası kabul ederlerken, Genel Sağlık Sigortası çerçevesinde potansiyel olarak toplumun hemen tüm kesimlerine sağlık hizmeti sunmak durumunda olan SGK ile anlaşmalı hastaneler de, yine korucu sağlık hizmetlerine, vizyon ve misyonlarının bir gereği olarak atıfta bulunmaktadır. Dolayısıyla, ister zincir hastane olarak toplumla temas noktalarının sayısının artması yoluyla olsun, isterse de SGK anlaşması sonucu temasa geçilen potansiyel toplum kesimlerinin sayısının artması yoluyla olsun, geniş toplum kesimleri ile temas kurmak durumunda olan hastanelerin, koruyucu hizmetlere önem vermek gibi, kendilerini diğerlerinden farklı bir rol üstlenmek zorunda hissettikleri anlaşılmaktadır.

İstanbul’daki özel hastanelerin vizyon ve misyon ifadeleri üzerine gerçekleştirdiğimiz bu incelemeler esnasında, hastane yönetimlerinin vizyon ve misyonlarını belirlerken, genellikle kendilerine eşdeğer gördükleri başka hastanelerin vizyon ve misyon açıklamalarından esinlendikleri izlenimi doğmuştur. Fakat çalışmamızın kapsamı dışında kalması dolayısıyla, söz konusu izlenimin doğru olup-olmadığını test etmeye yönelik herhangi bir ilâve analiz yapılmamıştır. Bu bağlamda, taklitçi eşbiçimliliğe yönelik bir inceleme, belki de başka bir araştırmanın konusu olarak ayrıca önerilebilir. Ayrıca, hastanelerin vizyon ve misyon ifadelerinin, genelde profesyonelce hazırlanmadıkları da anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, gerçekte söz konusu vizyon ve misyonların, tanıtmayı amaçladıkları kurumları, kültürlerini ve değerlerini ne ölçüde ve doğru bir şekilde yansıttıkları da, yine değerlendirilmesi gereken başka bir sorunsaldır. Gelecekteki çalışmalarda, tüm bu ve benzeri konuları da dikkate almaları, araştırmacılara önerilmektedir.

Kaynaklar

1. DİNÇER, Ö. (1998), *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, Beta Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.
2. DOĞAN, M. (1982), *Büyük Türkçe Sözlük*, Birlik Yayınları, Ankara.
3. ERÇETİN, Ş. (1998), *Lider Sarmalında Vizyon*, Nobel Yayınları, Ankara.
4. FİİTZ ENZ JAC (2001), *İnsan Kaynaklarında Yepyeni Bir Vizyon*, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
5. İŞCAN, F. (2012), Marmara Bölgesi’nde Yer Alan Hastanelerin Misyon İfadelerinin İncelenmesi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
6. KOÇEL, T. (2003), *İşletme Yöneticiliği*, 9. Baskı, Beta, İstanbul.
7. MEB (2007), *Planlı Okul Gelişim Modeli*, 4. Baskı, MEB EARGED Yayını, Ankara.
8. ÖZDEN, Y. (2002), *Eğitimde Yeni Değerler*, Pegem Yayıncılık, Ankara.
9. ÖZVEREN, M. (1997), *Toplam Kalite Yönetimi*, Alfa Basım, İstanbul.
10. ŞİŞMAN, M. ve TURAN, S. (2001), *Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi*, Pegem, Ankara.
11. ÜLGEN, H. ve MİRZE, S. K. (2007), *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, 4. Baskı, Arıkan Yayınları, İstanbul.

AVRUPA BİRLİĞİ'NE ÜYE ÜLKELER İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK İŞGÜCÜ GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dilek ŞAHİN*
Nurdan ORAL KARA**

ÖZET

Bu araştırmada, “Avrupa Birliği”ne üye ülkelerin sağlık işgücü göstergelerinin karşılaştırılması, benzer ülkelerin ve Türkiye'nin bu ülkeler arasındaki yerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada verilerin gruplara ayrılmasında kullanılan bir sınıflandırma yöntemi olan “Kümeleme Analizi”nin kullanılması uygun görülmüştür. Yöntemin amacı, gruplanmamış verileri benzerliklerine göre sınıflandırmak ve araştırmacıya özet bilgiler sunmaktır. Bu çalışmada Türkiye ile verilerine ulaşılan 16 Avrupa Birliği ülkesine ait 5 sağlık işgücü (10000 kişiye düşen doktor, hemşire ve ebe, diş doktoru, eczacı ve psikiyatrist sayısı) değişkeni ile aynı yapıyı gösteren ülke gruplarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Analiz için Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı istatistik raporundaki verilerden yararlanılmıştır. Analiz sonucunda 17 ülkenin 3 kümeye ayrıldığı sonucuna varılmıştır. Lüksemburg ve Finlandiya birinci grubu; Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Litvanya, Malta, Slovenya, Birleşik Krallık, Estonya ve Macaristan ikinci grubu; Kıbrıs, Letonya, Hırvatistan, Polonya, Romanya ve Türkiye üçüncü grubu oluşturmaktadır. 10000 kişiye düşen doktor sayısının yüksek olduğu ülkeler ikinci grupta yer almıştır. 10000 kişiye düşen hemşire ve ebe, diş doktoru, eczacı ve psikiyatrist sayısının yüksek olduğu ülkeler ise birinci grupta yer almıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu üçüncü grup ise diğer iki gruba göre sağlık işgücü sayısının düşük olduğu ülkelere olmaktadır. Türkiye'nin son yıllarda sağlık iş gücü sayısında artış olmasına karşın halen bu ihtiyacın devam ettiği gözlemlenmektedir. Ancak nicel artışın yanında yetişen personelin niteliklerinin de uygun düzeyde tutulması sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından son derece önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık İşgücü Göstergeleri, Avrupa Birliği, Kümeleme Analizi

*Öğretim Görevlisi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü, dileksahin@duzce.edu.tr

**Araştırma Görevlisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nurdankarasdu@gmail.com

1. Giriş

Avrupa kıtasını istikrarlı bir bölge haline getirme çabaları II. Dünya Savaşı sonrasında somut adımlara dönüşmüş ve bu amacı gerçekleştirmek için ilk adım 1951 yılında Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu Antlaşmasının imzalanmasıyla atılmıştır. Bu topluluğun oluşturduğu sektörel entegrasyondan sağlanan avantajları ekonominin geneline yaymak ve Avrupa'nın yeniden yapılanmasını hızlandırmak için, 1957 yılında Avrupa Ekonomik Topluluğu Antlaşması imzalanmıştır. Kurulduğu günden beri dış dünyada meydana gelen gelişmelere duyarsız kalmayan ve özellikle yakın çevresindeki ekonomik ve siyasi gelişmeleri yakından izleyen Türkiye, Avrupa kıtasındaki bu bütünleşme çabasını ekonomik gelişmenin hızlanması, batılılaşma ve çağdaşlaşmayı sağlama ve Yunanistan'ın üyelik girişimleri çerçevesinde değerlendirerek 1959 yılında Ortaklık başvurusunu yapmıştır. Ancak bu yıldan itibaren tam üyelik gerçekleşmemiş olmamasına karşın Türkiye'nin AB'ye tam üyelik müzakereleri halen oldukça yavaş bir şekilde ilerlemektedir. Bu sürecin sancılı olmasının arka planında ekonomik gelişmişlik ve kültürel farklılık ile dış ilişkiler çerçevesinde de özellikle Kıbrıs konusunun neden olduğu ifade edilmektedir (Öz vd., 2009:3).

Ekonomik gelişme, sosyal, siyasal, kültürel ve ekonomik anlamda bir modernleşme projesi olarak algılanmaktadır. İktisadi gelişme, kişi başına düşen farklı mal ve hizmet birimleri yolu ile de ifade edilebilir. Nitekim kişi başına düşen doktor, hemşire ve öğretmen sayılarıyla birlikte kişi başına düşen eğitim ve sağlık harcamaları da iktisadi gelişmişliğin önemli ölçütleri arasında kabul edilmektedir. Bütün bunlar, iktisadi kalkınmanın tanımının gelir artışını, eğitim ve sağlık düzeylerinin yükselmesini, verim artışını, teknolojik gelişmeyi ve benzer birçok faktörü kapsadığını göstermektedir. Bu faktörlerin her biri iktisadi kalkınmanın farklı yönünü ön plana çıkarmakta ve dolayısıyla ülkeler arasında ekonomik gelişmişlik karşılaştırması yapılırken bu faktörlerin de dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır (Öz vd., 2009:5). Aynı zamanda ülkelerdeki sağlık alanında elde edilen olumlu gelişmeler uzun vadede ekonomik, eğitim ve sosyal alanlara da yansımaktadır (Timor ve Lorcu, 2010: 43). Bu düşünceden yola çıkarak kamu ve özel sektörde, her çeşit sağlık hizmetini üreten insan gücünün tümü olarak tanımlanan sağlık işgücü (Santaş vd., 2012:46) açısından Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üye ülkeler arasındaki yerinin belirlenmesi önem taşımaktadır.

Türkiye her yıl gelişen, nüfusu hızla artan ve bunun sonucu olarak diğer alanlarda olduğu gibi sağlıkta da önemli değişikliklerin meydana geldiği ülke durumundadır. Nüfusun artmasıyla birlikte, hastalıklar çoğalmakta ve hasta sayısı artmakta, hasta sayısına bağlı olarak hastane sayısı, eczane sayısı, doktor, diş hekimi, ebe, hemşire ve eczacı sayısının artması kaçınılmaz olmaktadır. Sağlık personeli başına düşen kişi sayısında da iyileşmeler görülmektedir. Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetlerindeki hedeflere ulaşılmıştır. Bu olumlu gelişmelerin ülkemizin sağlık sorununu çözmeye yeterli olup olmadığı tartışılmaktadır (Çelik, 2013:176).

2. Yöntem

Bu bölümde araştırmanın amacı, evren ve veri toplama aracına ait bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, “Avrupa Birliği”ne üye ülkelerin sağlık işgücü göstergelerinin karşılaştırılması, benzer ülkelerin ve Türkiye’nin bu ülkeler arasındaki yerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

2.2. Evren ve Veri Toplama Aracı

Araştırma kapsamında Türkiye ile verilerine ulaşılan 16 Avrupa Birliği ülkesine (Lüksemburg, Finlandiya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Litvanya, Malta, Slovenya, Birleşik Krallık, Estonya, Macaristan, Kıbrıs, Letonya, Hırvatistan, Polonya, Romanya) ait 5 sağlık işgücü değişkeni (10000 kişiye düşen doktor, hemşire ve ebe, diş doktoru, eczacı ve psikiyatrist sayısı) ile aynı yapıyı gösteren ülke grupları belirlenmiştir. Analiz için Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 yılı istatistik raporundaki verilerden yararlanılmıştır.

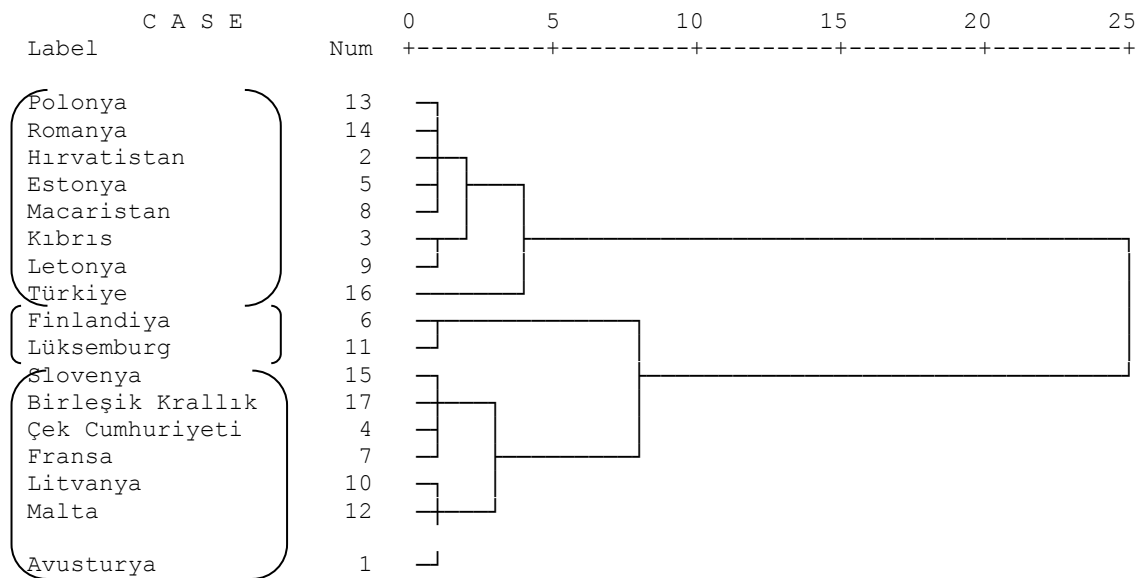
3. Bulgular

Analize sağlık işgücü göstergelerine ait eksik verisi bulunmayan normal dağılım koşullarını sağlayan 5 değişken aralarında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığını incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılarak başlanmıştır. İncelemeler değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı 0,90 ve aşağısında olana kadar devam ettirilmiş ve değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığına karar verilmiştir. Çoklu doğrusal bağlantı değişkenler arasındaki korelasyonların yüksek olması durumunda (0,90 ve üzeri) ortaya çıkmaktadır. Eğer ikili korelasyonlar çok yüksek ise bu durum korelasyon matrisinde görülür ve iki değişkenden birinin analiz dışına alınmasıyla problem çözülmüş olur (Tabachnick ve Fidell, 1996:84).

Araştırmada önce hiyerarşik yöntemlerden “Birleştirici aşamalı kümeleme yöntemlerinden en küçük varyans kümeleme yöntemi (Ward metodu)” ve “Kareli Oklit Uzaklığı ” kullanılmıştır. Aşamalı küme yöntemi sonucunda sağlık işgücü sayılarına göre oluşan ülkelerin küme sayısının üç grupta toplandığı görülmüştür. Sağlık işgücü sayılarında benzerlik olan ülkelerin kümeleme sonuçları Şekil 1’de dendrogram olarak verilmiştir.

H I E R A R C H I C A L C L U S T E R A N A L Y S I S

Dendrogram using Ward Method Rescaled Distance Cluster Combine



Şekil 1. Avrupa Birliğine Ait Ülkeler ve Türkiye’nin Sağlık İşgücü Göstergelerine Ait Dendrogram

Araştırmanın ikinci kısmında hiyerarşik olmayan kümeleme yöntemi kullanılmıştır. K-Ortalamalar kümeleme yöntemi birimleri kümeleyerek küme parametre tahminlerini vermektedir. Küme sayısına yukarıda bahsedilen hiyerarşik kümeleme yöntemleriyle 3 olarak karar verilmiştir. K-Ortalamalar kümeleme analizi sonucu Tablo 1’de görülmektedir. Lüksemburg ve Finlandiya birinci gruba; Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Litvanya, Malta, Slovenya, Birleşik Krallık, Estonya ve Macaristan ikinci gruba; Kıbrıs, Letonya, Polonya, Romanya, Hırvatistan ve Türkiye üçüncü gruba oluşturmaktadır. K-Ortalamalar kümeleme yöntemi sonucu hiyerarşik kümelemeden farklı olarak Estonya ve Macaristan’ı 3. küme yerine 2’ci küme de yer vermiştir.

Tablo 1. Küme Üyeliği Tablosu

Ülke sayısı	Ülke	Küme	Uzaklık
1	Finlandiya	1	8,450
2	Lüksemburg	1	8,450
3	Avusturya	2	16,502
4	Çek Cumhuriyeti	2	10,725
5	Estonya	2	10,095
6	Fransa	2	19,114
7	Macaristan	2	10,967
8	Litvanya	2	9,125
9	Malta	2	6,125
10	Slovenya	2	12,852
11	Birleşik Krallık	2	14,844
12	Hırvatistan	3	16,386
13	Kıbrıs	3	3,647
14	Letonya	3	7,467
15	Polonya	3	16,032
16	Romanya	3	12,591
17	Türkiye	3	19,932

Tablo 2’de sağlık işgücü göstergelerinin 3 kümedeki ortalamaları görülmektedir. 10000 kişiye düşen doktor sayısının yüksek olduğu ülkeler ikinci grupta yer almıştır. 10000 kişiye düşen hemşire ve ebe, diş doktoru, eczacı ve psikiyatrist sayısının yüksek olduğu ülkeler ise birinci grupta yer almıştır. Türkiye’nin de içinde bulunduğu üçüncü grup ise diğer iki gruba göre sağlık işgücü sayısının düşük olduğu ülkelere aittir.

Tablo 2: Küme Merkezleri Tablosu

Sağlık İşgücü Göstergeleri	Kümelere		
	1	2	3
10000 kişiye düşen doktor sayısı	28,65	34,20	23,85
10000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı	116,50	77,82	47,90
10000 kişiye düşen diş doktoru sayısı	8,20	6,36	5,53
10000 kişiye düşen eczacı sayısı	9,25	7,63	5,33
10000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı	2,45	1,31	0,68

Tablo 3 ise kümelerden en çok 2. ve 3. kümenin birbirine yakın olduğunu ve en çok 3. kümeyle 1. kümenin birbirine uzak olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 3. Son Küme Merkezleri Arasındaki Uzaklıklar

Küme	1	2	3
1		39,167	68,953
2	39,167		31,762
3	68,953	31,762	

K-Ortalamalar tekniği uygulandığında elde edilen sonuçlara göre 10000 kişiye düşen doktor, hemşire ve ebe, psikiyatrist sayısı değişkeni etkili ve anlamlı olmuştur. Çünkü anlamlı bulunan değişkenlere ait anlamlılık (p) değerlerinin anlam düzeyi 0,05'ten küçüktür (Tablo 4). Neticede bu değişkenlere göre kümeler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 4. Kümeleme Analizi ANOVA Tablosu

Sağlık İşgücü Göstergeleri	Küme Kareler Ortalaması	Serbestlik Derecesi	Hata Kareler Ortalaması	Serbestlik Derecesi	F	p
10000 kişiye düşen doktor sayısı	194,575	2	35,580	14	5,469	0,018
10000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı	3874,921	2	133,198	14	29,091	0,000
10000 kişiye düşen diş doktoru sayısı	5,385	2	2,263	14	2,380	0,129
10000 kişiye düşen eczacı sayısı	15,200	2	5,043	14	3,014	0,082
10000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı	2,414	2	0,294	14	8,199	0,004

4. Tartışma ve Sonuç

Sonuçlar doğrultusunda Türkiye sağlık işgücü göstergeleri açısından Avrupa Birliği ülkeleri arasında yer almasına ve son dönem sayısal iyileşmelere rağmen halen işgücü sayısı açısından istenilen düzeyde değildir. Avrupa Birliği ülkelerinin genelinden uzak mesafede yer almaktadır (Tablo 1). Ayrıca Türkiye'nin içinde bulunduğu küme sağlık işgücü göstergeleri açısından ortalamaları en düşük kümedir. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporunda da bu çalışma kapsamında ele alınan değişkenler açısından Türkiye'nin Avrupa Birliği ortalamalarından oldukça düşük olduğu gözlemlenmektedir.

Ülkemizin bugünkü ve gelecekteki sağlık ihtiyaçları belirlenmeli, talep araştırması yapılmalı ve hedefler ortaya konarak birbiriyle bütünleşik değerlendirilmelidir. Ayrıca tüm bunları yapacak sağlık planlayıcıları ve yöneticileri yetiştirilmelidir (Santaş vd., 2012:57). Belirlenen sağlık ihtiyacı doğrultusunda sağlık işgücü planlaması da yapılmalı ve hedefler ortaya konmalıdır. Sağlık işgücü planlamaları arasında gerekli sağlık çalışanlarının uygun nicelik ve nitelikte nasıl yetiştirileceği belirlenmelidir. Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları ile istihdam noktasındaki karar organları arasında irtibat ve etkileşim zayıftır (Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2014:6). İstenilen sağlık işgücünü yetiştiren kurumların alt yapı problemleri de sağlık işgücü planlamaları arasında çözümlenmelidir.

Kaynaklar

- 1.ÇELİK, Şenol (2013), Kümeleme Analizi İle Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye'deki İllerin Sınıflandırılması, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14 (2): 175-194.
- 2.KALAYCI, Şeref, (2008). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım, 3. Basım, ANKARA.
- 3.ÖZ Bülent, Sami TABAN, Muhsin KAR (2009), Kümeleme Analizi ile Türkiye ve AB Ülkelerinin Beşeri Sermaye Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1).
- 4.ŞANTAŞ, Fatih, Özlem ÖZER, Ümit ÇIRAKLI, (2012), *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2): 45-59.
- 5.TİMOR, Mehpare, Fatma LORCU (2010), Türkiye ve Avrupa Birliğine Üye Ülkelerin Sağlık Sistem Performanslarının Kümeleme ve Veri Zarflama Analizi ile Karşılaştırması”, *Yönetim*, 21(65): 25-46.
- 6.World Health Organization, World health statistics 2014.
- 7.TABACHNİCKNİCK, B., Fidel, L. (1996). *Using Multivariate Statistics*, North Ridge: Harper Collins College Publisher.
- 8.T.C. Yükseköğretimi Kurulu, T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Maliye Bakanlığı, T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014), *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu*, Eskişehir.

KÖK HÜCRE TURİZMİ

*Tolga MÜDERRİSOĞLU**

ÖZET

Kök hücre tedavisi kavramı günümüzde yaygınlaşmakta olan bir kavramdır. Kök hücre konusunda ilerleme kaydedildikçe yeni tedavi yöntemleri, sağlık sektörüne farklı etkilerle yansımaktadır. Günümüzde özellikle akut ve kronik lösemi, lenfoidmaliniteler ve birçok solid tümörün tedavisinde kök hücreler kullanılmaktadır. Bununla birlikte farklı ülkelerde, kanıtlanmamış deneysel çalışmalar yürütülmektedir. Kayıtların yetersiz olduğu bu çalışmalarla ilgili birçok sorun, farklı çalışmalara yansımıştır. Bu kapsamda kök hücre tedavileri konusunda araştırma ve kaynak için biyolojik bankalar ve kayıtçılık büyük önem arz etmektedir. Aynı zamanda hasta mağduriyetlerinin engellenmesi ve giderilebilmesi için hastaların farklı kanallarla bilinçlendirilmesi, küresel kök hücre camiasının ortak hareket etmesi gerekmektedir. Kök hücre tedavileriyle ilgili ulusal yasal düzenlemelerin yanında uluslararası kooperasyon ve koordinasyon büyük bir ihtiyaç haline gelecektir.

Anahtar Kelimeler: Kök hücre tedavisi, sağlık turizmi, kök hücre turizmi, tıbbi etik, malpraktis

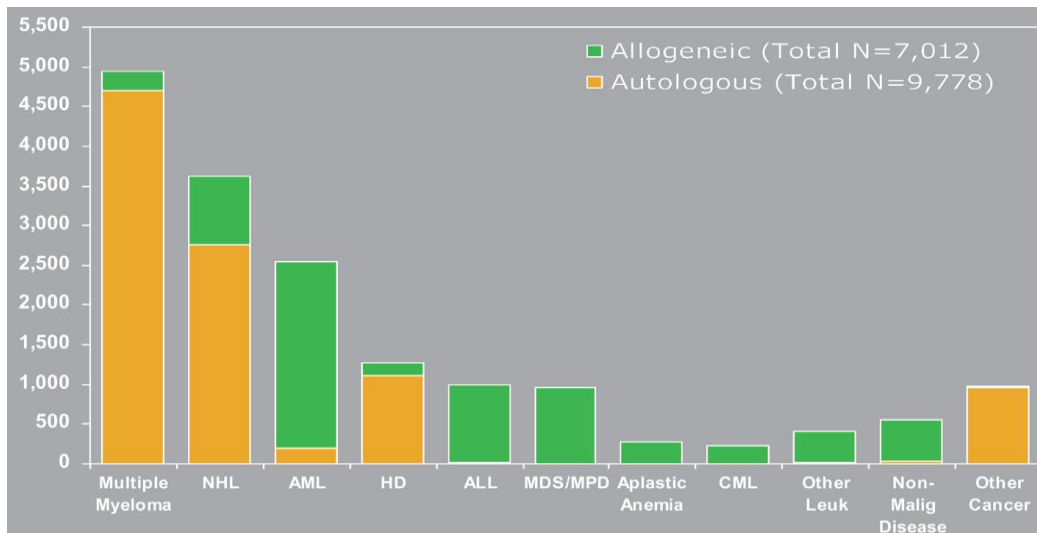
*MD, Doktora Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
tolga.m@gmail.com

Giriş

Farklı tipte ve görevde hücelere farklılaşabilen hücelere “kök hücre” denir. Kök hücreler çoğalarak başka yeni kök hücelere de dönüşebilirler. Kök hücre tedavisinde, hasarlı dokunun onarılması kök hücelere ya da kök hücreden köken alan hücelere gerçekleştirilir. Hematopoetik kök hücre replasmanı, günümüzde bazı hematolojik durumlarda kullanılan güçlü bir müdahaledir. Kök hücreler aynı zamanda yanık tedavisi, kemik grefti, kornea naklinde de kullanılmaktadır. Retina hastalıkları, miyokard enfarktüsü, Parkinson hastalığı gibi farklı durumlarda kullanılmak üzere doku replasman tedavileri geliştirilmeye devam edilmektedir. Yeni tedavi yöntemleri geliştikçe bu yöntemlerle ilgili kaygılar da oluşmaktadır. Örneğin nakil materyali kanserleşmeye sebep olabileceği gibi nakledilmiş hücelerin çevre dokulara entegrasyonu yetersiz olabilir. Bununla birlikte etik kaygılar da farklı açılardan ele alınabilir. Örneğin tüm hücre tiplerine farklılaşabilen pluripotent kök hücelerin kullanımı, tedavi amacıyla embriyoya zarar verme konusunu gündeme getirebilir (SchaddenandRaaijmakers, 2013).

Hematopoetik kök hücre nakli (HKHN), birçok hematoonkolojik tümörde, bazı solid tümörlerde ve kemik iliği yetmezliği gibi bazı malin olmayan hastalıklarda yerleşmiş bir tedavi haline gelmiştir. Hematopoetik kök hücre naklinde hücelere hastanın kendisinden alınabilir (otolog HKHN), ya da farklı bir kişiden alınabilir (allojenik HKHN). Allojenik kök hücelere, hastanın ailesinden ya da farklı donörlerden alınır (Swiss Blood Stem Cell Transplantation Group, SBST, 2013). Bu sebeple donör kayıtlığı ve kök hücre bilgi bankası büyük önem arz etmektedir.

Bununla birlikte kanıtlanmış tedavi yöntemlerinin yanında, son yıllarda deneysel ve kanıtlanmamış kök hücre tedavi yöntemleri de gündeme gelmektedir. Bu yeni tedavi yöntemleri, sağlık sektörü içerisinde bir sağlık turizmi oluşturmaktadır.



Şekil 1. ABD’de hematopoetik kök hücre nakli endikasyon sayıları, 2009.

NHL: Non-Hodgkinlenfoma, HD: Hodgkinlenfoma, AML: Akut myeloid lösemi, ALL: Akut lenfoblastik lösemi, MDS/MPD: Myelodisplastik sendrom, CML: Kronik myeloid lösemi

Barriga F, Ramirez P, Wietstruck A, Rojas N. Hematopoietic stem cell transplantation: Clinical use and perspectives. Biol Res. 2012;45: 307-316.

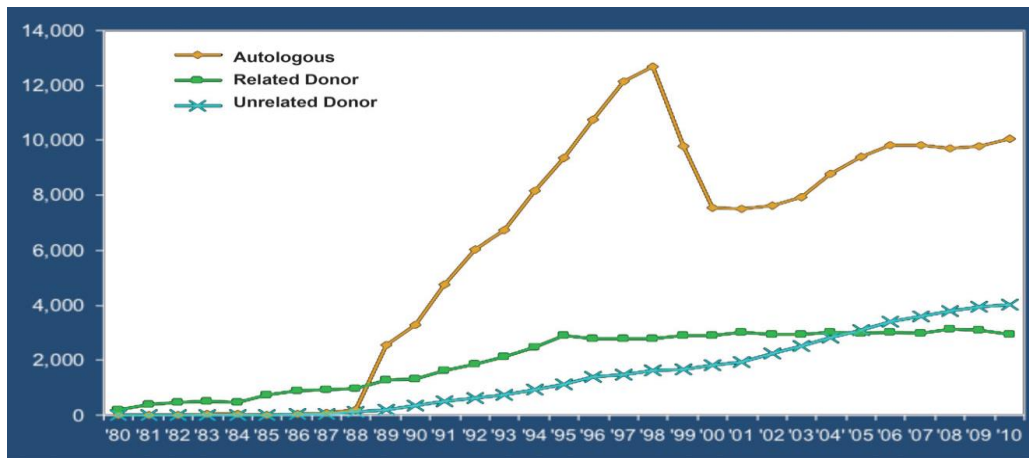
Dünyada Durum

Kök hücre turizmi yalnızca birkaç ülkede sınırlı olmayıp yaygın hale gelmiştir. Özellikle Rusya, Hindistan, Çin, Kosta Rika, Meksika gibi ülkelerin yanında Avrupa’da da, özellikle Almanya ve İsviçre’de kök hücre tedavisi uygulayan çok sayıda klinik mevcuttur. Bununla birlikte medikal turizmin iki farklı şekli vardır: Ülkede olan hizmetin daha ucuz, daha güvenli ya da daha yüksek standartlı hali için yurtdışına gitmek; ya da ülkede olmayan, yasadışı olan ya da etik olarak uygun bulunmayan hizmet için yurtdışına gitmek. Son durumda politik ve tıbbi ikilemler mevcuttur (Hermerén, 2014).

Ahmed ve ark. nın 9 ülkede yaptığı çalışmaya göre (2011); Mısır, İran, Ürdün, Lübnan, Fas, Umman, Pakistan, Suudi Arabistan ve Tunus’ta 1984-2007 arasında toplam 7933 kök hücre nakli yapılmıştır. Eckrich ve Pasquini’nin yaptığı çalışmaya göre (2012), Latin Amerika’da 1981-2009 arasında toplam 13473 hematopoetik hücre nakli yapılmıştır.

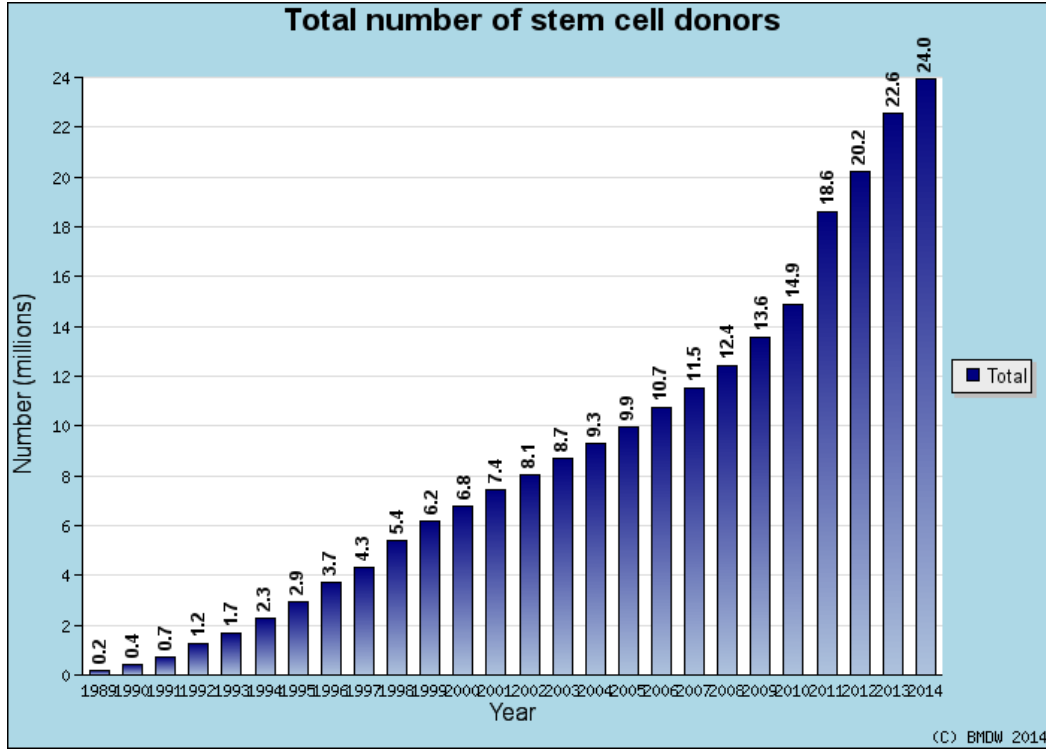
İsviçre Kan Kök Hücre Transplantasyon Grubu’nun 5 ülkede yaptığı çalışmaya göre (2013), İsviçre ve çevre ülkelerinde 2008-2011 arasında toplam 66732 hastaya kök hücre nakli yapılmıştır. Ana endikasyonlar akut ve kronik lösemi, lenfoidmaliniteler ve solid tümörler olmuştur. Aile dışında donörlerden nakil, başarılı kayıtçılık sebebiyle en fazla Almanya’da uygulanmıştır. Diğer taraftan kordon kanının daha az kullanıldığı Almanya ve İtalya’da aile donör kaynaklı uyuşmazlıklar daha fazla görülmüştür. Çalışmadaki ülkelerin nakil merkezlerinin JointAccreditationCommittee tarafından akreditasyon oranları şu şekildedir: İsviçre %100, Hollanda %93, Fransa %58, Almanya %43, İtalya %34.

Deneyisel tedavilerin daha özgürce ve daha yaygın yapıldığı Çin gibi ülkeler de etik tartışmalarda yer edinmektedir. Gelişmiş ülkelerde hastalar, bekleme süresi sonunda ve kabul görmeleri durumunda tedaviye başlayabilirken, Çin gibi ülkelerde beklemeden ve maliyetleri kendisi karşılayarak tedavi olabilmektedir. Dolayısıyla kişi aynı anda hasta, araştırma öznesi ve fon veren olmaktadır (ChenandGottweis, 2013).



Şekil 2. ABD’de 1980-2010 arasında kemik iliği nakli aktivitesi

Barriga F, Ramirez P, Wietstruck A, Rojas N. Hematopoieticstemcelltransplantation: Clinicaluseandperspectives. BiolRes. 2012;45: 307-316.



Şekil 3. Dünya Kemik İliği Donörleri'nde 1989-2014 arasında kayıtlı donör sayıları

<http://www.bmdw.org>, Erişim tarihi: 29 Ağustos 2014.

Sağlık Turizmi

Kök hücre turizmi, günümüzde çeşitli sebeplerle hastalara fiziksel ve ekonomik risk oluşturmaktadır. Birçok hasta, genellikle finansal ya da hukuki gibi çeşitli sebeplerle, kanıtlanmamış ve test edilmemiş kök hücre temelli müdahaleleri araştırmaya devam etmektedir. Devletlerin konuyla ilgili yasal düzenlemeleri büyük oranda farklılık göstermektedir (Master et al., 2013). Bununla birlikte yeterli kayıt tutulmadığı için, kanıtlanmamış deneysel tedavilerin yapıldığı kliniklere giden hastalara ait veriler çok azdır (Einsiedel and Adamson, 2012). Eldeki sınırlı veriler değerlendirildiğinde bu alandaki kaygılar artmaktadır. Örneğin ilk kez, Rusya'da 13 yaşındaki bir erkek hastada fetal nöronal kök hücre tedavisinin ardından donör kökenli glianöronal benzeri tümör gelişimi verisi de bu alandaki kaygıları artırmıştır (Amariglio et al., 2009).

Kök hücre tedavilerinin tanıtımında birçok etik sorun birlikte meydana gelebilmektedir. Müşteriler internet reklamlarından, bloglardan, yerel gazetelerden ya da kendilerine anlatılanlardan etkilenerek bilinçsiz davranabilmektedirler (Cohen and Cohen, 2010). Bununla birlikte, hastalar tarafından yazılan bloglar, sınırlı olarak kök hücre turizmi hakkında bazı veriler sağlayabilmektedir. Kanıtlanmamış kök hücre tedavisi turizmi hakkında hazırlanmış 161 blogun değerlendirildiği bir çalışmada, bu tip blogların artış eğiliminde olduğu, en sık hastalık gruplarının spinal kord yaralanmaları ve optik sinir hipoplazisi olduğu görülmüştür (%34). Aynı çalışmada hastaların 8 ülkede, farklı tedavi süresi ve yöntemlerinin

tercih edildiği 11 farklı kliniğe gitme eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu ülkeler Çin (%86), Hindistan, Dominik Cumhuriyeti, Kosta Rika, Rusya, Meksiko, Almanya ve Türkiye'dir (Ryan et al., 2010).

Özellikle internet yoluyla, kısıtlanmamış “müşteriye doğrudan pazarlama” iddiaları küresel bazda hızla çoğalmaktadır. Özellikle Hindistan, Panama, Çin, Tayland gibi ülkelerde, hatta Amerika Birleşik Devletleri'nde de bu pazarlama yöntemi uygulanmaktadır. Doğruluğu şüpheli bilgilerle, hizmetlerin agresif tanıtımı yapılmaktadır. Kök hücre tedavilerinin müşteriye doğrudan pazarlanmasının küresel bazda düzenlenmesindeki eksiklik sorun teşkil etmektedir. Hasta mağduriyetlerinin giderilebilmesi için küresel kök hücre camiasının ortak hareket ederek, istismarcı pazarlama uygulamalarının engellenmesi ve tanıtım faaliyetlerinin düzenlenmesi gerekmektedir (MackeyandLiang, 2013).

Tanıtım faaliyetlerinin sebep olduğu sorunların önüne geçebilmek için bir dizi önlem alınmaya çalışıldı. Örneğin hastaların kök hücre turizmi konusunda aydınlatılması önerildi. Ayrıca yaşadığı ülkenin bürokratik yavaşlığı ya da araştırma sürelerinin uzun olması sebebiyle bu süreçlerin olmadığı ya da daha az olduğu ülkelere giden hastalara yönelik olarak; bilim adamları, hasta-avukat grupları ve meslekî cemiyetlerin ortak çalışarak hastalara yönelik bilgileri internet sitelerinde yayınlamaları ya da internetten ücretsiz indirilebilir materyal üretmeleri önerilmiştir (Master et al., 2013). Hastaların bu yeni alanda bilinçlendirilebilmesi için Uluslararası Kök Hücre Araştırma Cemiyeti tarafından da hastalara yönelik rehberler hazırlanmıştır (MasonandManzotti, 2010).Hazırlanan rehberlerde “sıkça sorulan sorular” yaklaşımı kullanılmıştır. Bu yöntemlere ek olarak basın kuruluşlarının kullanılabilmesi ve daha da önemli olarak hastaların bilgilendirilmesinde hekimlerin katkısının büyük olabileceğinden bahsedilmiştir (Master et al., 2013). Bu amaçla hekimlerin konu hakkında bilgilendirilmesi ve rehberler kullanabilecekleri ifade edilmiştir. Kanıtlanmamış müdahaleler, kök hücre tedavileri ve turizmiyle ilgili talep arttıkça hekimlerin de hastalarına bu konuyla ilgili doğru ve yeterli bilgi verme ihtiyaçları artacaktır. Hedeflenecek rehberlik sürecindeki önemli faktörler şunlardır: Tedavinin yeri, müdahalenin özellikleri, hastanın yaşı, tıbbi durumu, karar verme ve akıl yürütme yeterliliği ve müdahaleyi istemesinin sebepleri (LevineandWolf, 2012).

Hastaların kök hücre turizmiyle ilgili doğru bilgiye ulaşma süreçlerinde aile hekimlerinin de kritik bir rolü olabilir. Çocuklar bu hasta grubunun büyük bir kesimini oluşturduğundan karar verme süreçlerinde hastaya ve ailesine yeterli bilgi verilmesi son derece önemlidir (Toronto Stem Cell WorkingGroup, 2012).

Çin medyası, Çin'de uygulanan deneysel tedavilerle ilgili olarak, kök hücre turizmi konusunda yanıltıcı yayın yapması sebebiyle eleştirilmektedir. Hizmet sağlayıcıların özellikle gazete gibi medya organlarını etkilediği ve bu durumun sonucu olarak da risklerden bahsedilmeyen, yalnızca olumlu sonuçların abartıldığı, taraflı yayın yapıldığı ifade edilmiştir (Ogbogu et al., 2013).

Sonuç

Kök hücre turizmi konusu yaygınlaştıkça mevcut sorunlar ilerleyecektir. Ulusal düzenlemelerin yanında uluslararası kooperasyon ve koordinasyon büyük bir ihtiyaç haline gelecektir (ZarzecnyandCaulfield, 2010). Riskler sebebiyle hasta eğitiminin büyük önemi vardır.

Kök hücrenin tedavide kullanımı günümüzde hala yüksek oranda deneyseldir ve bu yeni alan, yeni araştırmalara ihtiyaç duymaktadır (MackeyandLiang, 2013). Uluslararası Kök Hücre Araştırma Cemiyeti tarafından, kanıtlanmamış kök hücre tedavilerinin, kök hücre araştırmalarının meşru ilerleyişini tehlikeye attığı ifade edilmiştir. Bu konudaki kaygılar devam ettikçe de kök hücre turizminin, güvenli kök hücre tedavilerinin gelişimini yavaşlatacağı ve bu durumun dolaylı olarak geniş hasta popülasyonuna zarar vereceği düşünülmektedir (Ryan et al., 2010).

Kök hücre tedavileri konusunda araştırma ve kaynak için biyolojik bankalar ve kayıtçılık büyük önem arz etmektedir. Umbilikalkord (göbek kordonu) bankaları ya da indüklenmiş pluripotent kök hücre bankaları bu ihtiyacı karşılayabilir. Bu uygulamaların hayata geçebilmesi için öncelikle etik sorunların çözülmesinin ve ilgili yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (Hermerén, 2014).

Kaynaklar

1. Ahmed SOA, Ghavamzadeh A, Zaidi SZ, Baldomero H, Pasquini MC, Hussain F, Alimoghaddam K, Almohareb F, Ayas M, Hamidieh A, Mahmoud HK, Elhaddad A, Othman TB, Abdelkefi A, Sarhan M, Abdel-Rahman F, Adil S, Alkindi S, Bazarbachi A, Benchekroun S, Niederwieser D, Horowitz M, Gratwohl A, El Solh H, Aljurf M. Trends of hematopoietic stem cell transplantation in the Eastern Mediterranean Region, 1984-2007. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2011;17: 1352-1361.
2. Amariglio N, Hirshberg A, Scheithauer BW, Cohen Y, Loewenthal R, Trakhtenbrot L, Paz N, Koren-Michowitz M, Waldman D, Leider-Trejo L, Toren A, Constantini S, Rechavi G. Donor-derived brain tumor following neural stem cell transplantation in an ataxia telangiectasia patient. *PLoS Medicine.* 2009;6(2): e1000029.
3. Barriga F, Ramírez P, Wietstruck A, Rojas N. Hematopoietic stem cell transplantation: Clinical use and perspectives. *Biol Res.* 2012;45: 307-316.
4. Chen H, Gottweis H. Stem cell treatments in China: Rethinking the patient role in the global bio-economy. *Bioethics.* 2013;27: 194-207.
5. Cohen CB, Cohen PJ. International stem cell tourism and the need for effective regulation: Part I: Stem cell tourism in Russia and India: Clinical research, innovative treatment, or unproven hype? *Kennedy Institute of Ethics Journal.* 2010;20(1): 27-49.
6. Eckrich M, Pasquini M. Hematopoietic cell transplantation in Latin America. *Hematology.* 2012;17(1): 189-191.

7. Einsiedel EF, Adamson H. Stemcelltourismandfuturestemcelltourists: Policyandethicalimplications. *Developing World Bioethics*. 2012;12(1): 35-44.
8. Hermerén G. Human stem-cellresearch in gastroenterology: Experimentaltreatment, tourismandbiobanking. *Best Practice&ResearchClinicalGastroenterology*. 2014;28: 257-268.
9. Levine AD, Wolf LE. TheRolesandresponsibilities of physicians in patients' decisionsaboutunprovenstemcelltherapies. *J LawMedEthics*. 2012 Spring;40(1):122-134.
10. Mackey TM, Liang BA. Dangerous science: Online promotion of unprovenstemcelltherapiesandglobalhealthrisks. *Journal of Commercial Biotechnology*. 2013;19(4): 19-28.
11. Master Z, Zarzeczny A, Rachul C, Caulfield T. What'smissing? Discussingstemcelltranslationalresearch in educationalinformation on stemcell “tourism”. *J LawMedEthics*. 2013 Spring;41(1): 254-268.
12. Mason C, Manzotti E. Defeatingstemcelltourism. *RegenMed*. 2010;5(5): 681-686.
13. Ogbogu U, Du L, Rachul C, Bélanger L, Caulfield T. Chinesenewspapercoverage of (unproven) stemcelltherapiesandtheirproviders. *Stem Cell RevandRep*. 2013;9: 111-118.
14. Ryan KA, Sanders AN, Wang DD, Levine AD. Trackingtherise of stemcelltourism. *Regen. Med*.2010;5(1): 27-33.
15. Schadden DT, Raaijmakers MHGP. Overview of stemcells. *UpToDate*. [Electronic Journal], <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-stem-cells>. 2013.
16. Swiss Blood Stem Cell TransplantationGroup. Haematopoieticstemcelltransplantation: Activity in SwitzerlandcomparedwithsurroundingEuropeancountries. *SwissMedWkly*. 2013;143:w13757.
17. Toronto Stem Cell WorkingGroup. StemcelltourismandCanadianfamilyphysicians. *Can FamPhysician*. 2012;58: 365-368.
18. Zarzeczny A, Caulfield T. Stemcelltourismanddoctors' dutiestominors—A viewfromCanada. *TheAmericanJournal of Bioethics*. 2010;10(5): 3-15.

BİR VAKA ÇALIŞMASI: LABORANTLARIN ÖRGÜTSEL SORUNLARININ BELİRLENMESİ

Arzu KURŞUN*

İsmail SEVİNÇ**

ÖZET

Örgüt; İş ve iş bölümü yapılarak, bir otorite ve sorumluluk hiyerarşisi içinde, ortak amaç ya da amacın gerçekleştirilmesi için bir araya gelen insanların, gerçekleştirdikleri faaliyetlerinin ussal eşgüdümü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı ise karmaşıklaşmakta, görev tanımlamaları yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının sorumluluğu gün geçtikçe artmıştır. Bu yapı içinde, çalışanların sorunlarına çözüm getirebilmek, hem personelin motivasyonunu artıracak hem de hasta tedavi-bakımını güçlendirecektir. Bu çalışmanın amacı; klinik hizmetlerinde çalışan laborantların örgütsel sorunlarını araştırmak ve bu sorunların bazı değişkenlere göre durumunu incelemektir. Amaç doğrultusunda hazırlanan anket; Ordu ilinde bulunan beş farklı hastanede toplam 61 laboranta uygulanmıştır. Çalışmamızda, evrenin %87,1'ine ulaşılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Anket sonucunda demografik özellikler incelendiğinde, %41 oranında 37-44 yaş arasında, % 73,8 ön lisans mezunu, % 27,9'u 4-6 yıldır görev yapmaktadır. Laborantların yaşadığı örgütsel sorunların yaşlarına ve mesleki deneyimlerine göre farklılaştığı ve yoğunlukla yönetim ve örgütlenme ile ilgili sorunlar yaşandığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Laborant, Örgütsel Sorunlar, Sağlık Yönetimi

* Öğr. Gör., Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, a.kurshun@gmail.com

** Yrd.Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, isevinc @selcuk.edu.tr

A CASE STUDY: DETERMINATION OF ORGANIZATIONAL ISSUES OF LABORATORİANS

ABSTRACT

Organization; By making business and division of labor, in the hierarchy of authority and responsibility, common purpose or people coming together to achieve the purpose of their activities is defined as rational coordination. The organizational structure of health care is increasingly complex, task descriptions are inadequate. Therefore, the responsibility of health workers has increased day by day. With in this structure, bringing solutions to problems of employees, and increasing their motivation, will strengthen both patient care and maintenance. The purpose of this study; to investigate the organizational problems of laboratorians working in the clinical services, is to examine the situation according to some variables of these problems. The questionnaire was prepared for the purpose, was administered to a total of 61 laboratorians, in five different hospitals in Ordu province. In our study, 87,1% of the universe has been reached. Results at 95% confidence interval, significance of $p < 0.05$ level were evaluated. Considering the demographic characteristics of the survey results, 41% between the ages of 37-44, 73,8% of associate degree graduates, 27,9% are working 4-6 years. Organizational problems of laboratorians inhabited differentiated according to their age and Professional experience and especially is experiencing problems with the management and organization were determined.

Keywords: Laboratorian, Organizational Problems, Health Management

Giriş

Sağlık hizmetlerinde ekip bilincinin hızla anlam kazandığı günümüzde, özellikle tanı yöntemlerinin önemli bir basamağı olan laboratuvar hizmetleri de tedavi sürecinin ilk aşamalarında yer almaktadır. Bu açıdan, laboratuvar hizmetlerinin karşılanmasında en büyük pay; laborantlara düşmektedir.

Laborantların, sağlıklı sonuçlar elde etmesinin ön koşulu, etkin ve verimli bir iş ortamıdır. Örgüt içinde karşılaşılan sorunlar, sağlık hizmetlerinin her kademesinde olduğu gibi, laborantların iş konsantrasyonunu bozacak, iş performansını düşürecek ve bunun sonucunda yapılan işin kalitesine de yansıtacaktır. Örneğin, biyokimya laboratuvarında kan örneklerini makineler inceliyor olsa da, kalibrasyonu için dahi laborantın etkinliği önem taşımaktadır. Oysa, mikrobiyoloji laboratuvarında çoğu işlem el ile incelenmektedir.

Sağlık hizmetlerinde aynı işi, aynı kişiye tekrar uygulamak özellikle ayakta tedavi alanında pek olası olmayacağı için, sağlık çalışanlarının dikkat ve özen ile çalışması elzemdir. Bu nedenle, örgütsel sorunların belirlenmesi ve giderilmesi, hem personelin motivasyonunu artıracak hem de hasta tedavi-bakımını güçlendirecektir.

Bu çalışmanın amacı; klinik hizmetlerinde çalışan laborantların örgütsel sorunlarını araştırmak ve bu sorunların bazı değişkenlere göre durumunu incelemektir.

1.1. Laborant ve Tıbbi Laboratuvarlar

Laborant, Türk Dil Kurumu'na göre 'Araştırmalarda, laboratuvar deneylerinde yardımcı olarak çalıştırılan kimse' demektir (<http://www.tdk.gov.tr>). Laborantlar, kan ve kan ürünlerinin incelenmesi, değerlendirilmesinde kilit rol oynamaktadır. Bazı tıbbi laboratuvarlara örnek olarak; mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji, biyokimya, immüno-patoloji, klinik moleküler patoloji ve genetik, patoloji, klinik sitoloji, tıbbi biyoloji, tıbbi genetik laboratuvarları gösterilebilir.

1.2. Örgüt

Örgüt; insanların bir ya da daha fazla gereksinmesini gidermek için, insan madde kaynakları düzeninin ve işleyişinin sürekli yenilediği organik bir sistemdir. Bu sistemde, örgüt amaçlarıyla, iş gören (yönetilenler), iş gördürenlerin (yönetenler), örgüte çalışma amaçları ve gereksinmelerinin karşılanması, dengelenmesi de söz konusudur. Bir örgüt, belirli amaçların bir veya birden fazla kişi/grupla gerçekleştirilmesidir. Örgüt yapısı, bir grubun faaliyetlerini eşgüdümleyen, öğelerini birbiri ile uyumlu hale getiren sistemdir.

Tamer Koçel'e göre; örgüt "iş ve iş", "iş ile insan" ve "insan ile insan" arasındaki düzen ve düzenlemeler olarak görülmektedir (Hasanoğlu, 2004: 44-45). Örgütlerin yaşaması ya da başarılı olabilmesi, çevredeki değişimleri izleme ve bu değişimlere uyabilme yeteneğine bağlıdır (Çobanoğlu, 2008: 111).

1.3. Örgütsel Sorunlar

Örgütlerin yapısına bağlı olarak, örgütlerde çalışma ortamı, yönetim ve örgütlenmeden kaynaklı ve özlük hakları ile ilgili sorunlar olduğu görülmektedir. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- İş doyumu
- Örgütsel adalet algısı
- Örgütsel bağlılık
- Görev tanımı
- Örgütsel çatışma
- Motivasyon
- Performans yönetimi
- Karar süreçlerine katılım
- Eğitim
- Görevde yükselme ve ücret koşullarından kaynaklanan sorunlardır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma sağlık hizmetlerinde görev yapan laborantların yaşadıkları örgütsel sorunlar ve bu sorunların çalıştıkları kuruma ve belli değişkenlere göre nasıl algılandığını araştırmayı amaçlamaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ordu il merkezinde bulunan iki özel, iki devlet ve bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan laborantlar oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamadan önce gerek özel hastanelerden gerek kamu hastaneler birliğinden izin alınmıştır. Bu hastanelerden 61 laboranta ulaşılmıştır. Çalışmamızda, evrenin %87.1'ine ulaşılmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmamızda örgüt sorunlarının ölçümü için güvenilirliği test edilmiş Güneş Söğüt'ün tez çalışmasında yer alan ölçek kullanılmıştır. Anket 23 maddeden oluşan örgütsel sorunları ve 10 maddelik demografik soruları içermektedir. Ölçek, (1.Kesinlikle Katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3.Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle Katılıyorum) ifadelerinden oluşan 5'li likert ölçeğine göre hazırlanmıştır.

Sosyo-demografik verilerin dağılımları, ölçeğin güvenilirlik analizi, gruplar arası karşılaştırmalarda frekans, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmış, ayrıca ölçekler arası ilişkileri saptamak için tek yönlü Anova analizi kullanılmıştır. Ölçek güvenilirliği için ise Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır.

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16,0 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilere, güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Örgütsel sorunlar ölçeğinin geneli için Cronbach alpha değeri 0,920'dir. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Tablo 1.'de araştırmaya katılan laborantların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. % 52'si kadınlardan oluşan katılımcıların % 72,5'u bekarlardır. Katılımcıların yaş ortalamalarına bakıldığında; genellikle deneyimlilerin oluşturduğu katılımcıların % 41'i 37-44 yaş aralığında olup en yüksek oranı oluşturmaktadır. 36 yaş ve altı grubun oranı ise % 37,7'dir.

Katılımcıların % 73,8 ile ön lisans mezunu oldukları, % 36,1 ile kurumda çalıştıkları, yılın 0-3 aralığında en yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Meslekte çalışma sürelerinin ise % 27,9 ile 4-6 yıl arasında olduğu görülmüştür. 'İşinizin gerektirdiği eğitim düzeyi ne olmalıdır?' sorusuna ise katılımcıların % 50,8'i ön lisans cevabını vermiştir.

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	32	52
	Erkek	29	48
Yaş	18-24	6	9,8
	25-30	8	13,1
	31-36	9	14,8
	37-44	25	41
	45 yaş ve üstü	13	21,3
Medeni durum	Bekar	44	72,5
	Evli	17	27,5
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	2	3,3
	Ön Lisans	45	73,8
	Lisans	13	21,3
	Yüksek Lisans	1	1,6
Kurumda çalışma süresi	0-3	22	36,1
	4-6	12	19,7
	7-10	1	1,6
	11-15	9	14,8
	16-20	7	11,5
	21 ve üzeri	10	16,4
Meslekte çalışma süresi	0-3	13	21,3
	4-6	17	27,9
	7-10	5	8,2
	11-15	5	8,2
	16-20	13	21,3
	21 ve üzeri	8	13,1
İşinizin gerektirdiği eğitim düzeyi	Sağlık meslek lisesi	10	16,4
	Ön lisans	31	50,8
	Lisans	17	27,9
	Yüksek lisans	2	3,3
	Doktora	1	1,6

Araştırmaya katılan laborantların örgütsel sorunlarının mesleki deneyim değişkenine bağlı anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini anlamak amacıyla tek yönlü ANOVA (Varyans) testi uygulanmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 2.).

ANOVA testinin sonuçlarına göre; ‘Eğitime göre uygun pozisyonda olduğunu düşünme’ değişkeni ele alındığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=23,010$, $p=0,000 < 0,05$). Bu farklılığın yapılan Post Hoc Testine göre, 16-20 yıllık mesleki deneyime sahip katılımcıların uygun pozisyonda olduğunu düşünmeleri daha yüksek bulunmuştur.

‘İşinizin gerektirdiği eğitim düzeyi ne olmalıdır?’ sorusuna verilen yanıtların oluşturduğu tabloya göre de, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($F=4,073$, $p=0,006 < 0,05$). Bu farklılığın yapılan Post Hoc Testine göre, ön lisans düzeyinde mesleki eğitimin yeterli olacağını savunan görüş daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 2. Laborantların Bazı Örgütsel Sorunlarının Mesleki Deneyim Değişkenine Göre Analizi

	Grup	N	Ort.	Sd.	F	p
Pozisyon	0-3	22	1,73	1,316	23,010	,000
	4-6	12	2,25	,622		
	11-15	9	3,89	,601		
	16-20	8	4,14	,378		
	21 yaş ve üstü	10	4,90	,316		
Eğitim Düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	10	4,20	1,033	4,073	0,006
	Ön lisans	31	2,39	1,256		
	Lisans	17	3,06	1,784		
	Yüksek lisans	3	4,50	,707		
Beklentiler	Kesinlikle katılmıyorum	12	3,25	1,485	2,136	0,088
	Katılmıyorum	20	3,15	1,089		
	Kararsızım	13	2,15	1,519		
	Katılıyorum	12	3,58	1,730		
	Kesinlikle Katılıyorum	4	2,00	2,160		
İş Kalitesi	Kesinlikle katılmıyorum	2	4,00	,000	2,986	0,010
	Katılmıyorum	18	2,94	1,349		
	Kararsızım	7	3,57	1,272		
	Katılıyorum	25	2,72	1,646		
	Kesinlikle Katılıyorum	9	3,00	1,871		
Karar Verme	Kesinlikle katılmıyorum	7	3,29	1,604	8,824	,000
	Katılmıyorum	23	3,22	1,594		
	Kararsızım	12	2,67	1,723		
	Katılıyorum	14	2,57	1,342		
	Kesinlikle Katılıyorum	5	3,20	1,304		

Katılımcıların, ‘Yöneticilerle karşılıklı beklentiler konusunda paylaşımlarda bulunma’ değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($F=2,136$; $p=0,088 > 0,05$).

Araştırmaya katılan laborantların ‘Beklenen işlerin, iş hedeflerinin ve iş kalitesinin belirlenmesinde aktif rol oynama’ parametresine göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda laborantların mesleki

deneyim değişkenine göre $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($F= 2,986$, $p=0,010 < 0,05$).

Anova testine göre, mesleki deneyim ile laborantların işi nasıl yapacağı konusunda yeterince özgür olması arasında p değeri $0,05$ anlamlılık düzeyinde fark bulunmaktadır ($F= 8,824$, $p=0,000 < 0,05$).

Tablo 3. Laborantların Bazı Örgütsel Sorunlarının Yaş Değişkenine Göre Analizi

	Grup	N	Ort.	Sd.	F	p
Beklentiler	Kesinlikle katılmıyorum	12	2,67	1,303	3,679	,010
	Katılmıyorum	20	2,80	,768		
	Kararsızım	13	1,77	1,301		
	Katılıyorum	12	3,08	1,311		
	Kesinlikle Katılıyorum	4	1,25	1,258		
İş Süresi	Kesinlikle katılmıyorum	13	1,15	1,281	10,186	,000
	Katılmıyorum	17	2,29	,985		
	Kararsızım	5	2,40	1,342		
	Katılıyorum	5	3,20	,837		
	Kesinlikle Katılıyorum	21	3,15	,376		
İletişim Sorunları	Kesinlikle katılmıyorum	8	1,55	1,262	9,815	,000
	Katılmıyorum	12	2,33	,888		
	Kararsızım	9	3,22	,833		
	Katılıyorum	22	3,00	,000		
	Kesinlikle Katılıyorum	10	3,80	,422		
İş Yüğü	Kesinlikle katılmıyorum	2	,00	,000	4,887	,004
	Katılmıyorum	6	2,71	1,058		
	Kararsızım	13	2,08	1,441		
	Katılıyorum	5	2,39	3,03		
	Kesinlikle Katılıyorum	35	1,21	2,95		
Kural ve Prosedürler	Kesinlikle katılmıyorum	10	2,20	1,135	1,768	,148
	Katılmıyorum	13	2,78	1,085		
	Kararsızım	12	2,92	1,240		
	Katılıyorum	23	2,15	1,214		
	Kesinlikle Katılıyorum	3	1,33	2,309		
Mesleki Deneyim	0-3	5	,00	,000	31,534	,000
	4-6	5	1,00	,707		
	7-10	15	2,27	,961		
	11-15	9	2,33	,707		
	16-20	16	3,25	,447		
	21 yaş ve üstü	11	3,73	,467		

Araştırmaya katılan laborantların örgütsel sorunlarının yaş değişkenine bağlı anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini anlamak amacıyla tek yönlü ANOVA (Varyans) testi uygulanmıştır ve bulgular Tablo 3.'de gösterilmektedir.

Katılımcıların, ‘Yöneticilerle karşılıklı beklentiler konusunda paylaşımlarda bulunma’ değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3,679$; $p=0,010<0,05$).). Bu farklılığın yapılan Post Hoc Testine göre, kararsızım ve katılıyorum değerleri yüksek çıkmıştır.

ANOVA testinin sonuçlarına göre; ‘Çalışılan birimde görevin dışında iş verilmesinin beklenen işlerin süresini olumsuz etkilemesi’ değişkeni ele alındığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=10,186$; $p=0,000 <0,05$).

‘Tanılama hizmetlerinin aksamasına neden olan ekip içi iletişim sorunlarının yaşanması’ değişkenine verilen yanıtların oluşturduğu tabloya göre de, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($F= 9,815$; $p=0,000 <0,05$).

Araştırmaya katılan laborantların ‘Klinikte yeterli sayıda Laborant bulunmadığından yoğun iş yükü nedeniyle etkin hizmet verilememesi’ değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda laborantların yaş değişkenine göre $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($F= 4,887$; $p= ,004 < 0,05$).

Anova testine göre, yaş ile laborantların görev tanımı arasında p değeri $0,05$ anlamlılık düzeyinde fark bulunmamaktadır ($F= 1,768$; $p=0,148>0,05$). Bununla birlikte, yaş ile mesleki deneyim arasında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde farklılık olduğu görülmüştür ($F= 31,534$; $p=0,000 <0,05$).

4. Tartışma ve Sonuç

Laborantların yaşadıkları örgütsel sorunlar ve bu sorunların çalıştıkları bazı değişkenlere göre farklılaşma durumunun incelendiği araştırmadan elde edilen bulgulara göre; araştırmaya katılan laborantların gerek mesleki deneyim gerekse yaş değişkenine göre yönetim ve örgütlenmeden kaynaklı sorunları daha fazla yaşadığı görülmüştür. Yöneticilerle beklentilerin paylaşılması konusuna çoğunlukla katılmayan laborantların, iletişim sorunu yaşadığı da çalışma da tespit edilmiştir.

Karadağ ve arkadaşlarının (2013) hemşireler arasında yaptığı bir araştırmaya göre; hemşirelikte yönetim faaliyetlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen beş faktör olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar; otonomi, çatışma, mesleki doyum, liderlik, örgütsel kültür ve iklimdir.

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi’nin hemşirelik hizmetlerinde karşılaşılan yönetsel ve örgütsel sorunların değerlendirilmesi ve belirlenen sorunlara çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanan bu çalışmada; ücret yetersizliği, performans değerlendirme kriterlerinin çalışanlarla paylaşılmaması, görev yerleri belirlenirken bilgi, beceri ve eğitiminlerinin dikkate alınmaması, görev yerlerinin sık sık değiştirilmesi, iyi çalışan ve yetenekli olanların daha çabuk yükselmemesi, güvenliğe yönelik tedbirlerin alınmaması, hemşire sayısının yetersizliği, birimlere hemşire dağılımlarının adil olarak yapılmaması gibi sorunlar yaşandığı saptanmıştır. Bu kapsamda, hemşirelerin daha çok yönetim tarzı ile ilgili

sorunlar yaşadığı, buna karşın mesleki gelişim olanakları ile ilgili daha az sorun yaşadıkları söylenebilir.

Katılımcıların yaş ortalamalarının 37-44 yaş arasında olması çoğunluğun mesleki deneyime sahip olduğunu göstermektedir. Fakat yine katılımcılarının çoğunun çalıştıkları kurumda, 0-3 aralığında en yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu noktadan hareketle, araştırmaya katılan laborantların belli bir kısmının sürekli iş yeri değiştirdiği anlaşılmaktadır. Bu da, çalışmamızı oluşturan katılımcıların örgütsel sorunlar yaşadığı anlamına gelebilir.

Sonuçta mesleki deneyim arttıkça eğitime göre oluşan statüde değişecektir. Çalışmamızda da 16-20 yıllık çalışanların bir kısmında pozisyonundan memnun olma görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlası ön lisans mezunudur ve kendilerine mesleğin gerektirdiği eğitim düzeyi sorulduğunda yine ön lisans cevabını vermişlerdir. Günümüz şartlarında laborantlar, genellikle özel hastanelerde çalışmaktadır ve yükselebilecekleri en üst mevki ‘Laboratuvar şefi’ olduğundan, aynı zamanda şef olsalar dahi bir tıp uzmanı tarafından kontrol edildiklerinden dolayı, eğitimin çok da önemli olmadığı yaygın bir görüştür. Bizim çalışmamızda da, aldıkları eğitimi yeterli buldukları açıktır.

Oysa araştırmamıza katılan katılımcıların ‘Beklenen işlerin, iş hedeflerinin ve iş kalitesinin belirlenmesinde aktif rol oynama’ isteklerinin bulunduğu çalışmamızda tespit edilmiştir. Örgütsel sorunlardan birini oluşturan karar süreçlerine katılımın azlığı, sağlık çalışanları arasında önemli bir sorun olarak yer almaktadır.

Sağlık personelinin karar sürecine katılımı hem iş doyumunu hem de motivasyonunu olumlu etkileyecektir. Yöneticiler belirli aralıklarla çalışanların isteklerini ve örgütün aksayan yönlerini saptamak amacıyla çalışanlara anketler uygulamalıdır. Böylece çalışanın sorunları kısa sürede çözülebilecek ve iş doyumunu artabilecektir (Akşit Aşık, 2010: 47). Ayrıca, mesleki deneyim ile laborantların işi nasıl yapacağı konusunda yeterince özgür olması arasında anlamlı bir ilişkinin oluşması, çalışmamızda yer alan katılımcıların görev tanımında sıkıntılar yaşadığı sonucunu doğurabilir. Görev tanımının açık ve net olmayışı, sağlık personelinin karşılaştığı diğer büyük sorunlardan biridir.

Bu durum literatürde rol belirsizliği olarak anılmaktadır. Belirli bir görevde olan kişinin yapması gereken görevlere ilişkin bilgisinin yeterli olmaması durumu rol belirsizliği olarak tanımlanmaktadır. Örgütteki personelin yerine getirdiği görevlerle ilgili olarak, kendisinden beklenenlerin belirgin olup olmaması ve bunları davranışa yöneltmesi için kendisine açık bir şekilde ifade edilip edilmemesi, örgüt ortamında oluşabilecek rol belirsizlikleri olarak ifade edilebilir (Esatoğlu ve ark., 2004: 135).

Laborantın asli işlevlerinden biri olan kan alma uygulamasını, hemşire de yapmakta; hemşirenin defalarca doldurduğu hasta dosyalarını, tıbbi sekreter de elden geçirmektedir. Genel hatları ile herkesin kolaylıkla söyleyebileceği görev tanımlamalarını, detaylarda görmek olanaklı olmamaktadır. Bu durum, gereksiz iş yükü yaratmaktadır. Dikmen’in 2003 yılındaki çalışması da görüşümüzü desteklemektedir. Çalışmaya göre; hemşireler en çok görevleri olmadıkları işlerle uğraşıyor olmaktan şikayet etmişlerdir. Nitekim, çalışmamızda araştırmaya katılan laborantların ‘Klinikte yeterli sayıda laborant bulunmadığından yoğun iş yükü nedeniyle etkin hizmet verilememesi’ kaygısı taşıdığı görülmüştür. Burada hizmet içi eğitimin önemi açıktır. Zamanın ve iş gücünün etkin kullanılması yöneticilerin sorumluluğundadır ve yöneticilerin, iş dağılımını uygun planlaması gerekir. Yine, ‘Çalışılan birimde görevin dışında iş verilmesinin beklenen işlerin süresini olumsuz etkilemesi’ istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır. Bu bulguya göre de, katılımcıların görev tanımlamasında

sorun yaşadığı ve bu sorunun iş performansına yansıdığı görülmektedir. Sağlık yöneticileri için performans düzeyinin belirlenmesi ve performansa göre iş verilmesi önemlidir. Performansın altında ya da üstünde verilen iş yükü, hizmetin aksamasına yol açmaktadır.

Yıldız'ın hazırladığı (2008) bir çalışmaya göre, yöneticilerin yönetsel sorunlara bakış açısı ve algısı ölçülmüştür. Bu çalışmada Edirne ilinde yataklı sağlık kuruluşlarında yönetim ve organizasyon sorunlarına ilişkin bir inceleme yapılmıştır. Yöneticilerin sosyo-demografik özelliklerinin ortaya konulmasının yanı sıra yöneticilerin yönetim ve organizasyona bakışlarına ilişkin likert ölçekli sorulara verdikleri cevaplar dikkate alındığında en önemli maddenin personelin çalışmasında motivasyonun önemli olduğuna ikinci sırada astlarının fikir ve düşüncelerine önem verdiklerini, üçüncü sırada personel arasındaki çatışmaları çözümlenmede aktif rol aldıklarını, dördüncü sırada hastane işletmelerine yönetici atamasında eğitim ve liyakatin şart olduğu ve beşinci sırada iyi bir önder olduklarını vurgulamışlardır. Örgütsel sorunların çözümünde yöneticilerin bakış açısı oldukça önemlidir.

Ayrıca, yaş ile 'işlerin nasıl yapılacağına dair kurallar ve prosedürler belirlenmediği için sıkıntı yaşama' arasında belirgin bir farklılık bulunmamış olması, her yaştaki katılımcının iş ile ilgili kural ve yönetmeliklerin tam olarak belirlenmemiş olmasından dolayı sıkıntı yaşadığı anlaşılabilir. Buna karşın yaş ilerledikçe mesleki beceri ve görgünün artması ile laborantlar kendinden daha emin çalışabilmektedirler. Benzer bulgu Esatoğlu ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada da bulunmuştur. Buna göre; yaş ve hastanede çalışma tecrübesi arttıkça rol belirsizliği ve çatışmasının azaldığını göstermektedir.

Şahin ve Örselli'nin 2010 yılında yaptıkları bir araştırmaya göre; sağlık personeli arasında en sık görülen örgütsel sorunlardan biri çatışmadır ve çatışmanın nedenleri arasında ilk sırada, "iletişim eksikliği", ikinci sırada "yetkilerin açık ve net olarak belirlenmemiş olması" üçüncü sırada "görevde yükselmenin liyakat ve başarı esasına dayanmaması, siyasi ve ideolojik faktörlerin ön planda olması" dördüncü sırada "personelin görevleriyle ilgili farklı amaçlar taşıması" ve "personelin değişen şartlara uyum sağlamasının zor olması" ve son olarak; "bazı kaynakların (makine, yer, bütçe, personel vb.) yetersiz olması ve ortaklaşa kullanım" yer almaktadır. Çalışmalarında çalışma yılı, cinsiyet ve meslek grupları değişkenlerine bağlı olarak çatışma nedenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Kaynaklar

1. AKŞİT AŞIK, Nuran, (2010), Çalışanların İş Doyumunu Etkileyen Bireysel Ve Örgütsel Faktörler ile Sonuçlarına İlişkin Kavramsal Bir Değerlendirme, Türk İdare Dergisi, Sayı: 467, s. 31-51.
2. ÇOBANOĞLU, Fatma, (2008), Değişim Mantığını Anlamak: Akış ve Dönüşüm Olarak Örgüt, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 23 (1), 110-119.
3. DİKMEN, Çiğdem (2003), Örgüt Yapısının Hastanelerde İş Tatminine Etkisini İncelemeye Yönelik Bir Araştırma, Yönetim Dergisi, 13 (45), s. 21-33.
4. ESATOĞLU, A. Ezel, AĞIRBAŞ, İsmail, AKBULUT, Yasemin, ÇELİK, Yusuf (2004), Hastanelerde Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama, Amme İdaresi Dergisi, 37 (4), s. 133-146.
5. HASANOĞLU, Mürteza (2004), Türk Kamu Yönetiminde Örgüt Kültürü ve Önemi, Sayıştay Dergisi, 52, s. 44-45.
6. KARADAĞ, Mevlüt, AKMAN, Nilgün, DEMİR, Cesim (2013), Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel Ve Örgütsel Sorunlar, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16:1, s. 16-26.
7. Laborant nedir? (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.53f525c1233788.42597868) Erişim Tarihi: 15.08.2014.
8. ŞAHİN, Ali ve ÖRSELLİ, Erhan (2010), Devlet Hastanelerinde Örgütsel Çatışma Nedenleri Bir Anket Uygulaması, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Sayı 19, s. 42-62.
9. YILDIZ, Yasemin (2008), Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetimsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ HEMŞİRELERİNİN MEMNUNİYET DURUMLARI

Tülin FİLİK*

Demet ÜNALAN**

Aysel UĞUR***

Meral BAŞARAN****

Murat BORLU*****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan hemşirelerin işinden, çalışma koşullarından ve çalıştığı kurumdan memnuniyet durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-metod: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, 2013 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde görev yapan 499 hemşire üzerinde yapılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde *student testi*, *varyans analizi* kullanılmıştır. **Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.**

Bulgular: Hemşirelerin; fiziki koşullardan %67.6, yönetimle ilgili %56.9, hizmet içi eğitimden %56.0, kurum içi iletişimden %55.8, kurum politikasından %54.5, kurumsal kültür ve örgütsel bağlılıktan %68.5, sosyal kültürel olanaklardan %40.4 oranında memnun oldukları tespit edilmiştir. Hemşirelerin çalışma alanlarına göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.01$). Memnuniyet ortalaması sorumlu hemşirelerde en yüksek iken, yoğun bakım hemşirelerinde en düşük idi. Hemşirelerin yaş gruplarına göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.01$). Hemşirelerin yaşları ilerledikçe memnuniyetlerinde bir artış olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin görev sürelerine göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.01$). Görev süresi 1-5 yılları arasında olan hemşirelerin memnuniyet oranları en düşük, 26 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olan hemşirelerin ise memnuniyet ortalaması en yüksek idi.

Sonuç ve öneriler: Memnuniyetin en yüksek olduğu alan kurumsal kültür ve örgütsel bağlılık idi. 40 yaş ve üzeri hemşirelerde, 26 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanlarda memnuniyet oranı yüksekti. Hastane idaresi sosyal kültürel olanaklara yönelik iyileştirici girişimlerde bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, hastane, memnuniyet

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Uzman, Müdür Yrd. tulinfilik@hotmail.com

** Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar SHYO, Doç.Dr.

***Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Başhemşire

**** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Başhemşire Yardımcısı

*****Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Prof.Dr. Başhekim Yrd.

Giriş ve Amaç

Günümüzde çalışma yaşamı rekabet ilişkileri üzerine kuruludur. İşletmelerin hızla değişen ve gelişen dünya şartlarına uyum sağlayabilmeleri için, yönetim tarzlarını yeniden gözden geçirerek, rekabet üstünlüğünü ele alacak, verimliliklerini artıracak yeni yöntemler geliştirmeleri gerekmektedir. Söz konusu değişimin uygulanmasında, insan faktörü, işletmelerin sahip oldukları üretim faktörlerinin en önemlisi olarak görülmektedir (Bakan ve Kelleroğlu, 2003).

Emek-yoğun bir sektör olan sağlık sektörüne bağlı hastanelerde insan gücünün önemi diğer sektörlerde göre daha fazladır. Çünkü işgörenin yapacağı ufak bir hata telafisi mümkün olmayan bir zarara veya hastanın hayatına mal olabilir. Hizmeti alan hasta ile hizmeti sunan personelin yoğun bir iletişim içerisinde olduğu bu sektörde, iş doyumu düşük olan işgörenin kaliteli bir hizmet sunması ve hasta tatminini sağlaması mümkün değildir. Hastaların yüksek düzeyde kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti alabilmesi ve hizmetten memnun kalması için işgörenlerin de işlerinden ve işyerlerinden tatmin olmuş olmaları gerekmektedir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2005).

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 1999). Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Geçmişte sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının müşterileri iki ana grupta toplanabilir. Sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları iç müşteri, sağlık kurumunun hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları ise dış müşteriler olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Hastalara yani dış müşterilere sunduğumuz hizmetin kalitesi iç müşterimize sunduğumuz hizmetle doğru orantılıdır. Bir zincirin halkaları gibi birbirini tamamlar. Zincirin halkalarından birinde kopukluk olduğunda dış müşteriye verdiğimiz hizmetin kalitesinde aksamalar olur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde memnuniyetin sağlanmasında sadece hastanın değil, sağlık çalışanında memnuniyeti çok önemlidir (Eryoldaş ve Turgutoğlu 1998).

Bu çalışmada Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan hemşirelerin işinden, çalışma koşullarından ve çalıştığı kurumdan memnuniyet durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma 2013 yılında Erciyes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 2002 yılından itibaren sağlık hizmetleri sunumu konusunda ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi belgesi almış olup, 2003 yılından itibaren de Toplam Kalite Yönetim Sistemine geçmiştir. Hastanelerin çeşitli bölümlerinde görev yapmakta olan 910 hemşireden ½ basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile 499 hemşire üzerinde çalışma yürütülmüştür.

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirilen anket formu kullanılmıştır. **Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi tanımlayıcı bilgiler, ikinci bölümde hemşirelerin memnuniyet düzeylerini değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır.**

Verilerin istatistiksel analizinde, bilgisayarda SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ortalama ve student **testi**, **varyans analizi** kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde görev yapan 499 hemşire üzerinde yapılmıştır.

Tablo 1 : Araştırma Grubunu oluşturan bireylerin çeşitli özelliklere göre dağılımı

Değişkenler	SAYI	%
Cinsiyet (n: 498)		
Kadın	475	95.4
Erkek	23	4.6
Yaş (n: 499)		
20-25	93	18.6
26-30	188	37.7
31-35	96	19.2
36-40	85	17.0
41 ve ↑	37	7.4
Medeni Durum (n: 496)		
Evli	306	61.7
Bekâr	190	38.3
Eğitim Durumu (n: 498)		
Sağlık Meslek Lisesi	10	2.0
Ön lisans	58	11.6
Lisans	401	80.5
Yüksek lisans	27	5.4
Doktora	2	.4
Görevi (n: 497)		
Sorumlu Hemşire	37	7.4
Klinik Hemşiresi	284	57.1
Poliklinik Hemşiresi	60	12.1
Yoğun bakım Hemşiresi	76	15.3
Diğer	40	8.0
Çalışma Süresi /yıl (n: 499)		
1 yıldan ↓	44	8.8
1-5	213	42.7
6-10	77	15.4
11-15	73	14.6
16-20	52	10.4
21-25	33	6.6
26 ve ↑	7	1.4

Hemşirelerin; %95.4’ü kadın, %61.7’si evli, %80.5’i lisans mezunu, %37.7’ si 26-30 yaş grubunda, %57.1’ i klinik hemşiresi, %42.7’ sinin çalışma süresi 1-5 yıl arasındadır (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin çeşitli özelliklere göre memnuniyet durumları

Değişken	Memnuniyet düzeyi X±SD	İstatistiksel değerlendirme
Yaş grubu 20-25 26-30 31-35 36-40 41 ve ↑	2.65±0.77 2.70±0.71 3.00±0.65 3.16±0.70 3.21±0.66	p<0.01
Cinsiyet Kadın Erkek	2.88±0.73 2.59±0.71	0.063
Medeni durum Evli Bekar	2.92±0.74 2.77±0.71	p=0.020
Öğrenim durumu Ön lisans Sağlık Meslek Lisesi Yüksek lisans Lisans Doktora	2.97±0.42 3.12±0.78 2.83±0.72 2.91±0.82 2.34±0.72	p=0.058
Çalışma alanları Sorumlu hemşire Poliklinik hemşiresi Klinik hemşiresi Diğer Yoğun bakım hemşiresi	3.34±0.66 2.79±0.75 3.28±0.63 2.66±0.64 2.73±0.62	p<0.01
Çalışma süresi/yıl 1 yıldan ↓ 1-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26 ve ↑	2.97±0.72 2.62±0.70 2.75±0.63 3.10±0.76 2.32±0.63 3.21±0.61 3.32±0.72	p<0.01

Hemşirelerin çalışma alanlarına göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.01). Memnuniyet ortalaması sorumlu hemşirelerde en yüksek iken, yoğun bakım hemşirelerinde en düşük idi (Tablo 2). Beceri değişkenliği, görev kimliği ve görevin önemi, boyutlarının derecesi arttıkça, işin personel için anlamlı olma derecesi artmaktadır. Bu durum, sorumlu hemşirelerin memnuniyetlerinin yüksek bulunmasının nedenlerinden biri olabilir. Acil servis, yoğun bakım ve yanık üniteleri gibi hastane bölümlerindeki personel diğer tıbbi bakım personeline göre stresi daha yüksek yoğunlukta yaşamaktadır. Hemşireler

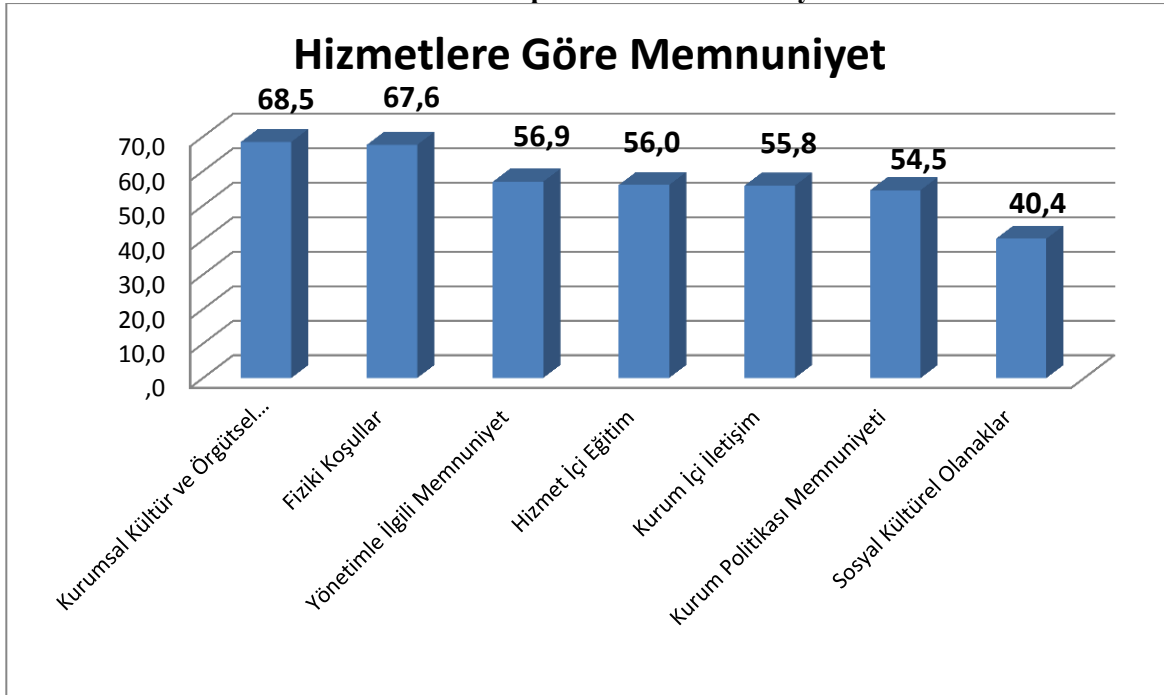
geniş bir zaman dilimi içinde diğer sağlık çalışanlarına göre, şiddetli ağrı çeken hastalarla daha sık karşılaşılır. Bu durum ise hemşirelerin ağırlı hastaya terapötik yaklaşımlarını bozabilir ve aynı zamanda da onların emosyonel olarak zorlanmalarına neden olabilir (Ebrinç ve ark., 2002). Bu durum yoğun bakım hemşirelerinin memnuniyet durumunun düşük olmasının nedenlerinden olabilir.

Hemşirelerin öğrenim durumu ile memnuniyetleri düzeyleri arasındaki anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Hemşirelerde iş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; hemşirelerin toplam iş tatmini skorunda eğitim durumu değişkenine göre farklılaşmış farklılaşmadığına bakılmış olup böyle bir farklılaşmanın olmadığı tespit edilmiştir (Tengilimoğlu, 2011).

Hemşirelerin yaş grupları göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.01$). Hemşirelerin yaşları ilerledikçe memnuniyetlerinde bir artış olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Genel olarak iş doyumu yaşla birlikte artmaktadır. Gençler daha düşük düzeylerde iş doyumu bildirmektedirler. Genç insanların çoğu sorumluluk duydukları ve kendilerini yeterli hissettikleri bir iş bulmakta başarılı olamadıkları için ilk işlerinde hayal kırıklığına uğramaktadırlar (Schultz ve Schultz, 1998). İnsanların iş doyumlarının 30’lu yaşlarda başarılarının artmasıyla birlikte arttığı, 40’lı yaşlarda düştüğü ve 50’li yaşlarda tekrar arttığı bildirilmektedir (Greenberg ve Baron, 1997).

Hemşirelerin görev sürelerine göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.01$). Görev süresi 1-5 yılları arasında olan hemşirelerin memnuniyet oranları en düşük, 26 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olan hemşirelerin ise memnuniyet ortalaması en yüksek idi (Tablo 2). Vural ve arkadaşları (2012) çalışmalarında; hizmet yılı olarak mesleğinin ilk 5 yılı içerisinde olan personelin memnuniyetini daha düşük bulmuştur.

Grafik : Gruplara Göre Memnuniyet



Tablo 3. Hemşirelerin kurum politikaları ile ilgili memnuniyet düzeyleri

Kurum Politikası İle İlgili Memnuniyet	Her Zaman		Çoğunlukla		Sık Sık		Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kurumumuzda çalışanlarla ilgili kararlar çalışanların katılımıyla alınır.	12	2.4	35	7.0	32	6.4	215	43.1	205	41.1
Kurumumuzda çalışanların dile getirdiği şikâyet ve öneriler dikkate alınmaktadır.	13	2.6	48	9.6	58	11.6	258	51.7	122	24.4
Kurumumuzun kalite politikasını destekliyorum.	71	14.2	108	21.6	111	22.2	153	30.7	56	11.2
Çalıştığım bölümde kendimi güvende hissediyorum.	41	8.2	120	24.0	98	19.6	117	23.4	123	24.6
Kurumumuzda çalışan güvenliği ile ilgili koruyucu önlemler alınmaktadır. (Aşı programı, gerekli ekipmanların sağlanması vb.)	96	19.2	160	32.1	102	20.4	116	23.2	25	5.0
Kurumumuzda çalışanların sağlığı için gerekli düzenlemeler yapılır.	47	9.4	134	26.9	90	18.0	174	34.9	54	10.8
Çalıştığım bölümde gerekli güvenlik önlemleri alınmaktadır. (Su baskını, hırsızlık ve yangın vb.)	78	15.6	141	28.3	110	22.0	117	23.4	53	10.6

Kurum politikası ile ilgili memnuniyet; katılımcıların % 32.1'i çoğunlukla, “kurumumuzda çalışan güvenliği ile ilgili koruyucu (aşı programı, gerekli ekipmanların sağlanması vb.) önlemler alınmaktadır diyerek olumlu”, %41.1'i hiçbir zaman “kurumumuzda çalışanlarla ilgili kararlar çalışanların katılımıyla alınır” diyerek olumsuz görüş bildirmişlerdir. Vural ve arkadaşları (2012) çalışmalarında; kurumsal hedefler ve planlar belirlenirken çalışanların fikirlerinin de alınmasının, kurum felsefesinin benimsenmesi ve kurumsal bağlılığın sağlanmasında önemli olduğu görüşünü bildirilmişlerdir.

Tablo 4. Hemşirelerin yönetimle ilgili memnuniyet düzeyleri

Yönetimle İlgili Memnuniyet	Her Zaman		Çoğunlukla		Sık Sık		Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hastane yönetimi Hasta ve Çalışan Güvenliği konusunda düzeltici ve önleyici faaliyetler yapmaktadır.	45	9.0	114	22.8	116	23.2	172	34.5	52	10.4
Hastane yönetimi teknolojik gelişmeleri takip etmektedir.	41	8.2	140	28.1	132	26.5	137	27.5	49	9.8
Bu hastanede çalıştığım için memnunum.	29	5.8	99	19.8	70	14.0	177	35.5	124	24.8
Personel girişi ve güvenlik önlemlerinden memnunum.	33	6.6	113	22.6	114	22.8	152	30.5	87	17.4
Birim sorumlularının işleri zamanlama ve planlama biçiminden memnunum.	60	12.0	125	25.1	114	22.8	129	25.9	71	14.2
Birim sorumlularının destek verme ve teşvik etme uygulamalarından memnunum.	72	14.4	100	20.0	104	20.8	141	28.3	82	16.4
Birim sorumlularının olanak yaratması ve sorunlara çözüm bulmasından memnunum.	64	12.8	94	18.8	114	22.8	143	28.7	84	16.8
Birim sorumlularının getirdiği kuralların uygulanabilir olmasından memnunum.	59	11.8	97	19.4	114	22.8	166	33.3	63	12.6
Birim sorumluları bize değer verir ve bizi önemser.	81	16.2	111	22.2	109	21.8	116	23.2	82	16.4
Birim sorumluları yapılan işleri ve başarıları takdir eder.	79	15.8	83	16.6	86	17.2	155	31.1	96	19.2
Birim sorumluları bizi her zaman dinler ve dikkate alır.	82	16.4	103	20.6	107	21.4	127	25.5	80	16.0
Birim sorumluları işleri her zaman dengeli ve adil bir şekilde dağıtır.	79	15.8	105	21.0	95	19.0	138	27.7	82	16.4

Araştırma grubunun yönetimle ilgili memnuniyetine bakıldığında; hastane yönetimi teknolojik gelişmeleri takip etmektedir, çoğunlukla % 28.1 oranında olumlu, bu hastanede çalıştığım için memnunum hiçbir zaman % 24.8 oranında olumsuz görüş bildirilmiştir. İşyerindeki yönetimin tutumu, yöneticiden görülen destek ve rehberlik, iş yapılırken hissedilen takdir edilme duygusu, yöneticinin gösterdiği adil davranış ve saygı derecesi memnuniyet durumlarını etkilemektedir.

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyal-Kültürel olanaklarla ilgili memnuniyet düzeyleri

Sosyal Olanaklarla İlgili Memnuniyet	Her Zaman		Çoğunlukla		Sık Sık		Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Personel yemekhanesinin genel görünüşü ve temizliğinden memnunum.	8	1.6	57	11.4	59	11.8	156	31.3	219	43.9
Personel yemekhanesinde çıkan yemeklerin çeşit ve lezzetinden memnunum.	10	2.0	25	5.0	41	8.2	166	33.3	257	51.5
Personel servisi araç ve şoförlerinden memnunum	26	5.2	82	16.4	77	15.4	209	41.9	105	21.0
Düzenlenen sosyal aktivite ve etkinliklerden memnunum.	17	3.4	34	6.8	54	10.8	206	41.3	188	37.7

Sosyal Olanaklarla İlgili Memnuniyet; personel servisi, araç ve şoförlerinden memnunum, sık sık %15.4 oranında olumlu, personel yemekhanesinde çıkan yemeklerin çeşit ve lezzetinden memnunum hiçbir zaman %51.5 oranında olumsuz görüş bildirilmiştir. İstanbul Üniversitesi çalışan memnuniyet analizinde; katılımcılar yemeklerin çok iyi olmadığı ve

sunumlarının iyileştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. (http://www.istanbul.edu.tr.erşim:16.07.2014)

Tablo 6. Hemşirelerin kurum içi iletişim ile ilgili memnuniyet düzeyleri

Kurum İçi İletişim ile İlgili Memnuniyet	Her Zaman		Çoğunlukla		Sık Sık		Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kurumdaki tüm duyurular çalışanlara zamanında iletilir.	96	19.2	148	29.7	112	22.4	119	23.8	24	4.8
Yöneticilerim ile sağlıklı iletişim kurabiliyorum.	44	8.8	115	23.0	90	18.0	147	29.5	103	20.6
Yöneticilerimize sorunlarımı iletme imkânı bulurum.	50	10.0	93	18.6	86	17.2	160	32.1	110	22.0
Yöneticilerimle rahatça konuşabilirim.	48	9.6	97	19.4	86	17.2	152	30.5	116	23.2
İstedğim zaman idarecilerim ile görüşebilirim.	47	9.4	89	17.8	100	20.0	172	34.5	91	18.2

Kurum İçi İletişim ile İlgili Memnuniyet; kurumdaki tüm duyurular çalışanlara zamanında iletilir, görüşüne çoğunlukla %29.7 oranında olumlu, yöneticilerimle rahatça konuşabilirim %23.2 oranında hiçbir zaman diyerek olumsuz görüş bildirilmiştir. Kurum içi iletişimde toplam memnuniyet %55.4 olarak bulunmuştur. İstanbul Üniversitesinde yapılan çalışan memnuniyet analizinde; iletişim sorunları olarak belirtilen sorunlar, alınan kararlar hakkında çalışanların bilgilendirilmemesi veya geç bilgilendirilmesi, çalışanların fikirlerinin alınmaması ve çalışanlar arasında etkili bir iletişimin gerçekleştirilememesi gibi sorunlar belirtilmiştir (http://www.istanbul.edu.tr.erişim:16.07.2014).

Tablo 7. Hemşirelerin hizmet içi eğitim ile ilgili memnuniyet düzeyleri

Hizmet İçi Eğitim ile İlgili Memnuniyet	Her Zaman		Çoğunlukla		Sık Sık		Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hizmet içi eğitimlerden memnunum	53	10.6	108	21.6	94	18.8	163	32.7	81	16.2
Eğitim konularını ve içeriğini yeterli buluyorum.	43	8.6	109	21.8	116	23.2	146	29.3	85	17.0
Eğitim programlarının saati bana uygundur.	27	5.4	88	17.6	69	13.8	163	32.7	152	30.5
Eğitimi veren eğitimciler alanlarında uzman kişilerden oluşmaktadır.	57	11.4	155	31.1	121	24.2	128	25.7	38	7.6
Bu eğitimlerin bana faydalı olduğuna inanıyorum.	58	11.6	130	26.1	115	23.0	136	27.3	60	12.0
Hastane yönetimi hizmet içi eğitim ihtiyacını karşılamak için kişi ve kuruluşlarla işbirliği yapar.	42	8.4	118	23.6	142	28.5	144	28.9	53	10.6
Hastane yönetimi mesleki gelişmeyi sağlamak için gerekli desteği verir.	42	8.4	91	18.2	122	24.4	158	31.7	86	17.2

Hemşirelerin hizmet içi eğitim ile ilgili memnuniyet düzeylerine bakıldığında; eğitimleri veren eğitimciler alanlarında uzman kişilerden oluşmaktadır sorusuna çoğunlukla

%31.1 oranında olumlu, eğitim programlarının saati bana uymaktadır sorusuna hiçbir zaman %30.5 oranında olumsuz görüş bildirmişlerdir. Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Kurumda Kalma ve Örgütsel Bağlılığa Etki Eden Faktörler konusunda yapılan bir çalışmada; hizmet içi eğitimlerin düzenli verilmesi ve personelin fikirlerinin önemsenmesi örgütsel destek algılaması ve kurumsal bağlılığı arttıran faktörler olarak saptamıştır (Vural ve ark. 2012).

Tablo 8. Hemşirelerin fiziki koşullar ile ilgili memnuniyet düzeyleri

Fiziki Koşullar ile İlgili Memnuniyet	Her Zaman		Çoğunlukla		Sık Sık		Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bölümümüzün fiziki şartları çalışma performansını etkiler.	177	35.5	150	30.1	74	14.8	62	12.4	36	7.2
Bölümümüz temizlik hizmetleri açısından yeterlidir.	84	16.8	187	37.5	119	23.8	83	16.6	26	5.2
Bölümümüz tertipli ve düzenlidir.	103	20.6	195	39.1	96	19.2	76	15.2	29	5.8
Yöneticilerimiz çalışma ortamı ve çalışma koşullarının düzeltilmesi için gerekeni yapar.	39	7.8	134	26.9	99	19.8	145	29.1	82	16.4

Hemşirelerin fiziki koşullar ile ilgili memnuniyet düzeyleri incelendiğinde ; bölümümüz tertipli ve düzenlidir sorusuna çoğunlukla % 39.1 oranında olumlu, yöneticilerimiz çalışma ortamı ve çalışma koşullarının düzeltilmesi için gerekeni yapar sorusuna hiçbir zaman %16.4 oranında olumsuz görüş bildirilmiştir. Fiziki koşullardan toplam memnuniyet %67.6 olarak bulunmuştur. İstanbul Üniversitesinde yapılan çalışan memnuniyet analizinde bu oran %45.8 dir. (<http://www.istanbul.edu.tr>. Erişim:16.07.2014).

Tablo 9. Hemşirelerin kurumsal kültür ve örgütsel bağlılık ile ilgili memnuniyet düzeyleri

Kurumsal Kültür ve Örgütsel Bağlılık ile İlgili Memnuniyet	Her Zaman		Çoğunlukla		Sık Sık		Ara sıra		Hiçbir Zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bölümümüzde herkes birbirinin görüş ve önerilerine açıktır.	65	13.0	123	24.6	101	20.2	152	30.5	58	11.6
Bölümümüzde verimlilik ve kalite bilinci vardır.	96	19.2	149	29.9	105	21.0	108	21.6	41	8.2
Bölümümüzde hasta odaklı çalışırız.	189	37.9	146	29.3	83	16.6	48	9.6	33	6.6
Bölümümüzde iş odaklı çalışırız.	120	24.0	117	23.4	96	19.2	106	21.2	60	12.0
Bölümümüzde tasarruf bilinci vardır.	125	25.1	174	34.9	102	20.4	69	13.8	29	5.8
Bölümümüzde “bu benim işim değil” yaklaşımı yoktur.	163	32.7	150	30.1	58	11.6	71	14.2	57	11.4

Hemşirelerin kurumsal kültür ve örgütsel bağlılık ile ilgili memnuniyetleri; bölümümüzde tasarruf bilinci vardır çoğunlukla % 34.9 oranında olumlu, bölümümüzde iş odaklı çalışırız hiçbir zaman %12.0 oranında olumsuz görüş olduğu görülmüştür. Tutar (2007) tarafından Erzurum’da 309 sağlık personeli üzerine yapılan çalışmada örgütsel adalet, iş doyumu ve duygusal bağlılık arasında ilişki analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda örgütsel bağlılık ile iş doyumu arasında pozitif güçlü bir ilişki bulunmuştur. Örgütsel bağlılık ile iş doyumu arasındaki ilişki ile ilgili olarak, çalışanlardaki yüksek örgütsel bağlılığın ve iş doyumunun genellikle daha üstün performans ve daha iyi üretkenlikle sonuçlandığını belirtmekte ve ilişkinin evrensel olduğunu savunmaktadır. Çalışanların işlerinden doyumları

azaldığı takdirde kurumlarına olan bağlılıkları azalacak ve kurum dışındaki iş olanaklarını aramaya başlayacaklardır (Silverthorne, 2005).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hemşirelerinin memnuniyet durumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada; kurumsal kültür ve örgütsel bağlılık, fiziki koşullar, yönetim, hizmeti içi eğitim, kurum içi iletişim ve kurum politikası konularında memnuniyet yüksek bulunurken, sosyal kültürel olanaklar konusundaki memnuniyet düşük bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma alanlarına göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Memnuniyet ortalaması sorumlu hemşirelerde en yüksek iken, yoğun bakım hemşirelerinde en düşük idi. Hemşirelerin yaş gruplarına göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Hemşirelerin yaşları ilerledikçe memnuniyetlerinde bir artış olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin görev sürelerine göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Görev süresi 1-5 yılları arasında olan hemşirelerin memnuniyet oranları en düşük, 26 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olan hemşirelerin ise memnuniyet ortalaması en yüksek idi.

İş memnuniyetinde büyük etkiye sahip katılımcı bir yönetim tarzının, çalışanlar arasında ilişkilerin güçlü olduğu olumlu bir kurum iklimi ve kurum kültürünün oluşturulması işlerinden duydukları memnuniyeti artırmada katkıda bulunacak, çalıştıkları hastaneye karşı bağlılıklarını artıracak ve dolayısı ile kurumdan ayrılma niyetlerini de azaltacaktır. Değişen sağlık bakım dünyasında özellikle iş memnuniyeti ve kuruma bağlılıkla ilgili faktörlerin dikkatlice ele alınıp bunları iyileştirici stratejilerin geliştirilmesi, kurumlar için hayati bir uygulamadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede sosyal kültürel olanakların gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1- Bakan, İ. ve Kelleroğlu, H. (2003), “Performans Değerlendirme: Çalışanların Performans Değerlendirme Uygulamalarından Beklentileri Konusunda Bir Alan Çalışması”, Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi, C:8, S:1,s:103-127.
- 2- Ebrinç S., Açikel C., Başoğlu C., Çetin M., Çeliköz B. (2002) Yanık Merkezi Hemşirelerinde Anksiyete, Depresyon, İş Doyumu, Tükenme Ve Stresle Başa Çıkma: Karşılaştırmalı Bir Çalışma” Anadolu Psikiyatri Dergisi; 3:s:162-168
- 3- Eryoldaş S, Turgutoğlu B. (1998). Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme: “Hasta memnuniyetinin ölçümü”, Çoruh M (ed). kitabında s:145-148. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- 4- Greenberg,J. , Baron, R.A., (1997). Behavior in Organizations: Understanding and Managing the Human Side of Work. USA:Prentice-Hall
- 5- H. Tutar, (2007), Erzurum’da Devlet Ve Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin İşlem Adaleti, İş Tatmini ve Duygusal Bağlılık Durumlarının İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, s:114.



- 6- http://www.istanbul.edu.tr/duyurular/2010/iu_arastirma.pdf erişim:16.07.2014
- 7- Kavuncubaşı Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitapevi. Ankara s:291 – 304
- 8- Sağlık Bakanlığı. Sağlık hizmetleri kullanıcıları memnuniyet araştırması. Makro araştırma tanıtım hizmetleri. Ankara 1999
- 9- Schultz, D.P. , Schultz, S.E. (1998). Psychology and Industry Today: An Introduction to Industrial and Organizational Psychology. New York: Macmillan Publishing Company.
- 10- Silverthorne CP (2005) Organizational Psychology in Cross- Cultural Perspective. New York, NY,USA, New York University Press.
- 11- Tengilimoğlu D, (2011) “Hemşirelerde İş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Gata Hastanesi’nde Bir Uygulama”. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Hazırlayan:392475 Ankara, s:98
- 12- Tengilimoğlu D, Yiğit A. (2005) “Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisi” , Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:3, s:376.
- 13- Vural F., Dura A.A., Fil Ş., Çiftçi S., Torun S.D., Patan R., (2012:139,143) “Sağlık Çalışanlarında Memnuniyet, Kurumda Kalma Ve Örgütsel Bağlılığa Etki Eden Faktörler” Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi” s:139, 143.

YENİLİK YÖNETİMİ VE YENİLİK YÖNETİMİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER: SİVAS İLİNDE BİR UYGULAMA

Canser BOZ*

Nurperihan TOSUN**

ÖZET

İşletmelerin performans hedeflerini gerçekleştirebilmeleri, başarılı olabilmeleri, sürdürülebilir büyümelerini gerçekleştirmeleri için hızla değişen çevre koşullarına uyum sağlamaları, mükemmeli hedeflemeleri ve sürekli rekabet üstünlüğüne sahip olmaları gerekmektedir. Rekabet avantajı elde etmenin temel kaynaklarından biride yeniliktir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm süreci ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin yürürlüğe girmesiyle birlikte son yıllarda sağlık sektöründe de önemli değişimler ve yenilikler yaşanmaktadır. Sağlık sektöründe oluşan yeni yapılanmalarla birlikte rekabet yalnızca özel sektörde değil kamuyla özel sektör arasında da yaşanmaya başlanmıştır. Son yıllarda ülkemizde sağlık politika ve sistemlerin de yapılan köklü değişiklikler bilgi, değişim ve yenilik yönetimini önemli kılmaktadır. Bu çalışmada Sivas ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin uyguladığı yenilik stratejisi, liderlik biçimi, iletişim işlevi, yenilikleri ödüllendirme tutumları, sahip oldukları örgüt normları, buldukları çevrenin özellikleri saptanmış ve örgütsel yapının ortaya konulması hedeflenmiştir. Katılımcıların % 68,6'sı kurumun yenilik stratejinin savunmacı olduğunu belirtmiştir, %74,3'ü kurumun bulunduğu çevrenin özelliklerini değişken olarak tanımlamıştır. Katılımcıların %47,1'i liderlik tarzının demokratik olduğunu belirtmiştir. Genel olarak kurumun yenilikçi örgütsel yapısı değerlendirildiğinde aldığı toplam puan 5 üzerinden $X=3,21$ 'dir. Kurumun yenilikçi örgütsel yapısının diğer yapılmış çalışmalar ile kıyaslandığında ortamının üzerinde olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yenilik, Yenilik Yönetimi, Yenilik Süreci

*Araş. Gör., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

**Araş. Gör., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

ABSTRACT

Businesses must have a competitive advantage and constantly strive for perfection to conduct their business performance goals, to be successful, to realize sustainable growth adapt in the rapidly changing environment. One of the main sources of competitive advantage is innovation. There have been significant changes and innovations in the health sector thanks to the health transformation process and entry into force of Legislative Decree no. 663 together with in recent years in our country. With the new restructuring in the health sector, competition has begun to emerge not only in the private sector, but also the public between private sector. Fundamental changes made in the health policies and information systems make management of change, innovation important in recent years. In this study, it is aimed to introduce innovation strategies, leadership styles, communication function, innovation, reward attitudes, their environmental characteristics determined and organizational structure which were implemented by Sivas State Hospital Association General Secretariat. 68.6% of respondents have stated that the organization's innovation strategy is defensive, 74.3% of them have defined that the organization's environmental characteristics are variable. 47.1% of respondents stated that leadership style is democratic. In general, as innovative organizational structure is measured, the total points obtained out of 5 X = 3.21. When compared with other studies, innovative organizational structure of the institution can be said above the average.

Key Words: Innovation, Management of Innovation, Duration of Innovation

1. Giriş

2000'li yılların başından itibaren dünya da bilgi toplumu olma yolunda değişimler ve gelişmeler yaşanmaktadır. Bu dönüşüm sürecinde bilgi ve teknolojiye yaşanan gelişmeler uluslararası düzeyde rekabetin şeklini de değiştirmiştir. Rekabet avantajı elde etmenin temel kaynaklarından biride yeniliktir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm süreci ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin yürürlüğe girmesiyle birlikte son yıllarda sağlık sektöründe önemli değişimler ve yenilikler yaşanmaktadır. Sağlık sektöründe oluşan yeni yapılanmalarla birlikte rekabet yalnızca özel sektörde değil kamu ve özel sektör arasında da yaşanmaya başlanmıştır. Bu rekabet ortamında örgütlerin sürdürülebilir geleceklerine sürekli bir artı değer katabilmeleri, rakiplerine karşı avantaj elde edebilmeleri ve başarı hedeflerine ulaşabilmeleri gerekmektedir. Ayrıca yönetim süreçlerine yenilik yönetimi yaklaşımını entegre edebilmeleri son derece önemlidir.

Literatürde yenilik ve yenilik yönetimi ile ilgili pek çok tanıma rastlamak mümkündür. Herkesin aşına olduğu bir kavram olan yenilik, Latince'deki innovatus sözcüğünden türemiştir. Farklı, değişik yeni fikirler geliştirmek; daha önce çözülmemiş sorunları çözmek ya da daha önce karşılanmayan ihtiyaçlara cevap aramak için yapılan çalışmalar, yeni değer yaratılması ve ticari bakış açısı ile birleştirilmesi yenilik (inovasyon) olarak

tanımlanmaktadır. Kuczmarski; yeniliği, örgütlere mevcut zamanın ilerisini görebilme ve bir gelecek vizyonu oluşturma olanağı veren bir tutum olarak tanımlarken, Kanter; yeni bir problem çözme düşüncesinin kazandırılması olarak, Barker; müşteri tatminine yönelik yeni kaynaklar yaratmak, Durna ise sosyal niteliği olan insanların tutum ve davranışlarındaki değişim olarak tanımlamıştır. Ünlü ekonomist ve siyaset bilimci Joseph Schumpeter ise; yeniliği kalkınmanın itici gücü olarak tanımlamaktadır (Arslan, 2014, s.15).

OECD ile Avrupa Komisyonu tarafından ortaklaşa hazırlanan Oslo Kılavuzu'nda ise yenilik; işletme içi uygulamalarda, işyeri organizasyonunda veyadiş ilişkilerde yeni veya önemli derecede iyileştirilmiş bir ürün (mal veya hizmet), veya süreç, yeni bir pazarlama yöntemi ya da yeni bir organizasyon yönetiminin gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Oslo, 2006, s.52).

Yenilikle yakından ilgilenen yazarlardan biri olan Peter Drucker yeniliği bir örgütte birlikte çalışan farklı bilgi ve yetenekteki insanları verimli hale getirmek için onlara ilk defa imkân sağlayan yararlı bilgi şeklinde tanımlamıştır. Drucker'a göre yenilik, girişimciliğin özel bir aracıdır ve refah oluşturmak için yeni bir kapasite meydana getiren kaynakları sunan bir eylemdir (Acaray, 2007, s. 27). Fırsat tanımlama, değer yaratma imkânı sağlama, rekabet avantajı kazandırma ve değişim getirmenin yanında yenilik, bir örgütün başarısı için birçok yarar sağlar.

Bu yararlılardan bazıları şöyle ifade edilebilir (Mische, 2001'den aktaran, Naktiyok, 2007, s. 215);

- Yenilik, yüksek performanslı örgüt oluşturmak ve çevreyi yeniden oluşturmak için kullanılan temel tekniklerden birisidir.
- Yenilik, çalışanların becerisini geliştirir ve onları heyecanlandırır. Çünkü yeni ve yaratıcı bir şeyin parçası olmak ve tamamen eşsiz bir şey yapmak heyecan verir.
- Yenilik, öğrenme ve bilgi paylaşımını teşvik eder. Yenilikçi örgütler her zaman yeni fikir ve bilgileri paylaşır. Onlar her zaman öğrenme yönelimine sahiptir.
- Yenilikçi örgütler büyüme, gelişme ve mesleki çeşitlilik için çalışana özgürlük vermenin yanında keşif, öğrenme, kişisel gelişim ve stratejik değişimle ilgili olarak deneyimi, hızlılığı, işbirliğini ve kaçınılmaz başarısızlığa hoşgörülü olmayı teşvik ederler.

Görüldüğü gibi yenilik, örgütlerin; yeni kapasiteler kazanmalarında, performanslarını iyileştirmelerinde, dinamizmi yakalayabilmelerinde ve durgunluktan kurtulmalarında çok önemli fonksiyonları olan bir süreçtir. Yukarıda yapılan tanımlardan da görüldüğü gibi yenilik kavramının içeriği zaman içerisinde değişmiş ve Oslo Kılavuzunda (2006) *ürün, süreç, pazarlama ve organizasyonel* yenilikler olarak dört başlığa ayrılmıştır.

Ürün yeniliği, mevcut olan bir ürünün önemli derecede iyileştirilmesi ya da tamamen baştan yeni bir ürünün piyasaya sunulmasını ifade etmektedir. Ürün yeniliği genelde fiziksel bir ürün ile ilişkili olarak düşünülmesine rağmen, aslında ürün yeniliği deyince sağlık, eğitim,

danışmanlık gibi hizmet alanlarında yapılan değişikliklerde düşünülmelidir (<http://www.wisegeek.com/what-is-product-innovation.htm>). Sağlık Bakanlığı'nın obezite ile ilgili olarak yürüttüğü çalışmalar, 2010 yılında hastanelerde başlatılan Merkezi Randevu Sistemi (MRS) uygulamasına, 01 Temmuz 2013 tarihinde aile hekimleri de dâhil edilerek, vatandaşların kendi Aile Hekimlerine muayene olabilmeleri için randevu almalarına olanak sağlanması sunulan hizmette yapılan değişiklikler kapsamında değerlendirilebilir (Kasarcı, 2014). Yapılan bu uygulama hizmetin sunum aşamasında yeni yöntemlerin uygulanmasıdır. Bir süreç yeniliği yeni veya önemli derecede iyileştirilmiş bir üretim veya teslimat yönteminin gerçekleştirilmesidir. Bu yenilik, teknikler, teçhizat ve yazılımlarda önemli değişiklikler içermektedir. Süreç yenilikleri, hizmet yaratılması ve tedariğine ilişkin yeni veya önemli derecede iyileştirilmiş yöntemleri içermektedir (Oslo, 2006, s.53).

Pazarlama yeniliği ürün ve hizmetlerde farklı ve yeni tasarım, ambalaj ve pazarlama yöntemlerinin oluşturulmasıdır. Pazarlama yenilikleri işletmenin müşteri ihtiyaçlarına daha başarılı bir şekilde cevap vermesini hedeflemektedir (Oslo, 2006, s.53).

Organizasyonel yenilik işletmenin iş uygulamalarında, işyeri organizasyonunda veya dış ilişkilerinde yeni ya da önemli ölçüde değiştirilmiş bir yöntemin uygulanmasıdır (Oslo, 2006, s. 55) Sağlık sektöründe son yıllarda yapılan değişikliklere baktığımızda organizasyonel yenilik bakımından önemli değişiklikler yapıldığı görülmektedir. Nitekim araştırmamızın uygulama alanı olan Kamu Hastaneler Birliği'nin oluşturulması ve kamu hastanelerinin yönetiminin tek çatı altında toplanması organizasyonel yeniliğe bir örnektir.

1.1.Yenilik Süreci

Örgütlerde yenilik süreci ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar mevcut olmakla birlikte Durna (2002); süreci, ihtiyacın belirlenmesi, başlama ve yürütme olmak üzere üç aşamada incelemiştir. Yenilik sürecinin başlayabilmesi için olmazsa olmaz koşul örgütün yeniliğe ihtiyaç duymasıdır. Yenilik ihtiyacı çalışanların algılama yetenekleri, performans açığı, var olan problemler veya müşteri beklenti ve taleplerinin karşılanamaması gibi nedenlerle ortaya çıkar. İçsel ve çevresel dinamiklerde örgütlerde yenilik yapma ihtiyacı belirlenmesinde etkilidir. Sürecin başlama aşamasında örgütte problemi çözmeye yardımcı olacak yaratıcı fikirler oluşturur. Örgüt yenilik fırsatının farkına varmıştır ve uygulanacak yöntemi belirlemek için karar verilir, belirli bir yeniliği benimseme kararıyla sona erer. Yürütme aşamasında yenilikler ilk defa örgütsel yaşamın içine girer ve örgütsel yapı, süreç, ürün ve hizmetlerde etkileri gözlenir. Yürütme aşamasında yenilikler ticarileşir ve pazara girer. Yenilik örgütün rutin bir parçası olunca ve kurumsallaşınca yürütme aşaması sona erer. Yenilik yenilikçi örgütler için süreklilik arz eden bir süreçtir. Biten bir yenilik sürecinin çıktısı yeni başlayacak olan yenilik sürecinin girdisi olabilir (Durna , 2002, s.115-124).

1.2.Yenilik Stratejileri

İşletmeler artan rekabet koşullarında başarıya ulaşabilmek için yenilik süreçlerinde kritik başarı faktörü olarak stratejiler uygulamaktadırlar. Bu stratejiler önder/saldırgan strateji,

savunmaya yönelik strateji, taklitçi ve bağımlı strateji ve geleneksel ve fırsatları izleme stratejileri olarak dört grupta sıralanabilir (Baykal ve Türkmen, 2014, s.295, Durna, 2002, s.129)

Saldırgan yenilik stratejisi yeni ürün ve hizmetlerin üretilip pazara sunulmasıyla teknik anlamda rekabet oluşmadan liderliği ele geçirmeyi amaçlar. Bu strateji genellikle araştırma ağırlıklı işletmeler kullanmaktadır. Saldırgan strateji yüksek oranda risk almayı getirmekle beraber başarılı olduğunda işletmeye yüksek getiri sağladığı gibi başarısız olduğunda da işletmede büyük kayıplar yaratmaktadır. Savunmaya yönelik yenilik stratejisi saldırgan stratejiden ayırdan yeniliğin zamanlaması ve niteliğidir. Savunmaya yönelik stratejiler ilk olmayı amaçlamaktan ziyade mevcut bir yeniliği daha ileriye götürme ve yenilikten maximum yararlanmayı amaçlar. Taklitçi ve bağımlı yenilik stratejileri pazarda bulunan yeni ürünleri ve hizmetleribirebir taklit etmez, bu ürünlerin ilk hatalarının avantajlarından yararlanarak benzerlerini daha düşük maliyetlerle tasarlamayı amaçlarlar. Geleneksel ve fırsatları izleme yenilik stratejisi, geleneksel işletme tarafından sunulan ürün ve hizmetlere farklılıklar yaparak küçük pazarlara sunulmasıdır.

1.3. Yenilik Yönetimi;

Yenilik sitemin hem sonucu olarak hemde süreç olarak değerlendirilmesini gerektiren bir olgudur. Yenilik yönetimi ise işletmelerin iç ve dış dinamikler karşısında uyum ve sürdürülebilirliğini sağlaması için yönetsel faaliyetleri doğrultusunda yeniliği bir süreç içerisinde kontrol edilebilmesi ve yönetilebilmesi faaliyetleri olarak tanımlanabilmektedir. İşletmelerde yenilik yönetimini etkileyen faktörler; yönetim tarzı, vizyon, liderlik, örgütsel yapı, örgüt kültürü, iletişim, personel güçlendirme ve müşteri odaklılıktır (Aygen, 2006, s.64-70).

2.Yöntem

2.1.Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nde yenilik yönetimi algısı ve ilişkili örgütsel faktörlerin incelenmesidir. Bu doğrultuda Birliği uyguladığı yenilik stratejileri, bulunduğu çevrenin özellikleri, sahip olunan liderlik biçimi, iletişim işlevleri ve işleyiş biçimi, sahip olduğu örgüt normları, müşteriye yönelik yenilik yaklaşımları, yenilikleri ödüllendirme tutumu ile örgütsel yapıları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

2.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini (n=74) ve örneklemini Sivas İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği tüm çalışanları oluşturmuştur. Çalışanların tamamına ulaşılması hedeflenerek örneklem seçilme yöntemine gidilmemiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama formunda üç bölümden oluşan toplam 41 soru mevcuttur. Anket formunun birinci bölümünde çalışanların sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerine yönelik 10 soru; ikinci bölümde ilgili literatürden (Akarcay 2007, Durna, 2002) yararlanarak hazırlanan çalışanların kurumdaki yenilik stratejisi, liderlik biçimi, iletişim işlevi gibi örgütsel algıların yer aldığı 6 soru; üçüncü bölümde ise Akarcay’ın (2007) tezinde kullandığı işletmenin hiyerarşik yapısı, iletişim biçimi, hiyerarşik yapısı gibi yenilik yönetimi ilişkili soruların yer aldığı 25 sorudan oluşan 5’li likert tipinde tasarlanan soru formu oluşturmaktadır. Çalışmaya başlamadan önce gerekli yazılı izinler alınmış ve Haziran 2014’de anket formları araştırmacının kendisi tarafından Sivas İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği çalışanları ile yüzyüze görüşme yolu ile uygulanmıştır. Evrenin %94,5’ine ulaşılmıştır. Veriler SPSS 21 paket programı ile analiz edilmiş, yüzdeler ve frekanslardan faydalanılmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Göstergeler	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	25-32	30	42,9
	33-40	29	41,4
	41-46	11	15,7
	Toplam	70	100,0
Cinsiyet	Kadın	32	45,7
	Erkek	38	54,3
	Toplam	70	100,0
Eğitim Düzeyi	Ön lisans	17	24,3
	Lisans	40	57,1
	Dr/Uzm.	13	18,6
	Toplam	70	100,0
Meslek	Hek,Hemş,Ebe	19	27,1
	İdari Personel	32	45,7
	Diğ Sağ Pers.	19	27,1
	Toplam	70	100,0
Toplam Çalışma Yılı	2-10	45	64,3
	11-18	17	24,3
	19-25	8	11,4
	Toplam	70	100,0
Kurumda Toplam Çalışma Yılı	1	31	44,3
	2	22	31,4
	3 ve üzeri	17	24,3
	Toplam	70	100,0

Tablo 1’e bakıldığında; katılımcıların %42,9’u 25-32 yaş aralığında, %54,3’ü erkek, %57,1’inin eğitim düzeyi lisans mezunu ve % 45’7’si idari personeldir. Meslekte toplam çalışma süresi açısından ise % 64,3’ü 2-10 yıl arasında bir tecrübeye sahipken, mevcut

kurumda toplam çalışma süresi bakımından %44,3'ü 1 yıllık yeni personellerden oluşmaktadır.

Tablo 2. Çalışılan Birim ve Çalışma Türü Dağılımları

Çalışma Birim ve Biçimi	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
İdari Görev	Evet	10	14,3
	Hayır	60	
	Toplam	70	85,7
			100,0
İstihdam Türü	Kadrolu	55	78,6
	Sözleşmeli	15	
	Toplam	70	21,4
			100,0
Çalışılan Birim	Mali Hizmetler	28	40,0
	Tıbbi Hizmetler	26	
	İdari Hizmetler	16	37,1
	Toplam	70	22,9
			100,0
Gelir Düzeyi	1001-2250	7	10,0
	2251-3000	42	60,0
	3001 ve üzeri	21	30,0
	Toplam	70	100,0

Tablo 2'ye göre; çalışmaya katılan çalışanlardan %85,7'sinin idari görevi bulunmazken, %78,6'sı kadrolu, %40'ı mali hizmetler departmanında çalışmaktadır. Katılımcıların %60'ının gelir düzeyi 2251-3000 Türk Lirası aralığındadır.

Tablo 3. Katılımcıların Örgütsel Yapıya İlişkin Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Örgütsel Yapı Göstergeleri	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Kurumunuzun Yenilik Stratejisi	Saldırgan	9	12,9
	Savunmacı	48	68,6
	Taklitçi	13	18,6
	Toplam	70	100,0
Kurumun Bulunduğu Çevrenin Özellikleri	Değişkendir	52	74,3
	Durgundur	18	25,7
	Toplam	70	100,0
Liderlik Tarzı	Lider sorunu astlarıyla tartışır	33	47,1
	Lider astların görüş ve önerilerini alır	27	38,6
	Lider astların görüş ve önerilerini almaz	10	14,3
	Toplam	70	100,0
Kurum İletişim İşlevi	Dikey	16	22,9
	Yatay ve Dikey	26	37,1
	Çok Yönlü	28	40,0
	Toplam	70	100,0
Ödüllendirme	Evet	9	12,9
	Hayır	11	15,7
	Bazen	50	71,4
	Toplam	70	100,0

Tablo 4’te kurumun izlediği yenilik stratejileri; *yeni ürün ve hizmet oluşturma*, *mevcut ürünlerde geliştirmeler yapma* ve *mevcut ürünün aynısını yapma* gibi üç farklı şekilde ele alınmıştır. Çalışmaya katılanların %68,6’sı kurumun yenilik stratejisini savunmacı, % 74,3’ü kurumun bulunduğu çevrenin değişken bir yapıda olduğunu söylemiştir. Liderlik tarzı açısından %47,1’i liderin sorunu astlarıyla tartışıp görüşlerini aldığını, %40,0’i kurumun iletişim işlevinin ise yatay olduğunu söylemiştir. Herhangi bir yeniliğin kurum içinde ödüllendirilmesi konusunda ise sadece %12,9’u bir ödüllendirme sisteminin olduğunu söylemiştir.

Tablo 4. Çeşitli Normlara Kurumdaki Genel Anlayış

Normlar	İyi	Orta	Kötü	Toplam
	(n)-(%)	(n)-(%)	(n)-(%)	(n)-(%)
Risk Alma	19-27,1	33-47,1	18-25,7	70-100
Şeffaflık	34-48,6	30-42,9	6-8,6	70-100
Özgürlük	38-54,3	27-38,6	5-7,1	70-100
Değişime Tahammül	35-50	30-42,9	5-7,1	70-100
Eleştirilere Açıklık	31-44,3	33-47,1	6-8,6	70-100
Hatalara Karşı Hoşgörü	32-45,7	31-44,3	7-10,0	70-100
Toplam	189-42,2	184-41,16	74-16,56	70-100

Tablo 4'e göre çalışmaya katılanların %47,1'i (33 kişi) kurumunu risk alma açısından orta düzeyde nitelerken, şeffaflık konusundaki en yüksek oran %48,6 ile iyi seçeneğindedir. Kurum içinde özgürlük konusunda anketimize katılanların %54,3'ü iyi seçeneğini seçmiştir. Değişime tahammül konusunda da %50 oran ile iyi seçeneği ilk sıradadır. Eleştiriye açıklık konusunda %47,1 oran ile orta seçeneği en yüksek derecede işaretlenmiştir. Hatalara karşı hoşgörü konusunda ise %45,7 oran ile iyi seçeneği ilk sıradadır.

Tablo 5. Örgütsel Faktör İfadelerinin Frekansları ve Ağırlıklı Ortalama Puanları

Örgütsel Yapı	FREKANSLAR (n)						PUANLAR						
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	TOPLAM	*5	*4	*3	*2	*1	AĞIRLIKLİ TOPLAM	AĞIRLIKLİ TOPLAM
İfade 1 (-)	15	28	16	9	2	70	15	56	48	36	10	165	2,35
İfade 2 (+)	10	26	19	12	3	70	50	104	57	24	3	238	3,40
İfade 3(+)	14	30	18	8	0	70	70	120	54	16	0	260	3,71
İfade 4 (-)	9	12	11	28	10	70	9	24	33	112	50	228	3,25
İfade 5 (-)	8	30	8	14	10	70	8	60	24	56	50	198	2,82
İfade 6 (+)	10	24	15	12	9	70	50	96	45	24	9	224	3,20
İfade 7(+)	16	28	10	13	3	70	80	112	30	26	3	251	3,58
İfade 8 (-)	15	10	4	32	9	70	15	20	12	128	45	220	3,14
İfade 9 (+)	27	34	2	5	2	70	135	170	6	10	2	323	4,61
İfade 10 (+)	10	33	13	11	3	70	50	132	39	22	3	246	3,51
İfade 11 (-)	11	20	10	23	6	70	11	40	30	92	30	203	2,90
İfade 12 (-)	12	28	17	10	3	70	12	56	51	40	15	174	2,48
İfade 13 (+)	6	30	15	13	6	70	30	120	45	26	6	227	3,24
İfade 14 (-)	13	15	20	21	1	70	13	30	60	84	5	192	2,74
İfade 15 (+)	12	14	14	25	5	70	60	56	42	50	5	213	3,04
İfade 16 (+)	8	15	27	17	3	70	40	60	81	34	3	218	3,11
İfade 17 (-)	10	9	12	32	7	70	10	18	36	128	35	227	3,24
İfade 18 (+)	24	31	7	7	1	70	120	124	21	14	1	280	4,00
İfade 19 (-)	26	24	4	15	1	70	26	48	12	60	5	151	2,15
İfade 20 (-)	20	18	12	13	7	70	20	36	36	52	35	179	2,55
İfade 21(+)	23	25	14	7	1	70	115	100	42	14	1	272	3,88
İfade 22 (-)	4	12	19	26	9	70	4	24	57	104	45	238	3,40
İfade 23 (-)	12	5	13	25	15	70	12	10	39	100	75	236	3,37
İfade 24 (+)	10	40	9	9	2	70	50	160	27	18	2	257	3,67
İfade 25 (-)	13	16	15	20	6	70	13	32	45	80	30	200	2,85
TOPLAM						1750	1018	1808	972	1350	468	5620	80,28 3,21

Tablo 5, örgütsel faktör ifadelerinin ağırlıklı ortalamalarının hesaplanışını gösterilmektedir. Frekanslar, ilgili katılma derecesinin katsayısıyla çarpılmış; bulunan ağırlıklı toplam katılımcı sayısına bölünmüş ve her bir ifadenin ağırlıklı ortalama puanına

ulaşmıştır. Daha sonra da her bir ifadenin ağırlıklı ortalama toplam puanları toplam ifade sayısına bölünerek örgütsel yapılarının yenilikçilikleri için baz puan oluşturulmuştur. Elde edilen ortalama puan ve üzeri puan alan sorular yenilikçilik bakımında ortalamanın üzerinde iken, ortalama puanın altında skoru olan ifadelerin geliştirilmeye ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (ortalama 3,21).

Kurumda herbir bölüme ilişkin kural, prosedür ve yöntemler kesin ve net bir şekilde üst yönetim tarafından belirlenmesi (ifade 1) 2,35 ağırlıklı toplam puana sahip, ortalama puan olan 3,21'in altında ve geliştirilmesi gereken bir faktördür. Kurumdaki personelin resmi olarak sadece alt ve üstleriyle ilişki kurabilmesi (ifade 5) 2,82 ortalama puanına sahip olup ortalama değerinin altındadır. Kurumdaki personelin her birine kurumun geleceğinin belirlenmesinde katkı olanağı verilmesi (ifade 6) bakımından 3,20 ortalama puan ile ortalama değere çok yaklaşıp da 3,21 ortalama değerinin altında kalmaktadır..

Benzer şekilde kurumda karar ve kuralların daha çok denetim, kısıtlama ve yasakla ilgili olması (ifade 8) (3,14), kurumdaki personellerin yapacağı görevlerin en ince ayrıntısına kadar tanımlanması ve personelin bunun dışına çıkamaması (ifade 11) (2,90), kurumdaki bütün kararların yönetici tarafından alınması (ifade 12) (2,48), kurumdaki bütün bilgilerin gizlenmesi ve sadece üst yöneticiler tarafından bilinmesi (ifade 14) (2,74) ortalama toplam puanın altında skora sahiptir ve geliştirilmesi gereken faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumda yetki, sorumluluk ve kararların alt birim, grup ya da bireylere aktarıldığı merkezi olmayan bir yapıya sahip olması (ifade 15) ve kurumdaki bütün bireyler hiçbir güçten korkmadan tamamen özgürce tartışmalara girip eleştirilerde bulunabilmesi sırasıyla 3,04 ve 3,11 ortalama puanlar ile baz puanımızın altında kalmışlardır. Kurumdaki bütün işlemler ve işlerin kesinlikle yazılı belgelere dayanmak zorunda olması (2,15), kurum içinde kayıtsız şartsız amirlere itaat ve sadakat olması ise 2,55 ile ortalamanın altında kalan diğer faktörler olmuştur. Son olarak kurum içinde personelin yıllardır aynı işi, aynı yöntem ve araçlarla yapması 2,85 ortalama puan ile geliştirilmesi gereken bir başka alandır.

4. Tartışma ve Sonuç

İşletmelerin performans hedeflerini gerçekleştirebilmeleri, başarılı olabilmeleri ve sürdürülebilir büyümelerini gerçekleştirmeleri için hızla değişen çevre koşullarına uyum sağlamaları ve mükemmeli hedeflemeye daima rekabet üstünlüğüne sahip olmaları gerekmektedir. Teknolojideki hızlı ilerlemeler, sosyo-kültürel değişimler, toplumun istek ve beklentilerini, algılarını farklılaştırmaktadır. Bu dinamik çerçevede örgütlerin varlıklarını devam ettirebilmeleri için yaratıcı fikirler üreterek, yeni ürün ve hizmetler geliştirerek yenilik ve bilgi yönetimini kurumsallaştırmaları gerekmektedir. Yenilik sürecini yönetimin fonksiyonları ile kontrol altına alan örgütler dış çevrenin dinamiklerinden etkilendiği gibi dış çevreyi de etkileyecektir. Yenilik sürecinin başarılı bir şekilde yönetilmesi için örgütsel yapı ve çalışan algıları oldukça önemlidir. Çalışanların özgürce fikir ve düşüncelerini ifade edebildikleri çalışma ortamlarında yenilikler ortaya çıkmaktadır. Öncelikle örgütlerin çalışan gözüyle kendilerini, geliştirdikleri algılarını tanımları ve sistemleri, süreç ve performans hedeflerini bu doğrultuda kurgulamaları gerekmektedir. Son yıllarda ülkemizde sağlık politika

ve sistemlerinde yapılan köklü değişiklikler bilgi, değişim ve yenilik yönetimini önemli kılmaktadır. Bu çalışmada Sivas ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin uyguladığı yenilik stratejisi, liderlik biçimi, iletişim işlevi, yenilikleri ödüllendirme tutumları, sahip oldukları örgüt normları, buldukları çevrenin özellikleri saptanmış ve örgütsel yapı ile ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır.

Katılımcıların % 68,6'sı kurumun yenilik stratejinin savunmacı olduğunu belirtmiştir. Savunmacı strateji benimseyen örgütler pazarda ilk olan işletmelerin ortaya çıkardığı avantajlardan yararlanmayı amaçlar. Katılımcıların %74,3'ü kurumun bulunduğu çevrenin özelliklerini değişken olarak tanımlamıştır. Yenilikçi bir örgüt sürekli dış çevreyle etkileşim halinde bulunan, dinamik bir örgüttür, dış çevredeki yeni eğilimlerden etkilenir ve çevresini de etkileme potansiyeline sahiptir. Katılımcıların %47,1'i liderlik tarzının demokratik olduğunu belirtmiştir. Yenilikçi bir yapıya sahip olan örgütlerde liderler demokratik yönetim biçimini desteklemektedirler. Yaratılan fikirlerin özgürce ifade edilebilmesi ve paralelinde yeni ürün ve hizmetlerin tasarlanabilmesi için liderlik tarzı önemlidir. Katılımcıların %40'ı kurumun iletişim işlevinin çok yönlü olduğunu belirtmektedir. Örgütsel yapı bakımından yenilikçilikleri yüksek olan örgütlerde çok yönlü iletişim tarzı uygulanmaktadır. Örgütlerin değişen iç ve dış çevre koşullarına uyum sağlayabilmeleri, yenilik ve değişim süreçlerini etkin bir şekilde kontrol edebilmeleri, iç ve dış müşterilerin istek ve beklentilerini doğru bir şekilde belirleyebilmeleri ve karşılayabilmeleri, örgütün amaç ve hedeflerinin tüm çalışanlar ile paylaşarak vizyon ve misyonun benimsenebilmesi, bilgi akışının zamanında yapılabilmesi, takım çalışmasının yapılması ve yaratıcı fikirlerin ortaya çıkarılmasında çok yönlü iletişim sağlanması gerekmektedir. Katılımcıların %71,4 örgütsel yapıda yenilik yapan bireylerin bazen ödüllendirildiğini ve %15,7'si ödüllendirme sisteminin olmadığını belirtmiştir. Bu da örgütte yenilikçi eğilimlerin ortaya çıkması ve sürdürülebilirliği açısından negatif bir durumdur. Yenilikçi örgütler yenilikçi fikir ve davranışları cesaretlendirmek ve teşvik etmek, çalışanları motive etmek için ödüllendirme aracı geliştirmektedirler. Çalışmanın yapıldığı örgütte de ödüllendirme sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir.

Genel olarak kurumun yenilikçi örgütsel yapısı değerlendirildiğinde aldığı toplam puan 5 üzerinden $X=3,21$ 'dir. Kurumun yenilikçi örgütsel yapısının diğer yapılmış çalışmalar ile kıyaslandığında ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. Yenilikçi örgütsel yapı ile ilgili faktörler incelendiğinde; kurumdaki her bir bölüme ilişkin kural, prosedür ve yöntemlerin kesin ve net bir şekilde üst yönetim tarafından belirlenmeli ifadesinin ağırlıklı ortalaması $X=2,31$ olup ve geliştirilmesi gereken bir faktördür. Örgütsel yapı içinde ortak vizyonun açık bir şekilde benimsenmesi, rol belirsizliği ve karmaşasının önlenmesi, performans hedeflerinin sağlanmasında üst yönetimin mesajlarının açık bir şekilde belirlenmesi ve iletilmesi önemlidir. Kurumdaki personelin resmi olarak sadece alt ve üstleriyle ilişki kurabilmesi $X=2,82$ ortalamaya sahiptir ve kurumdaki personelin her birine kurumun geleceğinin belirlenmesinde katkıda olanağı verilmesi bakımından $X=3,20$ ortalamaya sahiptir. Kurumdaki her bir çalışan ve fikirleri değerlidir. Çalışanların yenilikçi fikirlerini ifade edebilecekleri ve takım çalışmasını geliştirebilecekleri özgür ve destekleyici, iletişim kanallarının çok yönlü olduğu çalışma ortamları geliştirmelidir.

Sonuç olarak örgütlerin değişimlere uyum sağlayabilmeleri ve ayakta kalabilmeleri için birincil kaynağı olan insan faktöründen maximum düzeyde yararlanmaları gerekmektedir. Çalışanların örgütün başarı hedefleri gerçekleştirebilmeleri ve yenilikçi yönetim süreçlerini benimseyip değer katabilmeleri için, özgür ve yaratıcı çalışma ortamlarının sağlanması gerekmektedir. Yöneticilerin de bu doğrultuda kurumların süreç ve organizasyonel yapılarını yenilik eğilimlerine göre şekillendirmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1.Acaray, A. (2007). *Küçük ve Orta Boy İşletmelerde Yenilik Yönetimi:Yenilik Yönetiminde Etkili Olan Örgütsel Yapı ve Faktörler*. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.
- 2.Arslan, M. (2014). *İnovasyon*. İstanbul: Final Kültür Sanat Yayınları.
- 3.Avcı, U. (2009). Öğrenme Yönelimliliğinin Yenilik Performansı Üzerine Etkisi: Muğla Mermer Sektöründe Bir İnceleme. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, s. 121-138.
- 4.B. Anıl, A., Anıl, M., Yavaşcan, Ö., Kanar, B., & Aksu, N. (2009). Çocuklarda Beyin Ölümü ve Organ Nakli: Vaka Sunumu. *Çocuk Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 4*, 195-198.
- 5.Çetin, G., & Harman, Ö. (2012). Lise Öğrencilerinin Organ Nakli ve Organ Bağışı Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 2*, 172-177.
- 6.Çil, O., & Görkey, Ş. (2014). Beyin Ölümü Kriterlerinin Tarihsel Gelişimi ve Kadavradan Organ Nakline Etkisi. *Marmara Medikal Journal, Sayı: 27*, 69-74.
- 7.Efil, S., Şişe, Ş., Üzel, H., & Eser, O. (2013). Afyon İlinde Halkın ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarının Organ Bağışı Konusuna İlgilerinin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Dergisi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 3*, 361-384.
- 8.Göz, F., & Ş.Gürelli, Ş. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Organ Bağışı ile İlgili Düşünceleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 5*, 77-88.
- 9.Kasarıcı, B. (2014). *İstanbul Ajansı*. Temmuz 05, 2014 tarihinde <http://www.haberinasli.com/?p=15036> adresinden alındı
- 10.Koçak, A., Aktaş, E., Şenol, E., Kaya, A., & Bilgin, U. (2009). Hasta Yakınlarının Organ Bağışı ile İlgili Bilgi ve Tutumları. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 17*, 18-29.
- 11.Naçar, M., Çetinkaya, F., Kanyılmaz, D. T., & Utaş, C. (2001). Hekim Adaylarının Organ Nakline Bakış Açıkları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, Cilt: 10, Sayı: 2*, 123-128.
- 12.Naktiyok, A. (2007). <http://e-dergi.atauni.edu.tr>. Temmuz 05, 2014 tarihinde <file:///C:/Users/sabif/Downloads/3750-14809-1-PB.pdf> adresinden alındı



- 13.Özer, N., Sarıtaş, S., & K.Özlü, Z. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 2*, 1-11.
- 14.Özkan, S., & Yılmaz, E. (2009, Nisan, Mayıs, Haziran). Hasta Yakınlarının Organ Bağışı ile İlgili Bilgi ve Tutumları. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 17*, 19-29.
- 15.wisegeek . (tarih yok). Temmuz 09, 2014 tarihinde <http://www.wisegeek.com/what-is-product-innovation.htm> adresinden alındı
- 16.Yaşar, M., Oğur, R., Uçar, M., Göçgeldi, E., Yaren, H., Tekbaş, Ö., et al. (2008). Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağışı Konusundaki Tutumları ve Tutumlarına Etki Eden Faktörler. *Genel Tıp Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 1*, 33-37.

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM KÜLTÜRÜNÜN, SAĞLIK HİZMETİ SUNUM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Güllizar ŞİMŞEK*

Mukaddes DAĞ**

Murat AÇIKGÖZ***

ÖZET

Sağlık kavramı genellikle hasta olmama anlamında kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri kullanım kültürü, hastaların birçok farklı özelliğine göre değişiklik göstermektedir. Ancak sağlık kullanım kültürünü etkileyen en önemli durum sağlık hizmetlerinin kalitesidir.

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık hizmeti kullanım kültürünün, sağlık hizmeti sunum kalitesi üzerine etkilerinin araştırılarak, hastaların sağlık kullanım kültürlerine ilişkin bilgi edinebilmek ve çözüm önerileri sunabilmektir. Çalışmanın evrenini Artvin İl merkezinde yaşayan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme ise basit tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilmiş 426 kişidir.

Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılan çalışmamız da katılımcıların %50'si sağlık hizmet sunumunun kaliteli bulurken %42,5'i ise sunulan hizmeti kaliteli bulmamaktadır. Bu sonuç bize hastalar tarafından algılanan hizmet sunum kalitesinin düşük olduğunu düşündürmekte ve bu algının yükseltilmesi için hizmet sunumunda etkili olan kurum ya da kuruluşların ciddi bir çalışma yaparak hedefler belirlemesi, bu hedeflere ulaşabilmek için kararlılık ile uygulayabileceği bir kalite yönetim biçimini seçmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda rol alan her meslek dalından sağlık personelinin moral ve motivasyon düzeyleri çeşitli etkinliklerle azami ölçüde tutulmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Kullanım Kültürü, Kalite

* Uzm. Artvin Halk Sağlığı Müdürlüğü, son-yaprak@windowslive.com

**Uzm. Artvin İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü, mukaddesdag08@gmail.com

*** Uzm. Sıla Danışmanlık ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. disci66@gmail.com

OF HEALTH CARE UTILIZATION CULTURE, HEALTH CARE QUALITY REPORT ON THE EFFECTS

ABSTRACT

The concept of health is generally used for referring not to be ill. The usage culture of health service varies according to the patients' many different qualities. But the most important situation that affects the usage culture of health is the quality of health service.

The main aim of this study is to offer reference suggestions and to get information about the culture of patient's health usage by researching the effects of the usage culture of the health service on the offering quality of health service. The patients living in the city center of Artvin form the study's area. The study's sampling unit is 426 people who are elected by the simple sampling unit.

In our study, we use questionnaire form for getting data and according to the results; The 50% of the participants find the health service qualified but the 42,5 % of them find it unqualified. This result shows us that the quality of service that is understood by the patients is low and to increase this perception, institutions and establishments related to the presentation of service should determine goals by making serious study and choice a kind of quality management that they can apply in a decided way to reach their goals. Moreover, health personnel's level of morale and motivation should be held to the maximum degree by various activities.

Keywords: Health, Usage Culture, Quality.

1. Giriş

Sağlık hizmetleri kullanım kültürü, hastaların birçok farklı özelliğine göre değişiklik göstermektedir. Ancak sağlık kullanım kültürünü etkileyen en önemli durum sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Kalite yönetimi, esas olarak bir düşünce şekli aynı zamanda bir yönetim felsefesidir diyebiliriz. Bu noktada devamlı iyileşme ve gelişme hedeflenmektedir. Kalite yönetimin de önemli olan nokta, bazı yöntemleri alıp uygulamaya koymak değil, önce inanç ve tutumlarda bir farklılaşma yaratarak müşteriye ön planda tutmaktır. Dolayısıyla da bütün işgörenlerin bu süreç içine alınması gerekmektedir.

Hizmet bir işletmedeki kalite, kaliteyi meydana getiren bütün faktörlerin ele alınması ve ortaya mükemmelliğin çıkarılması hususundaki gayretlerin bir ürünü olmaktadır. Kalite çalışmaları, hizmetlerin soyutluktan somut bir duruma sokulması ve bunu sağlamak adına esas alınacak bütün unsurların saptanması açısından büyük öneme sahiptir. Bu sebeple hizmet

ve kalite kavramları birbirinden ayrı düşünülmemesi gereken iki husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Teknik kalite kavramı müşterinin hizmetten ne elde ettiği ile ilgilenmektedir. İşlevsel kalite kavramı ise, hizmetin müşteriye ne şekilde ulaştırıldığı anlamını taşımaktadır. Örnek vermek gerekirse, bir hastaneye muayene olmak için gelmiş olan bir hastanın muayenesinin yapıldıktan sonra, en uygun tedaviye yönlendirilmesi teknik kaliteyi ifade edilmektedir. Hastanede muayenenin veriliş biçimi, hastanın muayeneden önceki hastanede bekleme süresi gibi sürece ilişkin unsurlar da işlevsel kaliteyi meydana getirmektedir.

Sağlık örgütlerinin en önemli müşterisi olan hastaların tatmininin sağlanması, sağlık örgütlerinin temel çıktılarında birini temsil etmektedir. Hasta tatmini; hastaların arzu ve ihtiyaçlarının karşılanması ya da bu arzu ve ihtiyaçların üstünde hizmet verilmesi olarak ifade edilmektedir. Hasta tatmininin belirlenmesinde birinci faktör, hasta beklentileri, ikinci faktör ise hastanın aldığı hizmeti algılaması olmaktadır. Hasta tarafından algılanan, hizmetin beklenen hizmeti karşılama durumudur. Hasta tatmini, sağlık örgütlerinde hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel değerlendirmelerden birini oluşturmaktadır.

2. Genel Bilgiler

2.1. Sağlık Kavramı

Bireylerin ne tür şartlarda sağlıklı, ne tür şartlarda hasta olarak nitelendirilebileceği, sağlığın öznel ve nesnel ayrımı gerçekleştirilerek sağlanır. Objektif sağlık kavramı, bireyin kendini mental, fiziksel ve sosyal bakımdan ne şekilde hissettiği ve bu durumu algılama biçimi şeklinde ifade edilmektedir. Devletin vatandaşın gelirin ve statüsüne bakmadan sağlık hizmetlerinden faydalandırması yaşama hakkının da bir gereğidir. Bir toplumun sağlık hizmetleri devlet tarafından sağlanmalıdır. Türkiye’de sağlık hakkı, anayasanın 56. Maddesinde de belirtildiği üzere, bireylerin sağlık hizmetini sunma zorunluluğu devlete verilmiş bulunmaktadır.

2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri bireylerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım amacıyla bireysel ve kurumsal şekilde özel kişilerin ya da kamunun sunduğu hizmetler şeklinde ifade edilebilir. Sağlık hizmetlerinin en önemli amacı, toplum içinde kişilerin hayat sürelerini uzatmak ve sağlık konfor derecesini yükseltmektir.

2.3. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

2.3.1. Hazırlayıcı Faktörler

Hazırlayıcı faktörler; Andersen’in Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Model’inde bir bireyin bir hizmete ihtiyaç duymasını ve o hizmeti kullanmasını hazırlayan tüm faktörler, yani kişinin sağlık hizmetleri kullanım eğilimi olarak ifade edilmiştir. Hazırlayıcı faktörler:

demografik özellikler, sosyal yapıya ilişkili olarak özellikler ve sağlık inançları olarak gruplandırmıştır. Kişide var olan durumlar ya da hastalık medyana gelmeden önce bireyin sahip olduğu özellikleri içermektedir (Akalin, 2007).

* **Sosyo-demografik Faktörler:** Sağlık Hizmet Kullanımı Davranış Model'ine göre yaşlılarda sağlık hizmetleri kullanımı pek çok etkenle ilişkilidir. Yaşlıların sağlık bakım hizmetlerinden eşit olarak faydalanmalarında arka plandaki özelliklerine bakılmalıdır (Akalin, 2007).

* **Sağlık İnançları:** Tutumlar, değerler ve ihtiyaçların algısını ile kullanımı etki eden sağlık bilgisi gibi faktörlerdir (Akalin, 2007).

* **Sosyal Yapı:** Eğitim, aile büyüklüğü/kompozisyonu, meslek, medeni durum, ırk/etmişte, dini tercih, toplumsal statü faktörleri, baş etme davranışları, fiziksel çevrenin sağlığı gibi faktörlerdir. Sosyo-kültürel faktörler sağlık bakım kullanımı üzerine önemli bir etkiye sahiptir (Akalin, 2007).

* **Sosyal ve Psikolojik Faktörler:** Sağlık hizmet kullanımının en az seviyede kestiricileridir.

2.3.2. Kolaylaştırıcı Faktörler

Kolaylaştırıcı faktörler kişilerin bireysel ailevi ve toplumsal kaynaklarına bağlıdır. Kolaylaştırıcı faktörler aslında kişiler sağlık hizmetlerini kullanmaya hazırlandığında ortaya çıkar ve aynı zamanda ait oldukları çevrenin kolaylaştırıcı özelliklerine de bağlılık gösterir. Andersen Modelinde eğer aile ve toplum kaynakları uygun ve yeterli ise kolaylaştırıcı faktörler geçerlidir (Acuner, 2003).

Bireylerin veya toplumların davranışlarını ve çevrelerini değiştirmelerini mümkün kılacak (veya kolaylaştıracak) tüm faktörleri içermektedir. Var olan kaynakları, hayat şartlarını toplumsal destekleri ve bir davranışın meydana gelmesini kolaylaştıran yetenekleri kapsar. Sağlık sigortası ve gelir gibi kullanımı kolaylaştıran veya engelleyen bireysel ailesel ve toplumsal kaynaklardır (Akalin, 2007).

2.3.3. Gereksinim Faktörleri

2.3.3.1. Sağlık Bakım Gereksinimi

Sağlık hizmetinin kullanımının uyarıcısı veya doğrudan hedefidir ve sağlık durumu gibi bireysel sağlık özelliklerindedir. Bakım almada ihtiyaçla beraber en büyük etkiye sahip faktör olarak tespit edilmiştir. Hastalığın fark edilmesi ve önem düzeyinin belirlenmesi sağlık bakımı aramayı etkiler. Bu nedenle sağlık bakım hizmetlerinin kullanımı, algılanan semptomlar ve ihtiyaçlara göre farklılık gösterir. İhtiyaç algısı, bakım arama davranışında kritik düzeyde önemli olmaktadır. Hastalığın ciddiyeti sağlık hizmet kullanımının örüntüsünü ve seviyesini belirler. Yaşlılar, hastalığını ciddi olarak algıladıkları sağlık bakım hizmetlerine

yönelirler. Yaşlandıkça algılanan sağlık daha da kötüleşir ve kronik hastalıklar artar. Sağlık ihtiyaçları sağlık hizmetleri kullanımını artırır (Akalin, 2007).

2.3.3.2. Birey, Aile ve Toplumun Sağlık Bakım Gereksiniminin Ölçülmesi

Aile ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirlemek adına, önce hizmet verilecek hedef kitle saptanmalı ve tanımlayıcı özellikler belirlenmelidir. Hedef kitlenin sağlık durumunu tanımlamak ve sağlık bakım ihtiyaçlarını saptamak, topluma sağlık hizmeti götüren bireylere, strateji belirleyicilere ve yöneticilere stratejik plan yapmada yardım eder (Ak, 2002).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite

Günümüz dünyasında yaşanan yoğun rekabet piyasasına tüm örgütler, müşterilerine en doğru, en uygun ve en kaliteli ürün veya hizmeti arz etmek durumundadırlar. Bu durum sağlık hizmetleri içinde geçerli olmaktadır. Günümüzde mevcut olan rekabet ve artan maliyetler her geçen gün sağlık örgütlerinde de kaliteye verilen önemi artıran nedenler arasındadır.

* Günümüz koşullarında, sağlık hizmetlerini değiştirmeye zorlayan üç temel gelişme mevcuttur. Bunlar şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2009: 9):

* Birinci gelişme, nüfus artışıyla birlikte, her 10 senede ortalama yaşam süresinin üç yıl uzaması ve sağlık bilinci seviyesinin artmasına paralel olarak hizmetlerden faydalanma sıklığının artması neticesi, tıbbi uygulama gereksinimleri artış göstermiştir.

* İkinci gelişme, her dört yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat çoğalması ve ileri teknoloji ürünü pahalı olan yöntemlerin günlük işlemlerde hızlı bir şekilde yaygın hale gelmektedir.

* Üçüncü gelişme ise, epidemiyolojik spektrumdaki değişiklik neticesinde, akut hastalıkların daha fazla önem kazanmasıdır. Bu üç gelişmede maliyetlerin artması önemli odaklardan olmuştur.

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalitenin Geçmişi

Sağlık sunumlarında kaliteli hizmet sunmanın geçmişi Hammurabi Kanunları'na kadar dayanmaktadır. Hammurabi kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle doktor-hasta ilişkileri kapsamında yapılan tıbbi müdahalenin başarılı ya da başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri kapsadığı görülmektedir. Hammurabi Kanunlarının 215 ve 220. maddeleri arasında yer alan bir maddede “eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır ya da apsesini açıp iyileştirirse, bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse ona 10 gümüş şekel verilecektir” ifadesi yer almaktadır (Kaya, 2005: 18).

Bazı tarih bilimcilere göre sağlık sunularında kalite olgusu ilk kez Florence Nightingale ile başlamaktadır. Nightingale, IX. Yüzyılın sonlarına doğru İngiltere’de hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla bir takım istatistiklerin derlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan bir sistemin kurulmasını ileri sürerek kalite programlarının temelini atılmasında önemli katkıda bulunmuştur (Kaya, 2005: 18).

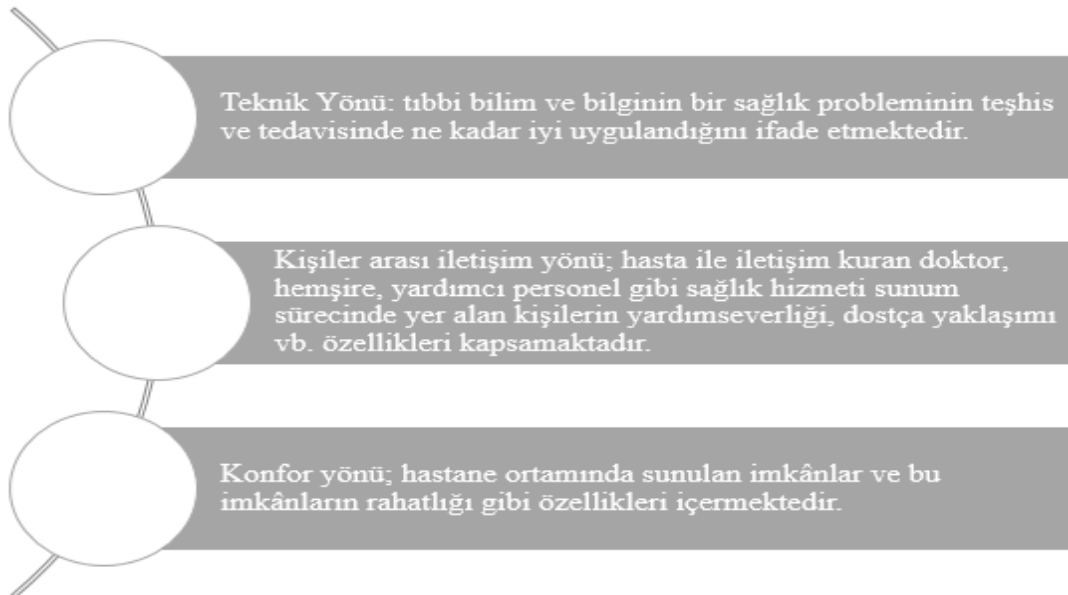
Sağlık sektöründe yüksek teknolojinin yaygın bir şekilde kullanılmaya başlandığı 1950’li yıllardan sonra, sağlık ile ilgili giderlerin maliyetini kontrol etmeyi amaç edinen çalışmalara başlanmıştır. Ulusal gelirdeki yükselişin oldukça üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları sonucunda özellikle Amerika da bir takım faaliyetler ortaya çıkmıştır. Müşteri odaklı olmaktan uzak ve genel anlamda kalite güvencesi hususuna dayalı düzenlemeler yapan bu işletmeler, hekimler tarafından gösterilen direnç sebebiyle, başlangıçta yeterli seviyede bir başarı gösterememişlerdir (Kaya, 2005: 19).

2.4.2. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Tanımı

Sağlık hizmetlerinde kalite şu şekilde tanımlanmaktadır “Sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesidir.” Başka bir tanımlama da; “Kabul edilen standartlara uygun bakım vermek, hastaların ve sağlık personelinin yetkide ve karar vermede eşit olmaları, hastaların güvenliğine önem verilmesi” şeklinde yapılmıştır (Hayran ve Uz, 2014: 1).

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının daha etkin bir şekilde anlaşılabilmesi için sağlık hizmetlerinde kalite boyutlarının incelenmesi önemli olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı farklı araştırmacılar tarafından farklı boyutlarda incelenmektedir. Varinli araştırmasında kalitenin 3 boyutundan bahsetmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin 3 boyutu Şekil 1’deki gibidir (Varinli, 2004: 34-35)



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin 3 Boyutu

Kaynak: Varinli, 2004: 34-35

Yüksek kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasına ilişkin bazı özellikler Amerikan Tıp Konseyi tarafından bir raporla belirlenmiştir. Yüksek kalitedeki tıbbi bakımın taşınması gereken özellikler şu şekilde sıralanmaktadır (Devebakan, 2005: 19-20):

- * Tıbbi bakım, hastanın psikolojisine ilişkin, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel faaliyetlerinde ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa zamanda optimal gelişme sağlamalı,
- * Sağlık durumu yükseltilmeli, hastalık ve bunun gibi durumlar erken teşhis edilip tedavisi sağlanmalıdır,
- * Tıbbi bakım zamanında sunulmalı, bir başka ifadeyle, bakım zamanında verilmeli, sürekli olmalı, hastaya uygun olmayan tedavi verilmemeli ve tedavi süresi gereksiz bir şekilde uzatılmamalı,
- * Bakım aşamasında ve bu aşamada ilgili kararlarda hasta ile bilinçli bir biçimde işbirliği yapılmalı ve hastanın bakım aşamasına katılımını sağlamanın yolları aranmalı,
- * Bakım, tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine, uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmalı,
- * Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkla yaklaşılmalı ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle hizmet sunulmalı,
- * İstenilen tedavi çıktısına ulaşabilmek adına gereksinim duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistemi kaynakları etkili bir biçimde kullanılmalı,
- * Bakımda devamlılık sağlanmalı ve aynı mesleğe mensup kişilerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtları yeterince iyi bir şekilde sağlanmalıdır.

2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı ve Müşteri Tatmini

Kalite, rekabet ortamında örgüt tarafından değil müşteriler tarafından belirlenmektedir. Bu nedenle müşterinin kim olduğu bu aşamada önem taşımaktadır. Müşterilerin belirlenmesi, müşteri ihtiyaçlarının saptanması açısından önemli olmaktadır (Devebakan, 2005: 13).

Müşteri tatminin sağlanmasında önemli olan faktörlerin bazıları şu şekildedir (Kavuncubaşı, 2000: 271-272):

- * Fiziksel etkiler ile insan duyularına etki eden etkilerden bahsedilmektedir. Örneğin, ışık, koku, hava ve sesler vb. faktörler bireyin tüketim davranışlarında etkili olmaktadır. Özellikle büyük mağazaların avantajlı olduğu rahatlık, ısıtma, ışıklandırma vb. faktörlerin önemli ve olumlu etkileri olduğu bilinen bir gerçektir.
- * Sosyal ortam, tüketicilerin kararlarını etkileyen diğer kişiler olarak ifade edilmektedir. Bireyler etrafındaki kişilerden etkilenerek davranışlarını değiştirebilirler.
- * Tüketicilerin sahip oldukları zaman, satın alma algısını etkileyen önemli faktörler arasındadır. Zamanı kısıtlı olan bir tüketici seçme ve değerlendirme hakkında az şansa sahiptir.
- * Tüketicilerin satın alma eylemlerinde buldukları sırada kendini güçlü olarak ortaya çıkaran faktör duygusal durumdur. Örneğin; tüketici kendisini yorgun hissederse,

ayakkabı almaktan vazgeçip, bir fincan kahve içebileceği bir kafeteryaya tercih edebilmektedir.

* Tüketicilerin satın alma kararını önemli ölçüde etkileyen faktörlerden bir tanesi de ekonomik ve finansal durumlarıdır. Ekonomik etkiler (zamlar, yüksek faizler, fiyat artışları vb.) alışveriş yerini, zamanını veya türünü belirleyen önemli faktörlerden biri olmaktadır. Değişen finansal durumda satın almayı farklılaştırabilir. Örneğin, piyangodan para kazanılması en uç örnek olarak verilebilir.

Sağlık yönetiminde son senelerde oluşan kavram farklılıklarından en çok tepki alanı müşteri kavramı olmaktadır. Sağlık kuruluşlarına çeşitli tepkilerle gelen bireylere, müşteri gözüyle görülmesinin, etik bakımdan kabul edilebilirliği pek çok tartışmaya konu olmaktadır. Fakat genel olarak bir hizmet sektörü olan sağlık piyasasında hastaların ve çalışanların müşteri olarak belirtilmesinin işin doğası gereği olduğu ve etik sakıncasının bulunmadığı neticesine ulaşılmıştır (Devebakan, 2005: 13).

Sağlık örgütlerinin müşterilerini de, diğer bir faaliyette olduğu gibi, iç ve dış müşteriler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.

Sağlık örgütlerinde çalışan ya da sağlık işletmesi ile organik bir ilişkisi bulunan birey ya da gruplar iç müşterileri meydana getirmektedir. Sağlık işletmesinin hizmetlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak faydalanan birey ve kurumlar ise sağlık örgütünün dış müşterileridir (Kavuncubaşı, 2000: 292).

2.4.5. Sağlık Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler

Hizmetin sunulmasında iki ana unsur bulunmaktadır. Bunlardan birisi, hizmetin verilmesini sağlayan araç ve gereçler, diğeri ise hizmeti veren insandır. Bunlardan, hizmetin verilmesini sağlayan araç ve gerecin tanımlanması, ölçülmesi ve karşılaştırılması kolaydır. Örneğin iki hastanenin fiziksel görünümü, hasta odaları, kullanılan malzemeler karşılaştırılarak bir kıyaslama yapılabilir ve hangisinin daha üstün olduğu belirlenebilir. Ancak insanların verdiği hizmet herkese göre farklılık arz edeceği için bunu tanımlamak, ölçmek ve bu konuda bir karşılaştırma yapmak çok zordur (Karahana, 2006: 38).

2.4.6. Sağlık Hizmet Kalitesi Yönetiminde Temel Unsurlar

Toplam kalite yönetiminin temel unsurları müşteri tatmini ve müşteri odaklılık, sürekli geliştirme (kaizen), katılımcılık, liderlik, sıfır hata, motivasyon, sürekli eğitimidir.

3. Araştırma ve Yöntem

3.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, hastaların sağlık kullanım kültürlerine ilişkin bilgi edinebilmek ve yorumlamaktır.

3.2.Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni Artvin İl merkezinde yaşayan hastalardır. Araştırmanın örneklemini ise basit tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilmiş 426 kişidir.

3.3.Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anketler literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından bizzat oluşturulmuştur.

4. Bulgular ve Yorumlar

Bu çalışmada sağlık hizmetleri kullanım kültürü incelenmiştir. Buna göre elde edilen bulgular şu şekildedir:

- * Araştırmaya katılanların %48,8'i erkek ve %51,2'si kadındır.
- * Araştırmaya katılanların %42'si bekar ve %57,3'ü evlidir.
- * Araştırmaya katılanların %23,2'si 18-25 yaş aralığında ve %20,1'i 26-30 yaş aralığındadır. Katılımcıların genel olarak genç oldukları söylenebilir.
- * Araştırmaya katılanların %38,3'ü lisans ve %19'u ön lisans mezunudur. Bu durum araştırmaya katılanların çoğunun üniversite mezunu olduğunu göstermektedir.
- * Araştırmaya katılan hastaların %37,4'ü geçmesini beklerim cevabını vermişken, %30,3'ü hastaneye giderim cevabını vermiştir. Katılımcıların sadece %2,1'i eczaneye gider ilaç alırım cevabını verdiği görülmektedir.
- * Katılımcıların %48,6'sı doktorun önerdiği ilacı kullanırım cevabını vermişken, %32,8'i ilaç kullanmam cevabını vermiştir. Katılımcıların yalnızca %1,2'si çevremin tavsiye ettiği ilacı kullanırım cevabını verdiği görülmektedir.
- * Araştırmaya katılanların %88,5'inin bağlı olduğu aile hekiminin yerini bildiği, %10,1'inin ise bağlı olduğu aile hekiminin yerini bilmediği görülmektedir.
- * Araştırmaya katılanların %52,3'ü bağlı olduğu aile hekiminin adını bilirken %41,5'inin ise bağlı olduğu aile hekiminin adını bilmediği görülmüştür.
- * Araştırmaya katılanların %90,1'i tarafından Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe ya da hemşire tarafından evlerine ziyaret yapılmadığı söylenmiştir.
- * Araştırmada %93,4 katılımcının evine son 1 yıl içinde aile hekimi tarafından ziyaret yapılmadığı görülmüştür.
- * Araştırmaya katılanların %81,5'ine son 1 yıl içinde Aile Sağlığı Merkezinde çalışan görevlilerce telefon edilmediği görülmüştür.
- * Araştırmaya katılanların %31,2'sinin son 15 gün içinde doktora gittiği, %66'sının ise doktora gitmediği görülmüştür.
- * Araştırmaya katılanların %49,1'i son 1 yıl içinde dış hekime gitmişken, %48,1'inin ise doktora gitmediği görülmüştür.

* Araştırmaya katılanların %50'si sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olduğunu düşünürken, %42,5'i sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olmadığını düşünmektedir.

* Cinsiyet ve memnun kalma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyete bağlı olarak sağlık hizmetlerinden memnun kalma durumu değişmemektedir ($p>0,05$). Cinsiyet faktörü sağlık hizmetlerinden memnun kalma konusunda belirleyici faktör değildir.

* Yaş ve memnun kalma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşa bağlı olarak sağlık hizmetlerinden memnun kalma durumu değişmemektedir ($p>0,05$). Yaş faktörü sağlık hizmetlerinden memnun kalma konusunda belirleyici faktör değildir.

* Öğrenim durumu ve memnun kalma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, öğrenim durumuna bağlı olarak sağlık hizmetlerinden memnun kalma durumu değişmemektedir ($p>0,05$). Öğrenim durumu faktörü sağlık hizmetlerinden memnun kalma konusunda belirleyici faktör değildir.

5. Sonuç ve Öneriler

Araştırmamız katılımcıların %42,5'inin sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olmadığı yönünde olduğunu düşündürmektedir. Hastaların bu algılarını değiştirerek bu oranı en asgari seviyeye indirmek için topluma, sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne şekilde yararlanabilecekleri, hasta oldukları zaman nasıl davranmaları gerektiği (kullanacakları ilacı belirleme, sağlık kuruluşuna gitme ya da geçmesini bekleme vb. davranışlar) hususlarında periyodik aralıklarla eğitimler verilebilir.

Hastalara tedavi esnasında, sağlık kullanımıyla ilgili çeşitli bilgiler sunulabilir ve broşürler hazırlanılarak verilebilir.

Sağlık hizmetleri sunumunda rol alan her meslek dalından sağlık personelinin moral ve motivasyon düzeyleri araştırılıp ölçülerek, sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi adına, çalışanların moral ve motivasyon düzeyleri azami ölçüde tutulmaya çalışılmalıdır.

Yine sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması adına sağlık personelinin çalışma şartları, çalışma ortamları iyileştirilebilir, ücret tatmini sağlanabilir.

Sağlık kurumlarında insan kaynakları birimlerine daha fazla önem verilebilir.

Sağlık hizmetlerini sunum kalitesini düşürecek personel eksikliği, malzeme eksikliği gibi durumlar varsa çözümü için gayret gösterilmelidir.

Sağlık hizmetleri uygulama aşamasında aksaklıklar yaşanmaması için (çalışma saatlerine uyulması vs.) denetimler yeterince yapılmalıdır.

Değişik aralıklarla bu araştırmalar tekrarlanarak sağlık sunum kalitesinin ne düzeyde olduğu, kalitenin artıp artmadığı ölçülüp ona göre tekrar plan ve programlar yapıp uygulanmaya konmalı, kalite düzeyi iyileştiyse bile bu seviyeyi sürdürmek ve daha da geliştirmek için çalışılmalıdır.

Kaynakça

- 1.KARAHAN, Kasım (2006), *Hizmet Pazarlaması*, Beta Basım A.Ş., İstanbul
- 2.KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- 3.KAYA, Sıdıka (2005), *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayıncılık, Ankara.
- 4.AK, Bilal (2002), “Hasta Memnuniyetinin Ölçümünde Yeni Bir Yaklaşım: Hasta Deneyiminin Ölçümü, *standart: ekonomik ve teknik dergi*, sayı: 486, 60-64, (2002).
- 5.AKALIN, H.E. (2007), Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. İKU,17:s. 32-35.
- 6.DEVEBAKAN, Nevzat (2005), Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, y.y., İzmir.
- 7.VARİNLİ, İnci, Çakır, Aysel (2004), “Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki: Kayseri “de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma“ Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, sayı 17, s.33-52.
- 8.ACUNER, Şebnem Akın, (2003), *Müşteri İlişkilerinde Hareket Noktası: Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü*, 4. Basım, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No: 655, Ankara.
- 9.T.C. Sağlık Bakanlığı (2009), *Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları*, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Matsa Basımevi, Ankara,
- 10.HAYRAN ve UZ, <http://www.merih.net>, Erişim Tarihi: 15.05.2014

SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİM BİLGİ SİSTEMLERİ İLE YÖNETİM KARAR DESTEK SİSTEMLERİ

Latif ORHAN*

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; bilgi üretmede ve yönetmede etkili olan yönetim bilgi sistemleri ile yönetim bilgi sistemleri içerisinde karar verme sürecinde önemli bir role sahip olduğu değerlendirilen karar destek sistemlerinin incelenmesidir. Bu amaçla konuya ilişkin araştırmalar yapılmış, ve bu bağlamda konu ile ilgili kitaplar, süreli yayınlar, çalışma notları, günlük gazete ve yayınlar, ilgili kurum ve kuruluşların rapor ve dokümanları internet, kütüphane ve diğer çeşitli kaynaklar aracılığıyla ayrıntılı şekilde taranmıştır. Çalışma neticesinde elde edilen bilgiler yönetim bilgi sistemlerinin ve karar destek sistemlerinin hastane yöneticilerinin karar verme süreçlerine etkisi yönüyle değerlendirilerek bir rapor hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler:*Hastane Yönetimi, Karar, Karar Verme. Karar Destek Sistemleri, Yönetim Bilgi Sistemleri.*

*Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi, latiforhan@gmail.com

MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS AND MANAGEMENT DECISION SUPPORT SYSTEMS WITHIN THE HEALTHCARE ORGANISATIONS

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the management information systems which is influential on knowledge generation and management and the decision support systems which is evaluated as having important role on decision making process with in management information systems. For this aim there searches are made related to topic and in this context the books, periodicals, studynotes, Daily news letter sand publications, there porst and the documents of related agencies and institutes are scrutinized and scanned over internet, library and the other various sources. By assessing the information, acquired in consequence of the study, in the sense of the influence of the management information systems and the decision support systems on the hospital managers' decision making processes, a report is prepared.

KeyWords: Hospital Management, Decision, Decision Making. Decision Support Systems, Management Information Systems.

1. Giriş

Sağlık Kurumları da tıpkı insanlar gibi günlük yaşam içinde bazen bilerek bazen de farkında olmayarak pek çok kararlar vermektedir. Bu kararların bir bölümü rutin konular için verilmekte iken, önemli büyüklükteki bir bölümü de kurum ve kuruluşun iş süreçlerinin gelişimi ve sunulan hizmetin iyileştirilmesine yönelik rutin dışı konulara ilişkin kararlardır. Rutin dışı faaliyetler, karar vericilere, karmaşık, belirsizliklerle dolu, aynı anda birbirleri ile çelişen birçok hedefin maksimize ya da minimize edilmeye çalışıldığı, farklı bakış açılarının farklı sonuçları öngördüğü karar ortamları sunarak gerek kişisel gerekse yönetsel karar verme süreçlerini zor ve karmaşık hale getirmektedir. Karar verme işi, yöneticiliğin o kadar asli bir vasfıdır ki, bazen yöneticilik bir “karar verme işi” olarak da tanımlanmaktadır. (Koçel, 2011:104)

Yönetsel açıdan organizasyonunuzun geleceği, kişisel açıdan mesleki gelişiminiz neye ve ne zaman karar verdiğinizize bağlıdır. Buna rağmen kurum ve kuruluşlarda birçok insan karar verme konusunda çok az bir eğitime sahiptir. Özellikle kamu kurum ve kuruluşlarında verilen kararların maliyetlerinin neredeyse olmaması, diğer bir ifade ile verilen yanlış kararlar sonucu ortaya çıkan olumsuzlukların organizasyonun bünyesinde süratle ve kolayca eritilebilmesi nedeniyle, karar vericiler birçok konuda sezgisel olarak davranmaktadır. Ancak günümüz bilgi toplumunda, karar verme sürecini anlaşılır hale getiren, süreç kapsamında yer alan alternatiflerin farklı kriterlerle değerlendirilmesini sağlayan analiz tekniklerini, model ve metodolojileri içeren karar destek sistemleri de bir taraftan geliştirilmektedir.

Bugüne kadar yapılan çalışmalar neticesinde, sevindirici olmasa da sağlık kurumları bünyesinde karar destek sistemlerine ilişkin farkındalığın olmadığı tespit edilmiştir.

Karar destek sistemlerine ilişkin farkındalığı artmış, doğru ve kaliteli veri setleri ile beslenen yönetim bilgi sistemlerine entegre, birbirleri ile konuşan ve etkileşim içinde olan karar destek sistemlerine sahip sağlık kurumlarının her alanda farklılık yaratarak öne çıkacağı, kurumsal gelişimleri ile ilgili önemli aşamalar kaydedeceği, ve tanımlanmış stratejik amaçları gerçekleştirmeye odaklanmış mutlu bir çalışan profiline sahip olacağı değerlendirilmektedir.

2. Karar ve Karar Verme

2.1. Karar ve Karar Verme Kavramları

Yönetim süreci faaliyetleri bazı aşamalardan meydana gelmektedir. Bunlardan biri karar aşamasıdır. Yönetimde karar verme günümüz işletmecilik konuları arasında birinci derecede önemli bir konu haline gelmiştir. Nitekim bazı bilim adamları, yönetim ile karar verme sürecini, eş anlamda tutacak kadar ileri gitmişlerdir. Çünkü yönetici, yönetim işlerini planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarını yerine getirirken sürekli bir biçimde karar alma durumundadır. Diğer bir ifade ile karar verme, ayrı bir yönetim faaliyeti olmaktan çok, bütün yönetim faaliyetlerine temel teşkil eden bir unsurdur (Akat, vd. , 2001, 331).

Yönetim faaliyetlerinde hangi amaçların ön plana alınacağı, hangi fırsatların yaratılacağı, hangi kaynakların hangi ilkeler doğrultusunda tahsis edileceği ve alınan kararların icrasını kimlerin yürüteceği gibi konulardaki tercihlerin tümü birer karar niteliği taşır (Varoğlu, 2000, 1-3).

Karar verme en yalın şekliyle, muhtemel alternatifler arasında en uygun olanının seçilmesi sürecidir. Ayrıca karar verme, bir amaca varabilmek için mevcut olan ve koşullara göre mümkün olabilecek çeşitli hareket tarzlarından en uygun görüneni seçmek, tercih etmektir (Kurt, 2003).

Yönetim süreci faaliyetinin bir kavramı olan karar bir “seçimi” ifade eder. Yöneticinin veya herhangi bir kişinin herhangi bir konuda yaptığı seçim “karar”dır. O halde “seçme, tercih etme tavır koyma, benimseme” ile “karar verme” çok yakından ilgilidir. Yöneticinin konu üzerinde düşünüp taşınması sonucu çare veya çözüm diye benimsediği yol yöneticinin kararını ifade eder (Koçel, 2011:76).

Yukarıda belirtilen tanımları toparlayacak olursak, karar verme, karşılaşılan durum ile ilgili olarak arzu edilen sonuçlara ulaşabilmek için yol gösterici bilgilerin toplanması, bu bilgiler ışığında sistematik, bilimsel ve mantıklı bir akıl yürütme ile seçenekler oluşturup bunların içinden en uygun olanının seçilerek uygulamaya konmasıdır.

3. Karar Verme Süreci

3.1. Karar Verme Sürecinin Özellikleri

Yönetim sürecinin merkezinde yer alan karar süreci iyi anlaşılırsa iyi bir yönetici olma yönünde büyük bir adım atılmış olur.

Karar sürecinin başlıca özellikleri şunlardır:

- Psikolojik ve maddi yönlerden güç olması,
- Pahalı olması,

- Etkinlik ve rasyonelliğe dayanması,
- Minimum bir yetkinlik ve serbestiye dayanması,
- Geleceğe yönelik olması ve geleceği görmeye dayanması,
- Bir zaman süresini gerektirmesi,
- Alternatif harcamalar doğurması,
- Bir problem çözme süreci niteliği taşımasıdır.

3.2. Karar Verme Sürecinin Evreleri

Örgütler için birimler arasındaki koordinasyonun gerçekleştirilmesi, iş görenlerin ve alt kademe yöneticiler için yapılacak eylemlerin zamanında ve aksaksız yürütülebilmesi için ”karar alma süreci” çok önemli bir etmendir (Adair, 2000, s.1)

Bu süreç önem teşkil etmesine karşılık henüz yönetim alanında kesin bir bilim dalı haline gelmemiştir. Buna karşın son dönemlerde bilgisayar teknolojisinin gelişmesi ve bilişim sistemlerinin kullanılmaya başlaması karar almak isteyen yöneticilerin işlerini kolaylaştırıcı hale gelmiştir.

Karar, bir dizi faaliyet sonucunda ortaya çıkan bir davranışsa, karar verme süreci de sorunun ortaya çıkışından, bir kararın şekillenmesine kadar yapılan bütün faaliyetlerdir diyebiliriz. Karar sürecinin aşamaları hakkında literatürde kesin bir veri bulunmamakla birlikte değişik görüşlere yer verilmiştir. Simon karar verme sürecini üç temel aşamada ele almıştır. Bunlar; “karar verilmesini gerektiren durumların saptanması (bilgi toplama), mümkün hareket tarzlarının bulunması (planlama) ve hareket tarzları arasından bir seçim yapılması (seçim)” şeklindeki süreçtir (Simon, 1970, s.114).

Sarr, karar verme sürecini çevre ile etkileşim yönünde ele almaktadır. Örgütlerin ekonomik yapılarını sürdürebilmesi için amaçların sağlanmasını ve yeni amaçların saptanmasını gerekli görerek karar sürecini sistem olarak algılamakta ve geri bildirim sistemiyle ilk aşamaya geri dönüşü öngörmektedir. Sarr, karar sürecini bilgi edinme, formülasyon, seçim ve uygulama olarak Simon gibi üç aşamada toplar. Simon’dan farkı, karar sürecini sistem olarak görmesidir (Ateş, 1989, s.25.)

Karar alma esnek bir davranıştır. Bundan dolayı farklı kişiler aynı olaylar karşısında farklı davranışlar gösterip farklı kararlar alabilirler. Ancak kararların alınışındaki süreç veya izlenen yol aynıdır. Karar alma faaliyeti bir süreç olduğundan doğal olarak bu süreç içinde birtakım evreler yer alır. Bu evreler şöyledir:

- Amaç ve problemin belirlenmesi,
- Probleme ilişkin verilerin toplanması,
- Alternatif çözüm yollarının belirlenmesi,
- Alternatiflerin değerlendirilmesi,
- En uygun alternatifin seçilmesi ve değerlendirilmesi,
- Kararların uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi,

3.3. İşletmelerde Karar ve Önemi

Karar verme süreci basit olarak üç farklı aşamada düşünülebilir:

- Bilgi toplama: Karar verme süreci için sebebin ortaya çıkması
- Tasarım: Olası yol haritaları belirlemek
- Seçim: Bu yol haritalarını değerlendirip en iyisini belirlemek (Simon, 1960:1)

Karar verme sürecinde yöneticiler, stratejik, taktik ve operasyonel karar verme seviyelerinde bulunabilirler. Bu süreçte her bir yöneticinin ihtiyaç duyduğu bilgiler, kararlar ve sorumluluklar da birbirinden oldukça farklıdır. Stratejik, taktik ve operasyonel yönetim seviyelerinin verecekleri kararlar için gerekli bilgi üretimi, veri (kayıt) işleme adı verilen ve sistemlerde mutfak görevini icra eden seviye tarafından gerçekleştirilmektedir.

Farklı yönetim seviyelerince alınabilecek farklı karar tipleri bulunmaktadır. Bunlar yapısal (structured), yarı-yapısal (semi-structured) ve yapısal olmayan (unstructured) kararlardır. Yapısal kararlar, programlanmış kararlar olarak da bilinirler. Bu tip kararlarda, problemler çok iyi tanımlanmıştır, belirlilik seviyesi yüksektir ve karar verici sübjektif bir esnekliğe sahip değildir. Esasen bu tür kararların çoğu, kişiye ihtiyaç duymadan, bilgisayarlar tarafından otomatik olarak verilebilen kararlardır. Yapısal olmayan kararlar, programlanmamış kararlar olarak da bilinirler. Bu tip kararlarda, problemler çok iyi tanımlanmamıştır, belirsizlik seviyesi yüksektir ve doğru cevabı bilmenin mutlak bir yolu bulunmamaktadır. Dolayısıyla hiçbir kistas veya kuralın iyi bir çözümü garanti etmediği bu tür kararlar, karar vericinin yargı ve sezgisini kullandığı ve sübjektif bir esnekliğe sahip olduğu kararlardır.

Yarı-yapısal kararlar, yapısal ve yapısal olmayan karar tiplerinin arasında yer almaktadır. Bu tür kararlar, kısmen tanımlı ve belirli olan, kısmen de yöneticinin yargı ve sezgisine dayanan kararlardır. Bu tür kararlarda yaratıcılık ön plandadır.

Şekil 1, yönetim karar seviyeleri ile karar tipleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Şekilden görüleceği üzere, stratejik yönetim seviyesi yoğun olarak yapısal olmayan kararlarla, operasyonel yönetim seviyesi ise, daha çok yapısal kararlarla ilgilenmektedir.



Şekil 1 Yönetim Seviyelerinde Karar Tipleri

Farklı yönetim seviyelerinin, farklı karar tipleri için ihtiyaç duydukları bilgiler de birbirinden farklıdır. Örneğin, stratejik seviyedeki bir yöneticinin kullandığı ya da ilgi duyduğu bilgiler, operasyonel seviyedeki yöneticinin ilgi duyduklarından genellikle farklı

olacaktır. Bu kaçınılmazdır. Dolayısıyla bilgi sistemlerinin, her bir seviyedeki yöneticilerin ihtiyaç duydukları bilgileri, ne eksik ne de fazla, verilecek karar için gerekli miktarda sunma gerekliliği bulunmaktadır.

Yönetim Bilgi Sistemleri (YBS), operasyonel, taktik ve stratejik seviye yöneticilerin bilgiye kolay ve zamanında erişimini mümkün kılmakla birlikte, özellikle yoğun olarak taktik seviye yönetici için hizmet sağlamaktadır. YBS'nin desteklediği kararlar ise, genellikle yapısal kararlardır. Karar Destek Sistemleri (KDS) yoğun olarak stratejik ve taktik seviyedeki yöneticilere, gerektiğinde ise, seviyeler arası bütünleşmeye de destek vererek, karar verme desteği sağlamaktadır. KDS'nin desteklediği kararlar ise, genellikle yarı-yapısal ve yapısal olmayan kararlardır.

4. Yönetim Bilgi Sistemleri ve Karar Destek Sistemleri

Yöneticiler, belirli bir kurumsal amacı başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmek için karar vermek durumundadırlar. Bilgi sistemleri ise, verilecek bu kararları destekleyecek olan bilgilerin verilerden üretilmesi işlemlerini gerçekleştirirler. Bilgisayara dayalı bu bilgi sistemleri, en genel anlamda “Yönetim Bilgi Sistemleri” olarak ifade edilebilir. Yani, veri/kayıt işleme sisteminden sonraki evre olan ve sadece yetkili şahısların erişimine imkân veren sistem güvenliği sağlayan YBS, bir örgütün yönetiminde kullanılan bilgilerin işlenmesini ve iletilmesini sağlayan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Karar vermek bir bakıma bilgiyi işlemektir. Yani yönetici kendisine gelen malumat (enformasyon) ve veriyi (data) dönüştürecek, onu analiz edecek, değerlendirecek ve sonra da karar süreçlerinde kullanacaktır. Bu şekilde işlenmiş bilgi sayesinde amacın belirlenmesi veya sorunun tanımlanması ve çözümü mümkün olacaktır. Bunu yapabilmek için veri ve enformasyonun bilgiye ve daha sonra da yönetsel süreçlerde kullanılacak üst bilgiye dönüştürülmesi gerekir. Bunu da YBS sağlayacaktır. Yönetici bu bilgiyi işleyecek, karar verecek, bu karar uygulamaya aktarılacaktır. O halde karar verme süreci bir yönü ile Yönetim Bilgi Sistemine bir yönü itibarıyla de uygulamaya bağlıdır.

Karar sürecinde kullanılan bilgi ve bunu sağlayan sistem konusunda şu önemli hususu vurgulamakta yarar vardır. İşletmelerde verilen kararların hemen hemen tamamı gelecekle ilgili oldukları halde, bu kararların verilmesinde kullanılan bilgilerin büyük bir kısmı geçmişle ilgili bilgilerdir (Aysan, 1974: 78).

Bu bilgiler ışığı altında YBS ile ilgili detaylı bir tanımlama yapacak olursak, YBS'nin, veriyi çevreden getiren ve izleyen, veriyi firmadaki operasyonlardan ve kayıtlı işlemlerden temin eden, filtreleyen, organize eden ve veriyi seçerek yöneticiye bilgi olarak sunan, genellikle yapısal kararların desteklenmesine yönelik olan ve yöneticilere arzu ettikleri bilgiyi zamanlı ve doğru olarak üretme imkânı sağlayan bilgisayara dayalı bütünleşik bir bilgi sistemi olduğunu söyleyebiliriz.

Yönetim bilgi sistemi, yapısı gereği programlanabilir ve yapısal nitelikteki kararlara destek sağlarken yarı yapısal ve yapısal olmayan nitelikteki kararları destekleyemez. Örgütün üst düzeylerinde değişen çevre koşulları altında stratejiler ve politikalar oluşturma durumundaki üst düzey yöneticileri ile karar alma sorumluluğu bulunan orta düzey yöneticilerini desteklemek üzere, Karar Destek sistemleri geliştirilmiştir.

KDS'leri, verilecek kararlar ilgili veriyi anlayarak daha etkin karar seçenekleri oluştururlar, alternatiflerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi işlevlerine destek sağlarlar.

Bunun neticesinde de, yöneticilerin kendi kararlarının kalitesini geliştirebilmeleri için bilgi eksikliğinin kapatılmasına yardımcı olurlar ve bazı analitik modeller vasıtasıyla doğru karar verme olasılığını artırır.

Karar verici, bir problemin çözümüne katkıda bulunacak kararı verirken mantığını, yargı ve sezgisini de kullanır. KDS'nin amacı, karar vericinin yerini almak ya da ona belli bir sonuç kabul ettirmek değil, çözüm alternatifleri sunabilecek etkileşimli ortamları sağlamaktır.

5. Yönetim Bilgi Sistemleri (YBS) ile Karar Destek Sistemlerinin (KDS) Yöneticilerin Karar Verme Sürecine Etkisi

Günümüz koşullarında işletmelerin faaliyet kapasiteleri artmış, büyüme ve gelişme zorunlu hale gelmiştir. Bunların sonucunda yöneticiler yönetim sürecinde ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşamaz hale gelmişlerdir. İster büyük ister küçük olsun bütün örgütler bilgi olmaksızın varlıklarını sürdürmezler. (Onursoy, 1999)

Bilgisayar kullanımı yöneticilerin bakış açılarını genişletmiş ve bu sistemlerle ilgili beklentilerini artırmıştır. Böylece bilgiye ulaşmak daha kolay hale gelmiştir. Ancak işletmelerin büyümesiyle birlikte, işletme içindeki haberleşme ağının, yetki ve sorumlulukların buna paralel olarak genişlemesi ve karmaşık bir hale gelmesi sorunu ortaya çıkmıştır. Bu sorunun giderilmesi ise büyük oranda artan bilgi ihtiyacının karşılanmasıyla olabilecektir. Yönetim Bilişim Sistemi ve Karar Destek Sistemi tam da bu noktada yöneticilerin organizasyonlarda karar vermesini hızlandırır. Büyük miktarlarda verilere hızlı ve etkili bir biçimde erişmeleri, verileri analiz etmeleri, izlemeleri, özetlemeleri ve dağıtımalarında yardımcı olan renkli grafikler, dokunma duyarlı ekranlar, sesli komutlar her biri başarılı yönetim bilişim sistemlerinin bir parçasıdır.

Süreç şu şekilde gelişir;

Yöneticiler, karar verme sürecinde karar gereksinimi ile faaliyetlere başlamaktadır. Söz konusu gereksinim sisteme iletilmekte, sistem de veri gereksinimlerinin neler olduğunu iç ve dış veri kaynakları kullanarak belirlemekte, daha sonra belirlediği verileri derleyip düzenleyerek veri bankasına iletmektedir. Sonrasında söz konusu veriler işlenerek anlamlı ve kullanılabilir hale gelmektedir. Bu süreç sonucunda elde edilen bilgilerin bir kısmı doğrudan yöneticilere iletilmekte, bir kısmı da karar analizlerinde kullanılmaktadır. Yöneticiler bu bilgileri kullanarak ve analizlere dayanarak, sorunun çözümüne ilişkin kararlarını oluşturmaktadırlar. (Bensghir, 1996: 58).

5.1. Yönetim Bilişim Sistemleri ve Karar Destek Sistemlerinin Organizasyonlar İçin Faydaları;

- İşletmedeki operasyonel verimliliği artırır. İşlevsel verimlilik; rutin işleri daha hızlı ve daha ucuz yapmaktadır.
- Müşterilere daha iyi hizmet sunabilme imkânı yaratır. Özellikle bankacılık, turizm gibi hizmet sektöründe yönetim bilişim sistemleri sayesinde işlemlerin süresi çok kısalmış ve müşterilere bilgisayarlı sistemler yardımıyla daha iyi hizmetler sunulur.
- Rekabet üstünlüğü sağlar. Günümüzde bilgi en önemli rekabet unsurlarından biri durumuna gelmiştir. Bilgiyi en iyi şekilde işleyen ve üretime dönüştüren işletmeler rakiplerine göre önemli üstünlükler elde etmektedirler. Bu bilgiler üretilen ürünle ilgili

olabileceği gibi, müşterilerle, pazarın genel durumuyla veya rakiplerle de ilgili olabilir.

- Pazardaki yeni fırsatları fark etmeye veya yakalamaya imkân tanır.
- YBS ve KDS'nin kullanılmasıyla üst düzeyde stratejik planlama önem kazanacak ve yönetim hiyerarşisi azaldığı için, çalışanlarla üst düzey yönetim koordinasyonu güçlenecektir. Sorunlara çözüm bulmak amacıyla çalışanlarla yüz yüze ilişkiler kurmak, bilgi aktarmak ve yapılan çalışmalarını değerlendirmek küçük işletmelerde mümkün olmakla beraber büyük işletmelerde pek mümkün değildir. Bu durumda yöneticilerle çalışanlar arasında kopukluklar olması söz konusudur. Bu ise hem yönetici açısından, hem de çalışanların verimliliği açısından olumsuz bir etki yaratacaktır. YBS ve KDS örgüt içindeki bilgi ve haberleşme imkânını arttırdığı için bu kopukluk önemli ölçüde giderilmiş olacaktır.

YBS ve KDS bir organizasyonda hem zaman hem de emek tasarrufu sağlama yanında kurumsallaşma konusunda da önemli destekler sağlamaktadır. Yönetim karar vermektir olgusundan hareketle, karar vericilerin rasyonel kararlar verebilmeleri onların doğru ve güvenilir enformasyona sahip olmasına bağlıdır.(Yılmaz, 2009)

6. Tartışma ve Sonuç

Tüm dünyada ve Türkiye'deki bütün işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de yönetimin en önemli görevlerinden birisi olan karar verme ve bu süreçte karar destek sistemlerinin etkisinin değerlendirilmesi sonucunda; bugüne kadar geliştirilmiş karar destek sistemlerinin ne kadar fayda sağladığı ve gerçekten bilimsel temellere dayalı olarak mı geliştirilip geliştirilmediği, karar destek sistemleri uygulamaları ve algısının özel, devlet ve üniversite hastaneleri arasındaki farklılık ve benzerlikleri ortaya konulmalıdır.

Kaynaklar

1. ADAIR, J. , Karar Alma ve Problem Çözme, Çev. Nurdan Kalaycı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2000, s.1.
2. AKAT, İ. Budak, G., ve Budak, G., İşletme Yönetimi, 4. Baskı, Barış Yayınları, İzmir, 2001, s.331.
3. ATEŞ, H., “Yönetimde Karar Verme-Yaratıcılık ve Liderlik Etkileri”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.İşletme Fakültesi, Organizasyon ve İşletme Politikası Bilim Dalı , İstanbul, 1989, s.25.
4. AYSAN, Mustafa “Maliyetler ve İşletme Kararları”, İ. Ü. İşletme Fakültesi Yayını No. 27 İstanbul, 1974
5. BENSGHIR, Türksel Kaya. 1996, “Bilgi Teknolojileri ve Örgütsel Değişim”, TODAIEAnkara.
6. KOÇEL, T “İşletme Yöneticiliği”, Beta 13. Baskı, İstanbul, 2011, s.76
7. KOÇEL, T “İşletme Yöneticiliği”, Beta 13. Baskı, İstanbul, 2011, s.104



8. KURT, Ü., “Karar Verme Sürecinde Yöneticilerin Kişilik Yapılarının Etkileri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara, 2003.
9. ONURSOY, A.1999., “Yönetim Bilgi Sistemleri ve Yönetim Kararlarında Karar Destek Bilgi Sisteminin Araştırılması, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir
10. SIMON, H., “Yönetimde Yeni Karar Verme Bilimi” , çev. Mustafa TOSUN, Amme idare dergisi ,cilt :7,sayı:3,eylül ,1970 ,s.114
11. SIMON, H. (1960), The New Science of Management Decision.
12. VAROĞLU, A. K., “Problem Çözme ve Karar Verme”, Askeri Yönetim Kursu Ders Notları, KHO Basımevi, Ankara, 2000, s.1-3.
13. YILMAZ, Y., “Yönetim Bilişim Sistemleri Ve Bir Fabrikada Uygulama” Dumlupınar Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, AFYON, 2009.

**HASTANE MUHASEBE SİSTEMİNDE YENİ BİR YAKLAŞIM:
YEŞİL MUHASEBE**

Pınar DOĞANAY PAYZİNER*

Okan ÖZKAN**

ÖZET

Küreselleşmenin sonucu olarak ortaya çıkan çevresel tehditler ve bu tehditlere karşı artan çevre bilinci, işletmeleri çevresel ve sosyal sorumluluk kapsamında “yeşil” uygulamalara yöneltmiştir. Bu bağlamda çevresel etkilerin yarattığı ek maliyetlerin saptanması, muhasebeleştirilmesi ve kontrol altına alınması süreci “yeşil muhasebe” kavramını ortaya çıkarmıştır. Yeşil muhasebe kavramı, işletmelerin sürdürülebilir kalkınmalarını gerçekleştirebilmek için çevresel faktörlerin muhasebe sisteminde uygulanmasına yönelik bir yaklaşımı ifade etmektedir. Hastaneler de, diğer işletmeler gibi hizmet üretim süresince çeşitli çevresel maliyetlere maruz kalmaktadırlar. Bu amaçla hastanelerin çevresel yatırım maliyetlerini önceden planlaması ve ortaya çıkan maliyetlerini kontrol altına alması hastanelerin kıt kaynaklarını etkin ve verimli olarak kullanabilmesi açısından son derece önemli olacaktır. Bu çalışma ile hastaneler için yeni bir kavram olan yeşil muhasebe kavramı incelenerek, yeşil muhasebenin hastaneler açısından önemi ortaya konulmaya çalışılmış ve hastane yöneticilerinde konu ile ilgili farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: *hastane, muhasebe sistemi, yeşil muhasebe*

*Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, payziner@ankara.edu.tr

**Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, ozkanokan@yahoo.com

A NEW APPROACH IN HOSPITAL ACCOUNTING SYSTEM: GREEN ACCOUNTING

ABSTRACT

Environmental threats arising as a result of globalization and increasing environmental consciousness in the face of these threads have channeled businesses to “green” applications in terms of environmental and social responsibility. In this context, the concept of “green accounting” has given rise with additional costs occurring as a result of environmental impacts being identified, recognized and kept under control. The concept of “green accounting” offers an approach which adopts environmental factors for the accounting system in order to provide companies with sustainable growth. Hospitals, like any other business, are subject to several environmental costs in their service-production processes. For this purpose, it will be crucial to premeditate environmental investment costs and to keep these costs under control in order to be able to using the insufficient resources efficiently and effectively. This study aims to investigate environmental accounting, a new concept for hospitals, and attempts to introduce the importance of environmental accounting for hospitals while raising awareness in hospital administration about this subject.

Key Words: hospital, accounting system, green accounting

1. Giriş

Doğal kaynakların yerine konulamaz şekilde tüketilmesinin işletmelerin uzun vadede sürekliliğini tehdit eder duruma geleceğinin anlaşılması, işletmelerin gerek üretim açısından gerekse mali açıdan bir takım önlemler almasını zorunlu kılmıştır. Giderek azalan kaynakların en etkili ve verimli şekilde kullanılması, çevreye zararın minimuma indirilmesinin ötesinde çevreye olumlu katkılar sunacak alternatiflerin üretilmesi, çevrenin korunması ve çevre bilincinin geliştirilmesi yönündeki kararların tüm işletme yöneticileri açısından önem kazanması hastane yöneticilerinin de yönetsel kararlarında köklü değişimler yapması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Hastane işletmeleri, enerji ve su tüketiminin yoğun, kimyasal ve kimyasal olmayan atık miktarının fazla, potansiyel tehlikeli madde çıktısının yüksek, satın alınan malzemelerin çok sayıda ve çeşitte olduğu hizmet işletmeleridir. Kaynakların sınırlı, atık depolama ve imha alanlarının yetersiz, tehlikeli madde kullanımı ve atılması ile ilgili personel eğitimlerinin dar kapsamlı ve yenilenebilir enerji kaynakları kullanımı için teşviklerin az olması, sosyal sorumluluk bilinci gereği, hastanelerde de “yeşil” kavramını gündeme getirmiştir. “Yeşil hastane” kavramı, çevre dostu bir yerleşim yeri seçmek, sürdürülebilir ve verimli tasarımlar kullanmak, doğa dostu yapı malzemeleri ve ürünleri satın almak, inşaat esnasında çevreye duyarlı olmak ve çevreye duyarlılığı hizmet sürecinde de devam ettirmek gibi seçeneklerden en az birini karşılayan hastaneleri tanımlamak için kullanılmaktadır (Terekli ve ark., 2013: 40). Çevre dostu hastaneler olarak da adlandırılan yeşil hastanelerin çevreyi korumak amacıyla yürüttükleri faaliyetler birtakım maliyetlere neden olmakla birlikte uzun vadede ek gelirler elde etme imkanı da sunmaktadır. Yeşil hastane uygulamalarının mali nitelikteki

boyutları ise yeşil muhasebe uygulamalarını beraberinde getirmektedir. Sanayileşme ve teknolojik gelişmelerin çevreye olan etkisinin parasal ifadelerinin, “sosyal sorumluluk” ve “tam açıklama” kavramları gereği muhasebeye yansıtılması gerekmektedir (Haftacı ve Soylu, 2008: 94).

2. Kavramsal Çerçeve

İşletmeler sosyal sorumlulukları gereği hem yasal, hem etik hem de sağduyu açısından sosyal çevreye, doğaya ve çevreye karşı duyarlı olmak durumundadırlar (Yanık ve Türker, 2012: 293). Bu duyarlılıkları da yönetimde “yeşil” kavramını ön plana çıkarmaktadır.

Hastanelerde “yeşil” kavramı ile kaynak kullanımına alternatifler üretmek, kullanılan enerjinin, suyun ve malzemenin daha etkin ve verimli kullanılmasını teşvik etmek, her türlü israfın önüne geçilmesini sağlamak, çevreye duyarlı ve çevre dostu bina tasarımlarını gerçekleştirmek amaçlanmaktadır. (Terekli ve ark., 2013: 38). Hastanelerin bu amaçlar doğrultusunda kaliteli hizmet sunabilmeleri, gerekli kararları alabilmeleri ve sonuçları denetleyebilmeleri için doğru, güvenilir, anlaşılabilir, tutarlı ve karşılaştırılabilir bilgiye ihtiyaçları vardır (Aktürk ve ark., 2012: 102). Bu nedenle hastanelerin de muhasebe sistemine çevresel faktörleri adapte ederek yeşil muhasebeye yönelmeleri gerekmektedir.

“Mali nitelikli işlemleri ve olayları para ile ifade edilmiş şekilde kaydetme, sınıflandırma, özetleyerek rapor etme ve sonuçları yorumlama bilim ve sanatı” (Sevilengül, 2011: 3) olarak tanımlanan muhasebenin, çevrenin artan önemi nedeniyle, çevreyi korumak adına yürütülen tüm faaliyetlerin parasal tutarlarını da dikkate alma gerekliliği yeşil muhasebe uygulamalarını gündeme getirmiştir.

Yeşil muhasebenin temel felsefesi; doğal çevrenin önemini çok çarpıcı olarak ifade eden, Kuzey Amerika yerlilerinin “ **Bu dünya bize atalarımızdan miras kalmadı, biz onu çocuklarımızdan ödünç aldık** ” atasözü ve benzeri görüşlerine dayanmaktadır (Özkol, 1998: 18). Yeşil muhasebe kavramı, bir işletmede planlama, karar alma ve faaliyetlerin yürütülmesi süreçlerinde çevresel konuların dikkate alınması ve işletme faaliyetlerinin fiziksel çevre üzerindeki olumsuz etkilerinin ve bu etkileri azaltmak için gerçekleştirilen çabaların raporlanmasını ifade etmektedir. (Akbaş, 2011: 33).

Çevre ile ilgili finansal bilgilerinin raporlanması muhasebenin sosyal sorumluluk ve tam açıklama kavramlarıyla ilgilidir. Sosyal sorumluluk kavramı, muhasebenin görevini yerine getirme hususundaki sorumluluğunu belirtmekte ve bilgi üretiminde belirli kişi ve gruplar yerine toplum çıkarlarının ön planda tutulmasını, tarafsız, adil ve dürüst davranılmasını ifade etmektedir (Koç Yalkın, 2008:26). Tam açıklama kavramı ise; finansal tabloların, tablolardan yararlanacak kişi veya kuruluşların doğru karar vermelerini sağlayacak açıklıkta ve anlaşılabilir olmasını ifade etmektedir (Çaldağ ve Ayanoglu, 2012: 8). Sosyal sorumluluk ve tam açıklama kavramı yeşil muhasebe kapsamında içsel ve dışsal çevresel maliyetlerin kayıt altına alınabilmesi açısından yaşanan sıkıntıları ortadan kaldırmada finansal rapor kullanıcılarına büyük kolaylıklar sağlayacaktır (Aktürk ve ark., 2012: 101).

Yeşil muhasebe ile sosyal sorumluluk kavramının da etkisiyle;

- çevresel sorumlulukların muhasebe sistemiyle bütünleştirilmesi,
- çevre etken ve koşullarının saptanması ve bunların olumsuz etkilerinin giderilmesine muhasebenin katkısının sağlanması,
- çevresel sorunların giderilmesine yönelik maliyet analizlerinin yapılması,

- çevresel kaynak envanterinin belli bir zamanda hangi düzeyde olduğunun saptanması hedeflenmektedir (Çelik, 2007: 154).

Yeşil muhasebe, muhasebe sisteminin özünde yapılacak bir değişimi öngörmemektedir. Bilgisayar teknolojisinin sunduğu kolaylıklarla hesaplar çok daha ayrıntılı ve çok yönlü işletilebilmekte ve çevre ile ilgili veri ve bilgiler ayrıntılı olarak üretilebilmektedir (Haftacı ve Soylu, 2008: 110). Tekdüzen Hesap Planı da çevresel olguların izlenmesi yönünden bir sorun yaratmamakta hesap planındaki esneklikten faydalanılarak çevresel olguların hesaplarda istenilen boyutlarda izlenmesi mümkün olabilmektedir (Haftacı ve Soylu, 2008: 106).

Geleneksel muhasebe sistemi mali nitelik taşıyan işlemlerin muhasebeleştirilmesine olanak tanımakta, bunun dışında kalan ve mali nitelik taşımayan veya parasal olarak ifade edilemeyen işlemler, muhasebede kayıt işleminin konusu dışında kalmaktadır (Kırlıoğlu ve Can, 1998: 103). Yeşil muhasebe ile; geleneksel muhasebe sistemi içinde çevresel maliyetleri ve gelirleri ayrı olarak tanımlamak, işletmenin hem iç hem de dış çıkar grupları için yeni performans ölçüm raporları ve formları geliştirmek, yönetim kararlarından daha fazla çevresel yararlılık elde edebilmek için yeni finansal veya finansal olmayan muhasebe, bilgi ve kontrol sistemleri oluşturmak mümkün olmaktadır (Özkol, 1998: 21). Böylece yeşil muhasebe, çevresel olguların kaydedilmesi açısından geleneksel muhasebe uygulamalarının olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya imkan tanınmaktadır.

2.1. Yeşil Muhasebenin Tarihsel Gelişimi

Yeşil muhasebe kavramı 1970’li yıllarda özellikle Batı ülkelerinde giderek önem kazanmıştır (Lazol ve ark., 2008: 62). Bu çerçevede çevresel konuların bir muhasebe sistemi içine yerleştirme çabaları iki esaslı çalışma ile başlamıştır. Bu çalışmaların ilki, 1972 yılında Nordhaus ve Tobin’in yaptığı çalışmalardır. İkincisi ise, Norveç Hükümeti’nin 1974’de başlattığı doğal kaynak muhasebesi modeli çalışmalarıdır (Kırlıoğlu ve Can, 1998: 73).

Nordhaus ve Tobin, çevresel düşünceleri var olan ulusal hesaplara dökmeye çalışmışlardır. Norveç yaklaşımı ise, doğal ve çevresel kaynakları farklı bir fiziksel muhasebe çerçevesi içinde geliştirmeye yönelik olarak ortaya koyulan “doğal kaynaklar muhasebesi” modelidir (Taşdemir, 2011: 32).

Tablo 1: Yeşil muhasebe için önemli gelişmelerin kronolojisi

1970’lerde Norveç ve Danimarka yeşil muhasebe çalışmalarına başlamıştır.
1980’lerde Hollanda ve Fransa yeşil muhasebe çalışmalarına başlamıştır.
1983-1988 Dünya Bankası ve Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) tarafından finanse edilen seminerler yapılmıştır.
1989 Dünya Kaynakları Kurumu, Endonezya üzerine çalışmalarda bulunmuştur.
1989 Entegre yeşil muhasebenin kuramsal çerçevesi, Uluslararası Gelir ve Refah Araştırma Derneği (IARIW)’nin 21. oturumunda sunulmuştur.
1989-1992 Dünya Bankası/UNSTAT Meksika ve Papua Yeni Gine’de pilot projelere başlamıştır.
1991 IARIW yeşil muhasebesi üzerine (Baden, Avusturya)özel konferanslar düzenlenmiştir.
1992 Rio’da “Dünya Zirvesi” yapılmıştır ve yeşil muhasebe tanınmıştır.
1993 Çevresel-Ekonomik Muhasebe Sistemi (SEEA) yayınlanmıştır.
1994 Yeşil muhasebesi için Londra grubu kurulmuştur.
1994 AB’de yeşil muhasebe stratejisi benimsenmiştir.
1994 ABD’de yeşil muhasebe faaliyetleri muhalefet nedeniyle durma noktasına gelmiştir.
1995 Eurostat ve Hollanda İstatistik Kurumu Çevre Hesapları ile Ulusal Muhasebe Matriksi konsepti üzerine müşterek bir seminer düzenlenmiştir.
1997 Filipinler, Ekonomik Çevre ve Doğal Kaynaklar Muhasebesini kurumlaştıran kararname yayınlanmıştır.
2000 SEEA, "Çevresel-Ekonomik Muhasebe Sistemi Kullanım Kılavuzu" yayınlanmıştır.
2000 Meksika Ekolojik Denge ve Çevre Korunumu Yasası, “Ekolojik Net Milli Hasılanın” derlenmesini talep etmiştir.
2003 SEEA-2003 beyaz bültenle yayınlanmıştır.
2003 Yeşil Muhasebe için AB stratejisi onaylanmıştır.
2005 Birleşmiş Milletler İstatistik Komisyonu tarafından Çevresel Ekonomik Muhasebe Uzmanları Komitesi (UNCEEAA)’nin SEEA 2003’ü incelemek için kurulmuştur.
2006 Çin “yeşil GSMH” rakamlarını açıklamıştır.
2008 AB, yeşil muhasebe stratejisini revize etmiştir.
2011 AB, yeşil muhasebe için yasal dayanak oluşturmuştur.
2011 Hollanda’nın “Yeşil Büyüme Raporu” OECD tarafından tavsiye edilmiştir.
2011 Hindistan’ın ulusal muhasebesinin yeşilleştirilmesi için “Uzmanlar Grubu” kurulmuştur.
2012 SEEA Esas Çerçevesi, BM İstatistik Komisyonu tarafından uluslararası istatistik standardı olarak kabul edildi.
2013 SEEA Deneysel Ekosistem Muhasebesi, BM İstatistik Komisyonu’nda gündeme getirilmiştir.

Kaynak: Edens (2013:18)

2.2. Hastanelerde Yeşil Muhasebenin Önemi ve Özellikleri

Günümüzde çevreye ilişkin kaynaklar tükendikçe çevrenin önemi daha belirgin hale gelmekte ve toplumun tüm katmanları daha duyarlı olmaktadır. Toplumun bu duyarlılığına cevap verebilmek için çevre muhasebesinin de önemi gün geçtikçe artmaktadır. (Aktürk ve ark., 2012: 91).

Hastane işletmeleri gerek kuruluş aşamasında gerekse hizmet sunumu aşamasında yoğun sabit sermaye yatırımı gerektiren işletmelerdir. Bu nedenle hem kuruluş yeri seçimi sırasında hem de faaliyetlerini sürdürme aşamasında çevre faktörlerini göz önünde bulundurmaları ve bu faktörleri finansal tablolarına adapte etmeleri gerekmektedir.

Yeşil muhasebe, hastane işletmelerinin

- çevresel olgularla ilgili finansal bilgilerin daha ayrıntılı olarak izlenmesini ve çevresel olgularla ilgili finansal olmayan diğer verilerin elde edilmesini sağlamaları (Haftacı ve Soylu, 2008: 95),
- çevresel faktörleri dikkate alınarak hazırlanan finansal raporlar ile geçmişte, bugünde ve gelecekte çevreyi korumak için ne ölçüde çaba gösterdiklerini ve ne kadar maliyete katlandıklarının belirlenmesine yardımcı olmaları (Aktürk ve ark., 2012: 92),
- maliyetleri kontrol ederek kaynakların daha etkin ve verimli olarak kullanılıp israfın önüne geçilmesine katkı sağlamaları,
- finansal raporlama bilgilerinden yararlanacak tarafların geleceğe yönelik yerinde ve doğru kararları alabilmelerine yardımcı olabilmeleri (Aktürk ve ark., 2012: 101) ve
- piyasa değerinin artmasına sağladığı katkı ile firma değerini maksimize ederek finansal amaçlarını gerçekleştirmeleri açısından önemli rol oynamaktadır.

De Beer ve Friend (2006), yeşil muhasebenin işletmenin çevresel ve ekonomik performansını arttırmak için bir yönetim aracı olduğunu, Yakhou ve Dorweiler (2004) ise, işletme stratejisinin belirlenmesinde önemli olduğunu belirtmişlerdir (Korukoğlu, 2011: 82). Bu açıdan yeşil muhasebenin hastane yönetimi için çeşitli özellikleri açısından önemi bulunmaktadır.

Hastane yöneticileri için yeşil muhasebe,

- işletmenin çevresel etkilerinin muhasebeleştirilmesi açısından finansal muhasebe,
- çevresel performans, kontrol maliyetleri, daha temiz teknolojilere yatırım yapma, çevre dostu hizmet ve süreçler geliştirme, mamul karması, mamulün ömrünü uzatma ve mamul fiyatlandırması gibi konulara ilişkin maliyet bilgilerinin ulaşılabilir ve denetlenebilir hale getirilmesi açısından maliyet muhasebesi,
- söz konusu bilgilerin yönetsel karar süreçlerine sunulması açısından yönetim muhasebesi,
- çevresel faaliyetlerin ve performansın raporlanması süreci açısından çevre raporu,
- çevresel performansın denetlenmesi ve tasdik ettirilerek kamuoyuna sunulması açısından ise bir denetim aracı özelliği taşımaktadır (Korukoğlu, 2011: 81).

Hastane işletmeleri, çevreye karşı daha duyarlı bir işletme olmak için bazı maliyetlere katlanmak zorundadırlar. Yeşil muhasebe, bir işletmenin katlandığı ve sorumlu tutulduğu

maliyetleri işletme içi ve işletme dışı boyutta ele almakla birlikte, işletmenin faaliyetlerinden kaynaklandığı, ancak sorumlu tutulmadığı ve herhangi bir ödemede bulunmadığı, kısa dönemde işletmeyi etkilemiyormuş gibi gözükken maliyetleri de göz önüne aldığından, işletmenin geleceğe yönelik kararlarında, çevresel faktörleri göz ardı etmesini önlemek açısından önemlidir (Özbirecikli, 2002: 25).

3. Yeşil Muhasebede Çevresel Maliyetler

Uluslararası Muhasebe Standartları Komitesi (IASC), çevresel etkenlerin kayıt sistemi altına alınması ile ilgili çalışmaların işletmeler tarafından yapılmasını öngörmektedir. 1993 yılında IASC, çevresel maliyetler ve sorumluluklar ile ilgili bildiriye çevresel maliyetleri, "bir işletmenin faaliyetlerini, çevresel etkilerini, yönetim için gerekli çabaların maliyetlerini kapsar" şeklinde tanımlamıştır (Çalış, 2013: 181).

Yeşil muhasebe, hastane işletmelerinin çevresel maliyet ve performans ile ilgili kararlarında ve uygulamalarında bir başvuru aracı olarak kullanılmaktadır (Kırılıoğlu ve Fidan, 2011: 3). Çevresel maliyet türleri, içsel maliyetler ve dışsal maliyetler olmak üzere iki kategoride incelenmektedir:

3.1. Dışsal (Sosyal) Maliyetler

Dışsal maliyetler, çevre muhasebesi kapsamında bir firmanın parasal olarak sorumlu tutulmadığı çevre ve toplum üzerindeki etkilerinin maliyeti olarak tanımlanmaktadır (Özbirecikli, 2002: 50). Dışsal maliyetlerin saptanması anlamında çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Gül, 2005: 42). Bunlar;

- Azaltma (Kaçınma) Maliyeti Yöntemi
- Zarar Maliyeti Yöntemleri,
- Kullanma Maliyeti Yöntemleri'dir.

3.2. İçsel (Özel) Maliyetler

İçsel maliyetler, bir hastane işletmesinin çevresel sorumluluklarından dolayı katlandığı ve kar/zarar durumunu direkt olarak etkileyen maliyetlerdir. İçsel maliyetler hastane işletmelerinin faaliyetleri nedeniyle ortaya çıkan ve tamamen hastanenin sorumlu olduğu ve kontrol edilebilir nitelikte olan maliyetlerdir. Hastanelerin özel çevresel maliyetleri dört grupta incelenebilir (Kırılıoğlu ve Fidan, 2011: 9):

- Geleneksel maliyetler,
- Potansiyel gizli maliyetler,
- Koşullu maliyetler,
- İmaj ve ilişki maliyetleri.

Hastane işletmelerinin çevresel maliyetleri şu şekilde hesaplanabilir (Esmeray ve Tanç, 2009: 244):

Toplam Çevresel Maliyetler = İçsel Maliyetler + Dışsal Maliyetler

İçsel Maliyetler = Direkt Maliyetler + Endirekt Maliyetler + Gelecekte Bazı Şartlara Bağlı Olarak Ortaya Çıkabilecek Maliyetler

Dışsal Maliyetler = Dış Çevreden Kaynaklanan ve Sağlığa Zarar Veren Maliyetler

4. Yeşil Muhasebenin Hastanelerde Yönetim Kararlarına Etkisi

Son yıllarda işletmelerin çevre sorumluluğu ve yönetim stratejileri arasındaki karşılıklı etkileşim sonucu, çevresel etkilerin değerlendirilmesi ve çeşitli işletme kararlarında ihtiyaç duyulan bilgilerin elde edilmesi amacıyla yeşil muhasebe bilgi sistemine ihtiyaç duyulmuştur. Hastane yöneticileri çevresel uygunluğu dikkate alarak saptayacakları yönetim stratejilerinde hizmet çeşitliliği ve fiyatlaması, üretim girdilerinin seçilmesi, kirliliği önleme projelerinin ve atık yönetimi seçeneklerinin değerlendirilmesi konularında karar verirken çevresel maliyet bilgilerine ihtiyaç duymaktadır (Aktürk ve ark., 2012: 97).

Çevresel maliyetler, işletme faaliyetlerinin çevreye verdiği zararlardan ve çevrenin korunmasına yönelik gerçekleştirilen faaliyetlerden kaynaklanan tüm içsel ve dışsal maliyetlerden oluşmakta ve dolayısıyla çok çeşitli ve farklı birçok maliyet unsurunu kapsamaktadır (Akbaş, 2011: 41). Bu nedenle çevresel maliyetlerin sağlıklı bir şekilde saptanması ve izlenmesi yöneticilerin doğru karar vermeleri açısından son derece önemli olmaktadır.

Yeşil muhasebe ile sağlanan bilgilerin yönetim kararları açısından temel kullanım alanları aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Akbaş, 2011: 50):

- Yıllık çevresel maliyetlerin ve gelirlerin değerlendirilmesi
- Ürün fiyatlama
- Bütçeleme
- Yatırım projelerinin değerlendirilmesi
- Çevrenin korunmasına yönelik projelerin maliyetlerinin ve sağladıkları tasarrufların hesaplanması
- Çevresel yönetim sistemlerinin tasarımı ve uygulanması
- Çevresel performansın değerlendirilmesi ve diğer işletmelerle kıyaslanması
- Çevresel performansla ilişkin sayısal hedeflerin belirlenmesi

Yeşil muhasebe, yönetim muhasebesi yönündeki kullanım alanları ile;

- malzemelerin ve ürünlerin geri dönüşümünden ya da atıkların başka bir takım faaliyetlerde kullanılması yoluyla gelir elde edilmesi gibi daha önceden saptanmamış, gizli kalmış bir takım gelir artırıcı fırsatların ortaya çıkarılması,
- maliyet düşürme ve iyileştirme fırsatlarının ortaya konması,
- çevresel maliyetlerin kesin ve dikkatli bir şekilde saptanması, ürün fiyatlandırması, hizmet karmasının belirlenmesi,
- çevresel faaliyetleri önem derecelerine göre sıralaması,
- işletme içi süreçlerde enerji, su ve malzemelerin daha etkin bir şekilde kullanılmasına olanak sağlayarak çevresel etkilerin ve maliyetlerin azaltılması,
- gizli kalmış maliyetlerin kesin bir şekilde saptanarak rekabetçi bir avantaj elde edilmesi ve işletmenin stratejik pozisyonunun güçlendirilmesi ve
- işletme faaliyetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması ve değerlendirilmesi konularında bilgi sağlayarak karar vermede hastane yöneticilerine ışık tutacaktır.

İşletmelerin maliyetlerini azaltıp, karlılıklarını artırırken aynı zamanda faaliyetlerinin çevre üzerindeki etkilerini en aza indirmek için kullanabilecekleri bir araç olarak karşımıza çıkan yeşil muhasebe, hastane yöneticileri açısından, hem finansal hem de çevresel performansına etki edecek kararların alınmasında bir rehber hizmeti görecektir (Akbaş, 2011: 51-53).

5. Hastanelerde Yeşil Muhasebe Uygulamaları

Contra Costa Bölgesel Tıp Merkezi (CCRMC), Martinez-California’da bulunan 160 yataklı bir tesistir. Bu Tıp Merkezi California Üniversitesi Davis Tıp Fakültesi’ne bağlı bir eğitim hastanesidir. Hastane, bölgede birçok kliniğin işletmesini üstlenmiş olan ve bölge sakinlerine sağlık hizmetleri planı sunan Contra Costa Bölgesi Sağlık Hizmetleri Departmanı tarafından yönetilmektedir (Shapiro ve ark., 2000: 13). CCRMC’de atıkların giderilmesi ve üretime dönük satın alma gibi işlemlerde sınırlı düzeyde de olsa yeşil muhasebe uygulamaları kullanılmaktadır. Örneğin, patoloji amaçlı kullanım için formaldehit, büyük konteynırlarda satın alınmaktadır. Bununla birlikte, küçük patoloji örnekleri büyük konteynırlar gerektirmemektedir. Formaldehit’in atık maliyetleri belirlenerek iki farklı boyutta formaldehit konteynırı satın alınarak patoloji departmanı çalışanlarının gereksinimleri karşılanabilmiştir (Shapiro ve ark., 2000: 16).

Dartmouth-Hitchcock Tıp Merkezi (DHMC) New Hampshire’da bulunan bir akademi tıp merkezidir. DHMC-Lebanon kampüsü, 6000 çalışanı ve gönüllüsü ile 400 lisanslı yatağa hizmet vermektedir (Shapiro ve ark., 2000: 19). Dartmouth-Hitchcock Tıp Merkezi yakın geçmişte çöp yakma makinasını hizmetten çıkararak yerine otoklav alınmasına karar verirken yeşil muhasebesi uygulamasını kullanmıştır. Hastane aynı zamanda civa ihtiva eden ürünlerin yakılması sonucu ortaya çıkabilecek ihlallerin maliyetlerini de dikkate almıştır. Bu karar verilirken çöp yakma makinası ve otoklavın aşağıdaki maliyetleri göz önünde bulundurulmuştur (Shapiro ve ark., 2000: 22):

- Çöp yakma makinası baca değişimi
- Emisyon testleri
- Potansiyel emisyon ihlalleri
- Kül testi
- İşçilik maliyetleri
- Elektrik gideri
- Ekipman ve malzemeler
- Bakım maliyetleri

Civa miktarının düşürülmesi de yeşil muhasebeden yararlanılan diğer bir alandır. Örneğin DHMC, Miller Abbott tüplerinde civa yerine su kullanılmasının maliyetleri ve yapılacak tasarrufu değerlendirmiştir. Bunu yaparak DHMC hem tehlikeli atık maliyetlerini hem de gereğince ayrılmamış tüplerin yakılması sonucunda oluşabilecek potansiyel yükümlülük maliyetlerini (para cezası) göz önünde bulundurmıştır. Günümüzde DHMC bir gaz sterilant olan etilen oksit (EtO) kullanımını aşamalı olarak azaltmaktadır. Bu kararın verilmesinde yeşil muhasebenin rolü olmuştur (Shapiro ve ark., 2000: 22).

6. Sonuç

Kıt kaynakların hızlı endüstrileşme sonucunda artan bir oranda azalması hem firmaların hem de gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomilerin temel sorunu olmaya başlamıştır. UFRS’ye uyum sürecinde firmalar hem kamuyu aydınlatma açısından hem de ekonomik şartlardan dolayı “yeşil” konusuna önem vermek zorundadırlar. Yeşil üretim, yeşil pazarlama, yeşil yönetim ve yeşil muhasebe firmaların topluma karşı olan sorumluluklarında ayrılmaz bir unsur haline gelmektedir (Bezirci ve ark., 2011: 64).

Doğal nedenler ayrı tutulursa, çevre sorunlarının asıl nedenini insan faaliyetleri oluşturmaktadır. Bu durumda çevre sorunlarının çözümü önemli ölçüde insanların çevreye zarar veren faaliyetlerinin çevreye zarar vermeyecek şekilde yapılandırılmasından geçmektedir. Faaliyetlerin sağlıklı veri ve bilgilere dayandırılması, faaliyetin başarısını sağlayan en önemli unsurdur. Bu süreçte işletmeler açısından muhasebe, önemli veriler ve bilgiler üretmektedir. Muhasebenin sosyal sorumluluğu ve gelişmelerin yüklediği diğer görevleri gereği çevre korumaya yönelik olarak muhasebe alanında da yapılacak faaliyetlerin olduğu rahatlıkla söylenebilmektedir. Muhasebe standartlarına yeşil muhasebe açısından bakıldığında, birçok yerde yeşil muhasebeye değinilmesine rağmen özellikle yeşil muhasebe için hazırlanmış bir standardın olmadığı görülmektedir (Haftacı ve Soylu, 2008: 110).

İşletmelerin faaliyetleri sonucu ortaya çıkan çeşitli çevresel etkilerle ilgili fiziksel ve mali boyutların belirlenebilmesi, ölçülebilmesi ve muhasebe sistemi içerisinde daha belirgin hale getirilebilmesi için, işletmelerin karar alma sürecinde gerek duyulan çevresel olgulara ilişkin verilerin hazırlanmasını sağlayacak yöntem ve tekniklerin muhasebe sistemi içerisine monte edilmesi gerekmektedir (Haftacı ve Soylu, 2008: 93). Yeşil muhasebe, çevresel sorunlar var olduğu sürece muhasebe biliminin de gündeminde olacak bu nedenle uygulamalar çoğaldıkça muhasebe sistemi içerisindeki uyumlaştırmalar da hız kazanacaktır.

Önemi her geçen gün artan yeşil muhasebenin işletmeler tarafından uygulanması ve uygulama sırasında karşılaşılan sorunların giderilmesi, gerek işletme içi ve gerekse işletme dışı muhasebe bilgi kullanıcıları açısından karar alma, planlama ve kontrol aşamalarında muhasebeden beklenen yararın artmasını sağlayacaktır (Korukoğlu, 2011: 81).

Yeşil muhasebe, muhasebe sistemi içerisinde yeniliklere yol açacak bir gelecek trendi çizmektedir. Çevresel raporlama ve sosyal sorumluluk alanında önemli bir literatür boşluğu bulunmakla beraber yaşanan gelişmeler, çevresel raporlama ve denetimin yakın gelecekte genel bir uygulamaya dönüşeceğinin sinyallerini vermektedir (Bengü ve Can, 2009: 159). Özellikle hastane işletmeleri açısından yeşil yönetimin son dönemde önem kazanmasının, çevresel faktörlerin hastane işletmelerinin muhasebe sistemine adaptasyonunda rol oynayacağı ve böylece yeşil muhasebe uygulamalarının hastanelerde de hız kazanarak yöneticilere kararlarında ışık tutacağı öngörülmektedir.

Kaynaklar

- 1.AKBAŞ, Halil Emre (2011), Çevresel Yönetim Muhasebesi: Özellikleri, Unsurları ve Kullanım Alanları, Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi, 13(3), s.29-59.
- 2.AKTÜRK, Ahmet, F. Akcanlı, H. Şenol, Y. Akyüz (2012), Muhasebe Standartları Bağlamında Otel İşletmelerinde Çevre Muhasebesi, AİBÜ-İİBF Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(SI), s.87-108.
- 3.BENGÜ, Haluk, Ahmet Vecdi Can (2009), Çevre Muhasebesinin Muhasebenin Temel Kavramlarından "Sosyal Sorumluluk Kavramı" Bağlamında Temellendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi, 7(1), s.155-160.
- 4.BEZİRCİ, Muhammet, R. Özpeynirci, H. Duman (2011), Sosyal Sorumluluk Kavramı Bağlamında Yeşil Muhasebe Eğitimi: Bir Alan Araştırması, World of Accounting Science, 13(3), s.61-89.
- 5.ÇALDAĞ, Yurdakul, Yıldız Ayanoğlu (2012), *Genel Muhasebe*, Gazi Kitabevi, 9. Baskı, Ankara.

- 6.ÇALIŞ, Yıldırım Ercan (2013), Çevresel Maliyetlerin Muhasebeleştirilmesi, Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi, 34(1), s.175-190.
- 7.ÇELİK, Muhsin (2007), Çevreye Duyarlı Muhasebe, Muhasebe ve Finansman Dergisi, 33(Ocak), s.151-161.
- 8.EDENS, Bram (2013), *Reconciling Theory and Practice in Environmental Accounting*, Statistics Netherlands, Hague.
- 9.ESMERAY, Murat, Şükran Güngör Tanç (2009), Çevresel Maliyetlerin Mamullere Yüklenmesinde Kullanılan Dağıtım Anahtarlarının Seçiminde Analitik Hiyerarşi Yöntemi ve Bir Uygulama, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14(2), s.241-260.
- 10.GÜL, Mustafa (2005), Çevre Maliyet Muhasebesi Bilgi Sisteminin Geliştirilmesi ve Bir Uygulama, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- 11.HAFTACI, Vasfi, Kamuran Soylu (2008), Çevresel Bilgilerin Muhasebesi ve Raporlanması, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15(1), s.92-113.
- 12.KIRLIOĞLU, Hilmi, Ahmet Vecdi Can (1998), *Çevre Muhasebesi*, Değişim Yayınları, 1. Basım, Adapazarı.
- 13.KIRLIOĞLU, Hilmi, Meral Fidan (2011), İşletmelerde Çevresel Maliyetler ve Bir Uygulama, Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2(1), s.1-24.
- 14.KOÇ YALKIN, Yüksel (2008), *Genel Muhasebe: İlkeler ve Uygulamalar*, Nobel Yayınları, 16. Baskı, Ankara.
- 15.KORUKOĞLU, Ayşen (2011), İşletmelerde Çevre Muhasebesi: İzmir İli Uygulaması, Ege Akademik Bakış, 11(1), s.81-89.
- 16.LAZOL, İbrahim, E. Muğal ve Y. Yücel (2008), Sürdürülebilir Bir Çevre İçin Çevre Muhasebesi ve KOBİ'lere Yönelik Bir Araştırma, Muhasebe ve Finansman Dergisi, 38, s.56-69.
- 17.ÖZBİRECİKLİ, Mehmet (2002), *Çevre Muhasebesi*, Naturel Kitap ve Yayıncılık, Ankara.
- 18.ÖZKOL, A. Erdal (1998), Çevre Muhasebesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), s.15-26.
- 19.SEVİLENGÜL, Orhan (2011), *Genel Muhasebe*, Gazi Kitabevi, 16. Baskı, Ankara.
- 20.SHAPIRO, Karen, M. Stoughton, R. Graff ve L. Feng (2000), *Healthy Hospitals: Enviromental Improvements Through Enviromental Accounting*, Tellus Institute, Boston.
- 21.TAŞDEMİR, Vahdi (2011), İşletme-Çevre İlişkilerinin Muhasebe Açısından Raporlanması, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- 22.TEREKLİ, Gözde, O. Özkan, G. Bayın (2013), Çevre Dostu Hastaneler: Hastaneden Yeşil Hastaneye, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(2), s.37-54.
- 23.YANIK, Serhat, İpek Türker (2012), Sürdürülebilirlik ve Sosyal Sorumluluk Raporlamasındaki Gelişmeler (Tümleşik Raporlama), İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 47(Ekim), s.291-308.

HASTANE BÜYÜKLÜĞÜNÜN BELİRLENMESİ VE ETKİLERİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

Deniz Tugay ARSLAN*

İpek CAMUZ**

Yasemin ABULUT***

ÖZET

Hastaneler önemli miktarda kaynak kullanan, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %50'sini yapan kurumlardır. Bu kapsamda sabit yatırımların atıl kalmamasında optimal kapasitenin belirlenmiş olması önemlidir. Özellikle sağlık sektöründeki kıt kaynakların israf edilmemesi, verimli kullanılması zorunluluğu, son yıllarda hastanelerin kapasite planlamaları üzerine yoğun tartışmalar yaşanmasına neden olmaktadır. Ancak Türkiye’de hastane büyüklüğü ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hastane büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan teorik yaklaşımları incelemek, hastane büyüklüğünün hastane ekonomisi ve sunulan sağlık hizmeti üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Bu amaçla, Türkiye’deki hastanelerin büyüklükleri analiz edilecek, gelecekteki kapasite planlamalarına yönelik öneriler de bulunulacaktır.

Anahtar Kelime: Hastane harcamaları, hastane yönetimi, kapasite planlaması, yatırım.

*Ars. Gör. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, d.tugayarslan@gmail.com

**Arş. Gör. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, ipekcamuz@hotmail.com

***Doç. Dr. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, akbulut2001tr@hotmail.com

AN EVALUATION ON HOSPITAL CAPACITY DETERMINATION AND EFFECTS

ABSTRACT

Hospitals are the institutions that use a significant amount of resources and make 50 percent of total health care expenses. In this context, it is important to determine optimal capacity not to remain idle of investments. Especially, the necessity of not wasting scarce resources and using the resources efficiently give rise to the emergence of intense debate on capacity planning of hospitals in last years. However there are limited studies on hospital capacity in Turkey. The purpose of this study is to analyze the theoretical approaches that use to determine the hospital size and theorize the effect of hospital size on the economy of hospitals and health services that are served. To this end, capacities of hospitals in Turkey will be analyzed and suggestions will be made for future capacity planning.

KeyWords: *Capacity planning, hospital expenses, hospital management, , investment.*

1.Giriş

Birçok paydaşın hizmet sunumu sürecinde etkili olduğu ve gelişen teknolojiyle paralel olarak sağlık harcamalarının %50'sini yapan hastanelerin yönetimi önem kazanmaktadır. Hastanelerin ise en büyük harcamaları sabit varlıklarına olmaktadır. Bu kapsamda sabit yatırımların atıl kalmamasında optimal kapasitenin belirlenmiş olması önemlidir. Özellikle sağlık sektöründeki kıt kaynakların israf edilmemesi, verimli kullanılması zorunluluğu, optimal hastane kapasitesinin belirlenmesini gerekli kılmıştır.

Gereğinden büyük bir hastanenin ekonomik açıdan oluşturduğu zararın yanı sıra gereğinden küçük bir hastane de toplum sağlığı üzerinde olumsuz durumların yaşanmasına neden olacaktır. Gerekli kapasiteye sahip olmayan hastaneler, bulunduğu coğrafyadaki bireylere uygun hizmetin sunulmaması, sağlık hedeflerine ulaşamaması ve iş gücü kaybı gibi genel sonuçların yanı sıra birçok problemin yaşanmasına neden olacaktır.

Büyüklik, hastanelerin kuruluş aşamasında üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Bu sebeplerden dolayı bir hastanenin optimal büyüklüğünün ne olması gerektiği son yıllarda tartışma konusu olmuştur. Bu çalışmada, hastanenin büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan teorik yaklaşımlar ve hastane büyüklüğünün sağlık hizmeti ve hastane ekonomisi üzerindeki etkisi incelenecektir. Bu bağlamda, Türkiye'deki hastanelerin büyüklükleri analiz edilecek, gelecekteki kapasite planlamalarına yönelik öneriler de bulunacaktır.

2.Hastane İdeal Büyüklüğü

Sağlık işletmeleri bugün ve gelecekte ortaya çıkacak talebi karşılamak için yeterli büyüklükte çalışma gereksinimi hissetmektedir. Hastane büyüklüğünün belirlenmesi işletmenin stratejik kararları arasındadır ve üst yönetim karar alanına girmektedir (Kaynak, Kitapçı, 2011: 381). Üst yönetim tarafından stratejik olarak düşünülen hastane büyüklüğü, hastanenin finansal yapısına, sunduğu hizmet çeşidine ve miktarına bağlıdır (Figueras ve ark, 2002: 7).

2.1. Optimal Hastane Büyüklüğü İçin Kapasite Belirleme

Kapasite belli bir süre içerisinde hastanelerin hizmet üretim düzeyini ve gücünü ifade etmektedir. Bir hastanenin kapasitesi belirlenirken kurulması planlanan bölgedeki diğer hastanelerin kapasiteleri, sağlık insan gücü, maliyetler, finansal kaynaklar ve teknik imkanların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Tengilimoğlu ve ark., 2009: 76). Bu bağlamda yönetim bilimi çerçevesinde en çok kullanılan kapasite kavramları teorik kapasite, pratik kapasite, fiili kapasite, atıl kapasite ve optimal kapasite olarak karşımıza çıkmaktadır (Üreten, 2006: 291).

2.1.1. Teorik (Maksimum) Kapasite

İdeal şartlarda sistemin teorik olarak verebileceği maksimum çıktı miktarını ifade etmektedir. Teorik kapasite, tüm donanım hiç bir duraklama olmadan çalışmasıyla ve tüm süreçlerde yetenekli çalışanların kullanılmasıyla ulaşılabilecek kapasitedir (Kaynak, Kitapçı, 2011: 383).

2.1.2. Pratik (Gerçek) Kapasite

İşletmelerin daima teorik kapasiteyle çalışması mümkün değildir. Sağlık işletmelerinde üretimin aksamasına neden olan bir takım sorunlar yaşanabilmektedir. Yaşanan aksaklıklar sonrasında elde edilen ve teorik kapasitenin altında oluşan en yüksek üretim miktarına pratik kapasite denmektedir (Tengilimoğlu ve ark., 2009: 76).

2.1.3. Fiili (Kullanılan) Kapasite

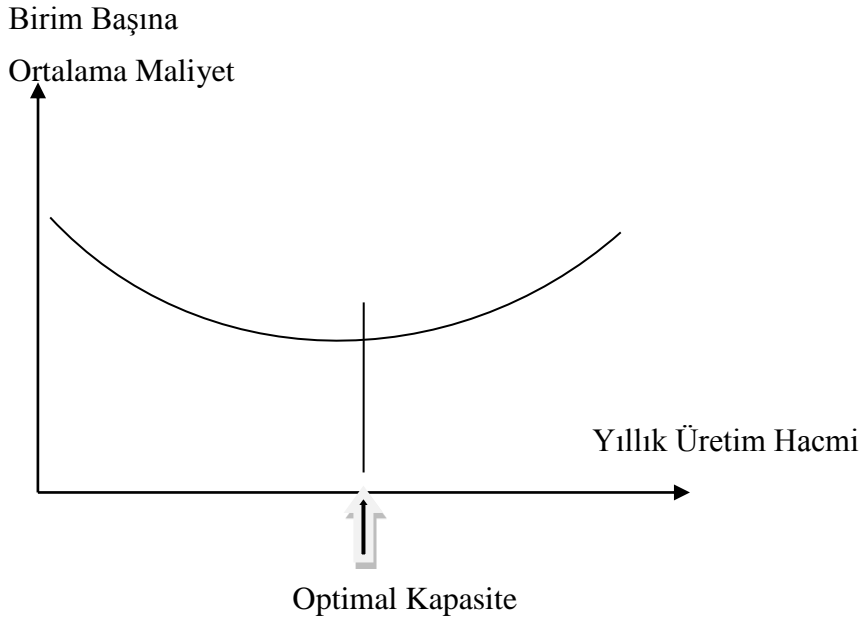
Talepteki değişkenlik, cihazlarda yaşanan arızalar, hammadde ve malzemelerin temininde gecikmeler gibi nedenlerden dolayı sürekli gerçek kapasite düzeyinde çalışmak mümkün olmamaktadır. Pratik kapasitenin belli bir miktarı kullanılmaktadır. Kullanılan bu kapasite düzeyine fiili kapasite denmektedir (Kaynak, Kitapçı, 2011: 383).

2.1.4. Atıl Kapasite

İşletmenin belirli bir dönemdeki üretim miktarı pratik (gerçek) kapasitesinin altında ise, aradaki fark atıl kapasitedir ve bu durum maliyetleri yükseltir. Atıl kapasite nedeniyle işletmenin talebi harekete geçirmek için fiyatları düşürmesi de söz konusu olmaktadır (Üreten, 2006: 294).

2.1.5. Optimum Kapasite

İşletmenin ortalama maliyet eğrisini minimum olduğu üretim düzeyi olarak açıklanır. Bu durum ölçek ekonomisi ile açıklanmaktadır. Ölçek ekonomisine göre üretim miktarı arttıkça birim başına düşen maliyet azalır. Çünkü sabit maliyetler artmazken çıktı miktarının artması çıktı başına düşen maliyetleri düşürür. Maliyetlerdeki bu düşüş ancak belli bir noktaya kadar gerçekleşmektedir. Bu noktadan itibaren kapasitenin zorlanmasıyla birlikte maliyetler tekrar artmaya başlamaktadır. Maliyetlerin en düşük olduğu noktadaki kapasite düzeyi optimal kapasite olarak tanımlanır (Kaynak, Kitapçı, 2011: 383).



Şekil 1: Ölçek Ekonomileri ve Optimal Kapasite, Üreten, 2006.

Bu başlık altında hastane büyüklüğü ile ilgili bazı hesaplamaların dikkate alınması gerekmektedir. Bu bağlamda kapasite kullanım oranı ve yatak devir hızının bilinmesi gerekmektedir. Kapasite kullanım oranı, fiili kapasitenin teorik kapasiteye oranlanması ile hesaplanmaktadır. Hesaplama yönetiminden de anlaşılacağı gibi bu oran hastane kapasitesinin hangi ölçüde kullanıldığını göstermektedir. Yatak devir hızı ise, bir yılda yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını göstermektedir. Yatan hasta sayısının fiili yatak sayısına oranlanması ile hesaplanmaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2009: 78).

Hastane büyüklüğü ile kapasite kullanım oranı ve yatak devir hızı arasında bir ilişki bulunmaktadır. Büyük hastaneler genellikle daha yüksek kapasite kullanım oranıyla çalışır. Ancak bu hastaneler tedavisi zor hastalıkları kabul ettiklerinde tedavi süresi uzar ve yatak devir hızı düşer. Diğer taraftan küçük hastanelerde ise kapasite kullanım oranı düşük olduğundan hastanın yatış süresi düşük olsa bile, az sayıda hasta yatırıldığı için devir hızı düşük olacaktır (Yiğit ve Ağırbaş, 2004: 144).

2.2. Büyüklüğün Hastane Ekonomisindeki Yeri

Optimum hastane, ölçek ekonomisi, hastanın hizmete ulaşımı ve hasta sonuçlarından oluşan bir fonksiyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkedeki mevcut eğilim; büyük hastanelerin hastaların hizmete ulaşımı ve ekonomik olma açısından daha iyi olduğu yönünde olmaktadır (Posnett, 2002: 100).

Optimal kapasite ile ilgili genel kanıya göre büyük hastanelerde ölçek ekonomisi (büyük miktarda üretim) nedeniyle küçük hastanelerden daha düşük birim maliyet olması gerektiği belirtilmektedir. Ancak elde edilen bulgular bu durum tersini iddia etmektedir. Sunulan hizmet miktarının artırılması ile ortalama ve sabit maliyetlerde azalmalar meydana gelecektir. Hastanelerin en büyük maliyet kaleminden biri olan sabit maliyetler hizmet miktarını arttırarak azaltılması mümkündür. Ancak bir noktadan sonra üretilen her bir fazladan hizmet maliyetlerin artmasına neden olacaktır. Bir hastane belli miktarda iş gücüne sahip ise bu iş gücünün hepsini kullanana kadar üretim miktarını arttırmaya devam etmelidir.

Büyük hastanelerin küçük hastanelerden verimli olduğunun düşünülmesi her iki tür hastane de tam kapasite ile çalışması durumunda ortalama maliyet küçük hastanelerde daha fazla olacağı anlayışından kaynaklanmaktadır (Posnett, 2002: 100).

Hastaneler birbirleriyle ilişkili bir dizi karmaşık fonksiyonları içermektedir. Büyük hastanelerin özelliklerinden biri birden çok uzmanlığı kendi çatısı altında birleştirmesidir. Büyük hastanelerde birden fazla uzmanlık alanını bir arada, koordine bir şekilde çalıştırmak çeşitli zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bu tip hastaneler komplike sağlık hizmetlerini sunabildiği gibi eğitim hizmetleri de verebilmektedir (Figueras ve ark, 2002: 8).

Yapılan araştırmalar 200 yatağın altındaki hastanelerin ekonomik açıdan verimliliğinin az olacağını ve 650 yatağın üzerindeki hastanelerin ise olumsuz ölçek ekonomisi sorununa neden olacağını belirtmektedir. Ancak büyüklük belirlemede hastanenin sunduğu hizmetlerin çeşitliliği, karmaşık oluşu ve ölçek ekonomisi dikkate alınmalıdır (Figueras ve ark, 2002: 8).

Sonuç olarak yapılan araştırmalar incelendiğinde hastane optimal büyüklüğünün 200 ile 650 yatak kapasitesi ile kazanılacağı belirtilmektedir. Ancak optimal büyüklük bu aralık içerisinde ülkeden ülkeye değişebileceği gibi bulunduğu çevredeki nüfusun özellikleri de dahil olmak üzere birçok faktör optimal hastane büyüklüğünün belirlenmesinde etkili olmaktadır (Posnett, 2002: 103).

2.3.Hastane Büyüklüğünün Hizmete Ulaşım Üzerindeki Etkisi

Hastanenin büyüklüğü kurumsal özellikler kapsamında değerlendirilmektedir. Kurumsal özellikler ikamet, bölge ve nüfusun hizmet kullanım oranı, yatak başına düşen nüfus (dolayısıyla sağlık işletmelerinin yatak kapasiteleri), hizmetin sürekliliği, hizmetin ulaşılabilirliği ve ülkenin ekonomik sistemini kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 60).

Sağlık hizmetlerine erişim, öncelikle alınan hizmetin sosyal ve ekonomik maliyeti ile ilgilidir. Bireylerin sağlık statüleri üzerinde coğrafi erişim sınırlılığının bulunması olumsuz etki yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinde en yüksek maliyetlerin tanı koyma ve konsültasyona başvurma ile ortaya çıkma ihtimali yüksektir. Büyük hastaneler daha merkezi bir yapılaşmaya gitmektedir. Belli bir alanda birçok hizmeti sunabiliyor olması hastanenin yakınında başka sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulmasını engelleyebilmektedir. Bu sebepten dolayı hastalar buldukları bölgede merkezi konumda bulunan hastanelere ulaşmak için daha fazla maliyete katlanmaktadırlar. Bu durum hastaların hem para hem de zaman kaybetmesine neden olmaktadır. Büyük hastanelerin 2. ve 3. basamak hastane olmaları ve yüksek teknolojiye sahip olmaları da hastalar için maliyetleri arttıran bir durum olabilmektedir (Posnet, 2002: 111).

Fransa'da yapılan bir araştırmada büyük hastanelerin merkezi konumda olması nedeniyle bazı hastalık türlerinde mortalite oranlarının arttığı anlaşılmıştır. Özellikle kırsal alanda yaşayan insanların kolon kanserinde erken teşhis imkanından yoksun olması bu hastalıktan kaynaklanan ölümleri arttırmıştır (Launoy ve ark., 1992: 366). Sağlık hizmetinin yoğunlaştığı yerlere ulaşmak hastaların katlandığı maliyetleri arttırmaktadır. Kanser hastaların radyoterapi hizmeti almak için katlandığı ulaşım maliyeti ve harcanan zaman bu maliyetlere örnek olarak gösterilebilir (Greenberg, ve ark., 1988: 1648)

Bir bölgede küçük yerel hastanelerin bulunması ise hastaların sağlık hizmetine ulaşması için harcadığı zaman ve para miktarını azaltacaktır. Bu durum özellikle birinci basamak sağlık hizmeti alan bireyler için oldukça kazançlı olabilmektedir. Ancak bu hastanelerin kapasitelerinin aşılması durumunda başka hastanelere sevk etme durumu

hastaların sağlık hizmetine ulaşımında maliyetlerini arttıracak dolayısıyla sağlık hizmetine erişim konusunda sorunlar yaşanabilecektir (Posnet, 2002: 112).

2.4. Hastane Büyüklüğünün Kurum İmajı ve Hizmet Çıktıları Üzerindeki Etkisi

Hastane büyüklüğü kapsamında değerlendirilen fiziki yeterlilik sağlık kurumlarına yönelik kurum imajı üzerinde etkili olabilmektedir. Hastanede klinik uygulamalara katılan Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, kurumsal iletişim, hizmet kalitesi, görünüm, personel niteliği, davranış faktörleri yanında fiziksel yeterliliğin ve kapasitenin kurum imajını olumlu yönde etkileyebileceği ortaya çıkmıştır (Özata, Sevinç, 2009: 70).

Yapılan bir çalışmada hastane büyüklüğü ve hizmet çeşitliliği bireylerin sağlık kurumuna yönelik imaj algılarını etkilediği belirtilmektedir. Hastaların imaj sağlık kurumunun büyüklüğü ve sunulan hizmet çeşidinin fazla olmasından etkilenebilmektedir. Ancak sağlık kurumu büyüdükçe ve sunulan hizmet çeşitleri arttıkça kurum içerisinde hastaların birimler arasındaki ulaşımı ve birimlerin kendi aralarındaki koordinasyonunu sağlamak zorlaşmaktadır (Aksoy ve Bayramoğlu 2008: 92).

Genel kanı büyük hastanelerin daha iyi klinik sonuçlara ulaşacağı yönündedir. Sunulan hizmetin sonucu hizmet sunumunda yer alan insan kaynağının deneyimine, becerisine, koordineli çalışmasına ve yeterli donanımın olup olmasına bağlıdır. Bu bağlamda büyük hastanelerin klinik sonuçlarının küçük hastanelere göre daha iyi olduğunu söylemek doğru olmayacaktır (Nuffield Institute for Health, 1996: 5).

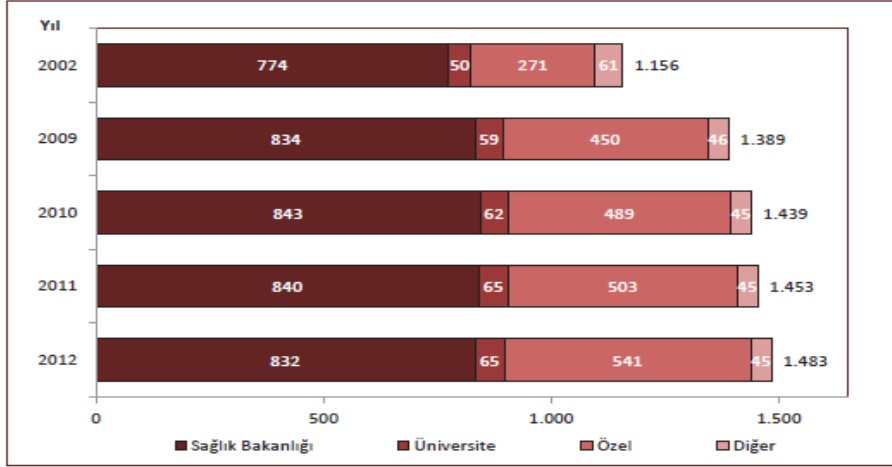
Yapılan bir çalışmada hastane yatak kapasitesi 200'ü geçtikçe mortalite oranlarının azaldığı anlaşılmıştır. Ancak bu araştırmalarda ne tür vakalara hizmet sunulduğunun ve gelen hastaların aciliyetinin dikkate alınmaması yanıltıcı olabilmektedir (Nuffield Institute for Health, 1996: 5). Bu konuda yapılan diğer çalışmaların bazılarında büyük hastanelerin klinik sonuçlarının daha iyi olduğu bulunmuş ancak bu araştırmalarda hizmet sunumunda yer alan hekimlerin yetenekleri, bilgi seviyeleri ve birbirleri arasındaki koordinasyonu dikkate alınmamıştır. Genel olarak bir hastanenin sunduğu hizmet için gerekli ekipmana, yeterli bilgi seviyesinde insan kaynağına ve birimler arası koordinasyona sahip olmak gereğinden büyük bir hastane kurmadan istenilen klinik çıktıların alınması sağlanabilir (Posnett, 2002: 105).

3. Türkiye'deki Mevcut Hastane Büyüklüğü

Önceki bölümlerde değinildiği gibi hastane büyüklüğü hizmet sunucularını, hizmet alanları, hastane ekonomisini ve ülke ekonomisini etkilemektedir. Türkiye'de gündemde olan sağlık reformuyla sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda olumlu gelişmeler yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün olumlu sonucu olarak kamu sağlık hizmetlerindeki memnuniyet 2003'de %39,5 iken 2010 yılında %73 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan sağlık harcamalarının miktarı giderek artmakta ve bu duruma paralel olarak hastane sayıları, istihdam edilen sağlık personelinin sayısı ve yatak kapasiteleri de artış göstermektedir (Uluslararası Yatırımcılar Derneği, 2012: 10).

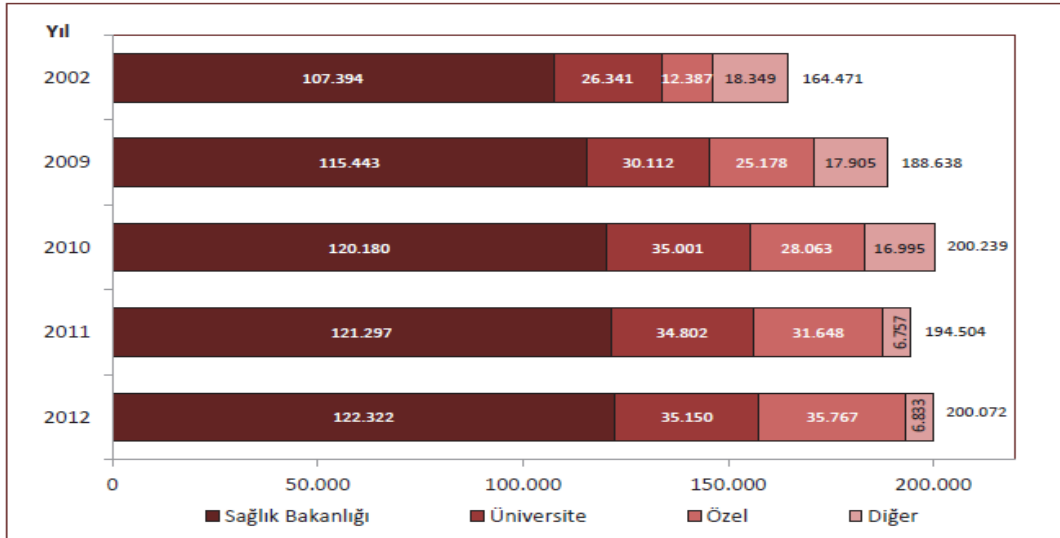
Tablo 1 incelendiğinde Türkiye'deki toplam hastane sayısının yıllara göre artış gösterdiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerin sayısı 2011 yılına göre 2012 azalma göstermiştir. Tablodan görüldüğü üzere özel hastane sayısı giderek artmıştır. Bu artış özel sağlık kurumlarıyla ilgili mevcut politikalarla açıklanabilir.

Tablo 1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı.



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012.

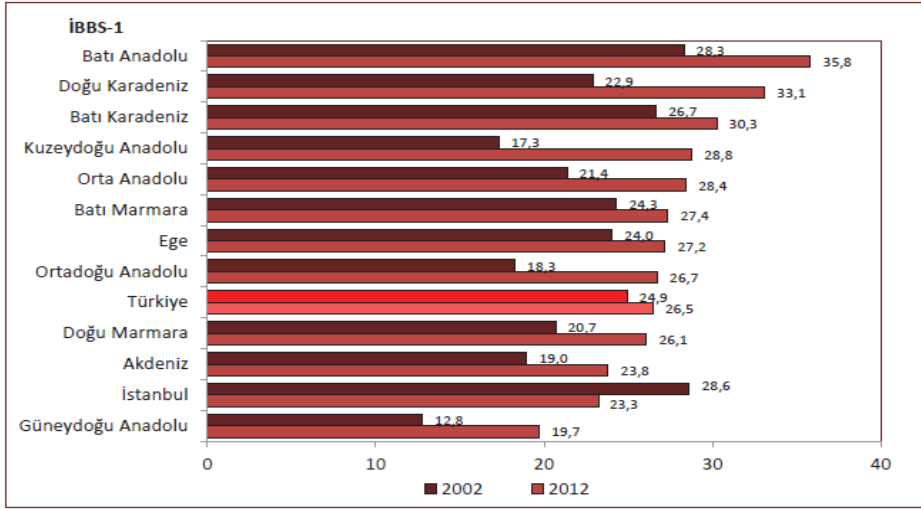
Tablo 2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hasta Yatağı Sayısı.



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012.

Tablo 2 incelendiğinde 2011 yılına kadar hasta yatağı sayısı artış göstermiştir. 2011'den sonra hasta yatağında görünen düşüş tıptaki gelişmeler ve teknolojik değişikliklerle açıklanabilir. Yaşanan gelişmeler ile hastalar daha az yatırılarak sağlıklarına kavuşturulmaktadır. Bu durum hasta yatağı planlamalarının gelişmeler ışığında planlanması gereğini ortaya çıkarmaktadır.

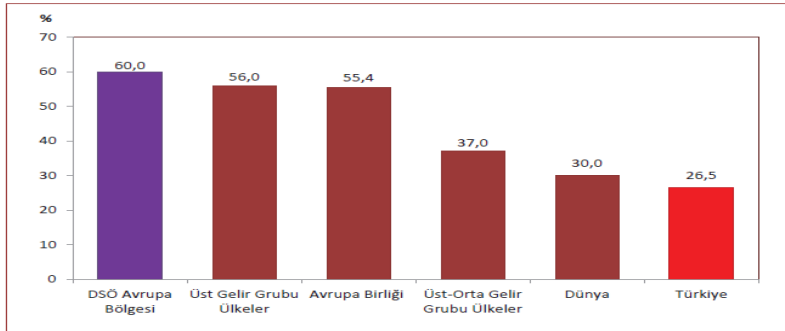
Tablo 3: İBBS-1'e göre 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2012.



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012.

Tablo 3 incelendiğinde ülkemizde bazı bölgelerde yatak sayısının daha az olduğu anlaşılmaktadır. Bu farkın bölgeler arasındaki nüfus farklarından kaynaklandığını söyleyebileceğimiz gibi büyük hastanelerin daha merkezi noktalarda örgütlenmesinin de etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 4: 10.000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2011.



Kaynak: World Health Statistics, 2013.

Yukarıdaki Tablo 4'de görüldüğü gibi ülkemizde 10.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısının uluslararası karşılaştırmasında diğer ülke gruplarından daha az bir orana sahiptir. Bu durum hastaların sağlık hizmetlerine ulaşmalarını etkileyebilmektedir. Büyük sağlık kuruluşlarının merkezi konumda olması sağlık hizmetlerine ulaşımı ve alınan hizmet kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Tablo 5: Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayılar, Sağlık Bakanlığı,

	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Ocağı	5.055	3.842	-	-	-
Aile Hekimliği Birimi	-	6.546	20.185	20.216	20.811
Aile Sağlığı Merkezi	-	2.086	6.367	6.520	6.660
Toplum Sağlığı Merkezi	-	429	961	957	957
Sağlık Evi	2.899	2.857	3.292	4.344	5.691
AÇSAP Merkezi	298	220	192	183	189
Verem Savaş Dispanseri	277	229	198	194	179
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	84	122	122	124	124
112 Acil Yardım İstasyonu	481	1.317	1.375	1.710	1.863

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012.

Yukarıdaki Tablo 5 incelendiğinde, son dönemde gerçekleşen düzenlemelerle sağlık ocaklarının kaldırıldığı ve aile hekimliği biriminin kurularak sayısının da yıllara göre artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Birinci basamak hizmetlerinin ülke genelinde aktif olarak kullanılması 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin amacına uygun kullanılması sağlanmış olur. Bu sayede hastaneler kapasitelerini optimal olacak şekilde planlayabilirler.

Türkiye sağlık hizmeti sunum sektörü incelendiğinde, özellikle en önemli karşılaştırma parametresi olan niceliksel kapasitenin (hastane yatak sayısının), son yıllardaki artışına rağmen OECD ortalamasının oldukça gerisinde kaldığı gözlenmektedir. Dünya ortalamasına bakıldığında 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 2,8'dir. Amerika'da ise 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 3,1 iken Türkiye'de 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 2,5 olarak belirlenmiştir. 1.000 kişiye düşen 2,5 hasta yatağı ile Türkiye OECD ortalaması altında kalmaktadır (Uluslararası Yatırımcılar Derneği, 2012: 23).

4.SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan çalışmalarda büyük hastanelerin optimal büyüklüğü geçmesinden dolayı ölçek ekonomisinin getirdiği faydalardan yararlanamadığı ve maliyetleri azaltmak yerine arttırdığı anlaşılmaktadır. Ayrıca bu şekilde yapılan bir planlama kıt kaynakların verimsiz kullanılmasını ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan tarafların bu hizmetlerden yararlanamama riskini doğurmaktadır. Bu durum hem ülke ekonomisine zarar vereceği gibi hem de istenilen toplum sağlığı hedeflerine ulaşamamasına neden olmaktadır.

Optimal hastane büyüklüğü hizmet sunucular, hizmet alanlar, hastane ekonomisi ve ülke ekonomisi üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle hastane kapasitesi belirlerken bazı hususları göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Öncelikle kurulması planlanan hastanenin kapasite kullanım oranını etkileyen iç ve dış faktörlerin tespit edilmesi gerekmektedir. Bulunduğu bölgedeki sosyoekonomik, demografik ve coğrafi değişkenlerin analiz edilmesi gerekmektedir. Mevcut nüfusa ve nüfus yapısına uygun bir planlama yapılmalıdır. Ayrıca hastanenin hizmet alanlara uzaklığı ve diğer sağlık kurumlarına olan uzaklığı optimal kapasite kullanımına imkan verecek şekilde belirlenmelidir.

Dış kaynak kullanımı da hastane kapasitesi belirlenirken dikkate alınması gereken bir diğer husustur. Hastaneler önceleri temel yetenek dışındaki hizmetleri dışarıdan temin yoluyla karşılarken son dönemlerde görüntüleme hizmetleri gibi tıbbi hizmetleri de dışarıdan temin etmektedir. Hastanelerin en büyük harcamalarının sabit varlıklarına yapıldığını göz önünde

bulundurduğumuzda dış kaynak kullanımının aktif bir şekilde kullanılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Kapasite planlaması yapılırken dikkat edilmesi gereken bir diğer noktada hastanenin farklı birimleri arasındaki kapasite kullanım oranları karşılaştırılmasıdır. Elde edilen sonuca göre yataklar birimler arasında düzenleme yapılması kapasitenin optimal kullanıma olanak verebilir. Her bir hasta yatağı için yapılan diğer harcamaların da kapasite planlaması sırasında dikkate alınması gerekmektedir. Sonuç olarak bir hastane kurulmadan önce fizibilite çalışmasının gerçekleştirilmesi, personel, servis ve bu servislerdeki yatak sayısının tüm değişkenler dikkate alınarak belirlenmesi gerekmektedir.

Kaynakça

- 1.AĞIRBAŞ, İsmail, Vahit Yiğit (2004). Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(2), s.141-162.
- 2.AKSOY, Ramazan, Vecdi Bayramoğlu (2008). Sağlık İşletmeleri İçin Kurumsal İmajın Temel Belirleyicileri: Tüketici Değerlemeleri. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7), s. 85-96.
- 3.Nuffield Institute for Health, University of Leeds (1996), Effective Health Care, Hospital Volume and Health Care Outcomes, Costs and Patient Access, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, Glasgow 2(8).
- 4.GREENBERG, ER, Dain, B., Freeman, D., Yates, J., Korson, R. (1988). Referral of Lung Cancer Patients to University Hospital Cancer Centers. A Population-based Study in Two Rural States, Journal of Cancer, 62(52), s. 1647-1652
- 5.KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- 6.KAYNAK, Ramazan ve Kitapçı Hakan (2011), “*Sağlık Hizmetlerinde Kapasite, Üretim ve Süreç Yönetimi*”, Ed. Metin Ateş, Sağlık İşletmeciliği, BETA Basım A.Ş., İstanbul, s. 379-418.
- 7.G Launoy, X Le Coutour, M Gignoux, d Pottier, G dugleux (1992). “Influence of Rural Environment on Diagnosis, Treatment and Prognosis of Colorectal Cancer”, <http://jech.bmj.com/content/46/4/365.full.pdf+html>, Erişim Tarihi:18.07.2014.
- 8.FIGUERAS, Josep, Martin Mckee, Elias Mossialios, Richard Saltman (2002). “Policy Brief. Observatory on Health Care Systems” http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/108821/hosbrief170202.pdf, Erişim Tarihi: 01.07.2014.
- 9.ÖZATA, Musa ve İsmail Sevinç (2009), “Hastanelerde Kurumsal İmajın Ölçülmesinde Dikkate Alınması Gereken Faktörlerin Belirlenmesi”, <http://www.arastirmax.com/bilimsel-yayin/khazar-journal-humanities-and-social-sciences/12/2/59-74-hastanelerde-kurumsal-ijamin-olculmesinde-dikkate-alinmasi-gereken-faktorlerin-belirlenmesi>, Erişim Tarihi: 22.06.2014.

10. POSNETT, John (2002). “*Are Bigger Hospitals Better?*” Ed. Martin Mckee ve Judith Healy, Hospitals in a Changing Europa, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, s.100-118.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012). “Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>, Erişim Tarihi: 02.07.2014.
12. TENGİLİMOĞLU, D., O. Işık, M. Bayraktaroğlu (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
13. Uluslararası Yatırımcılar Derneği (2012). “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”, http://www.deloitte.com/assets/DcomTurkey/Local%20Content/Articles/YASED_T%C3%B Crkiye%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sekt%C3%B6r%C3%BC%20Raporu.pdf, Erişim Tarihi: 19.07.2014.
14. ÜRETEN, Sevinç (2006), *Üretim/İşlemler Yönetimi Stratejik Kararlar ve Karar Modelleri*, Gazi Kitapevi, 5. Baskı, Ankara.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2013). “Word Health Statistics”, WHODocumentProductionServices, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf?ua=1, Erişim Tarihi: 19.07.2014.

GELECEĞİN HASTANELERİNİ YÖNETMEK: TEORİK BİR İNCELEME

*İpek CAMUZ**

*Gamze KUTLU***

*Yasemin AKBULUT****

ÖZET

Sağlık sistemlerindeki hızlı değişim, sağlık hizmeti arz ve talebini etkilemiş, hastanelerin rollerini yeniden tanımlarına neden olmuştur. Hastanelerin ekonomik, sosyal, epidemiyolojik ve teknolojik değişimleri öngörmeleri, bunlara yönelik planlar hazırlamaları varlıklarını sürdürebilmeleri açısından zorunluluk haline gelmiştir. Geleceğe yönelik beklentiler ve dinamikler, hastanelerin finansal yapıları ve hizmet kaliteleri konusunda yöneticilere önemli ipuçları vermektedir.

Bu çalışmada, hastanelerin değişimi yönetebilecekleri, sürdürülebilir bir örgütsel yapıya sahip olmalarını sağlayacak stratejilerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçla öncelikle gelecekte hastaneleri etkileyecek değişimler incelenecek, daha sonra bu değişimlere yönelik stratejiler önerilecektir. Çalışmanın sonucunda Türkiye’de kamu ve özel sağlık kurumlarının geleceğine ve hastane yöneticilerine yönelik değerlendirmelere yer verilecektir.

Anahtar Kelimeler: *hastane yönetimi, hastanelerin geleceği, değişim yönetimi*

*Araş.Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü,
ipekcamuz@hotmail.com

** Araş.Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü,
gamze_kutlu65@hotmail.com

*** Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü,
akbulut2001tr@hotmail.com

MANAGING HOSPITAL OF THE FUTURE: A THEORETICAL REVIEW

ABSTRACT

Rapid changes in the health care system, have affected the supply and demand of health care services and so it has led to recognition of the role of the hospital again. It has become a necessity for the hospitals to predict economic, social, epidemiological and technological changes and to prepare plans for them. Future expectations and dynamics, give important clues to the hospital administrators about the financial structure and quality of services.

The aim of this study is to provide strategies that hospitals can manage the change. For this purpose the changes will be examined that affect the hospital in the future, and then strategies will be recommended for these changes. At the end of the study evaluations will be included about the future of public and private health institutions and hospital managers in Turkey.

KeyWords: hospital management, future of the hospitals, change management

Giriş

Örgütlerin varlıklarını sürdürebilmeleri için, gelecekte karşılıklarına çıkacak tehlike ve risklere karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Belirsizlik ve değişim konusunda sağlanan ilerlemeler, örgütün etkinliğini önemli ölçüde artırmaktadır. Geleceğin belirsizliklerini azaltmak amacıyla bilimsel, sistematik ve disiplinli çalışmalar yapılmaktadır. Çünkü, tahmin edilemeyen, önceden belirlenemeyen küçük tehlikeler, önceden tespit edilen büyük tehlikelerden daha olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.

Sürekli yeni imkan ve fırsatların yaşandığı sağlık alanındaki işletmeler, mevcut durumun korunması, geliştirilmesi, rekabet edebilir ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşması adına geleceğe yönelik planlar yapmak, örgütsel yapıyı oluşturmak, zamanı geldiğinde planları uygulamaya sokmak ve sistemin aksamaması için koordinasyon ve denetim mekanizmalarını kullanmak zorundadırlar.

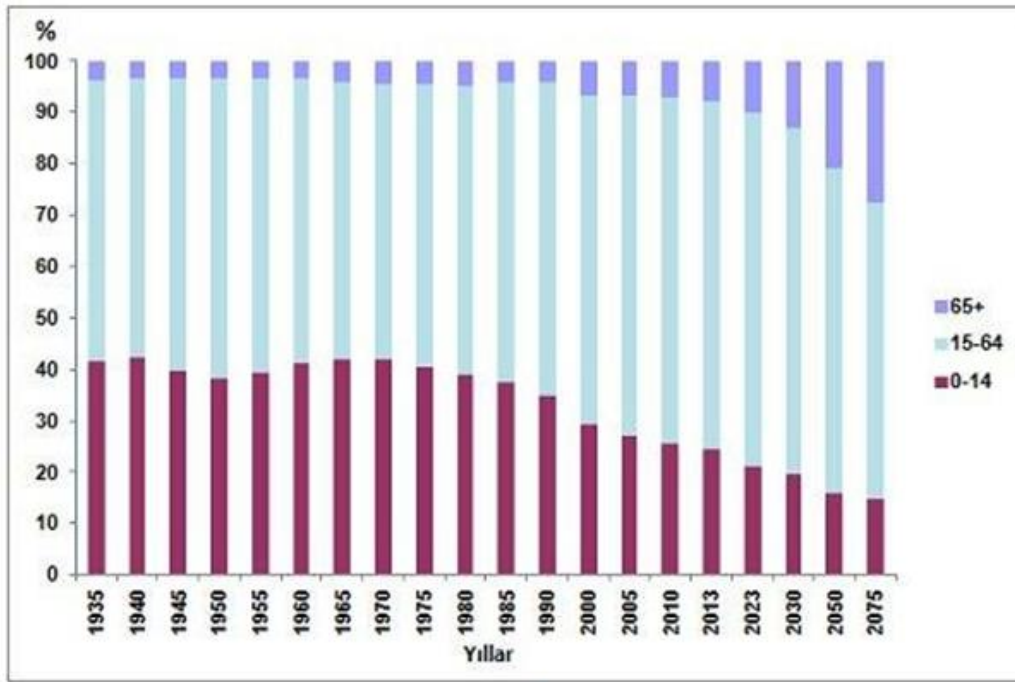
Bu çalışmada, hastanelerin değişimi yönetebilecekleri, sürdürülebilir bir örgütsel yapıya sahip olmalarını sağlayacak stratejilerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçla öncelikle gelecekte hastaneleri etkileyecek değişimler incelenecek, daha sonra bu değişimlere yönelik stratejiler önerilecektir. Çalışmanın sonucunda Türkiye’de kamu ve özel sağlık kurumlarının geleceğine ve hastane yöneticilerine yönelik değerlendirmelere yer verilecektir.

Geleceğin Hastanelerine Genel Bir Bakış : Geleceğin Önemli Trendleri

Amerika Birleşik Devletleri’nde, hastanelerin geleceğinin gelişmesinde etkili olacak trendleri inceleyen Teletıp ve İleri Teknoloji Araştırma Merkezi’nin raporuna göre, gelecek 5 yıldan 15 yıla kadar hastanelerde oluşması beklenen trenler şu şekilde sıralanmıştır :

- 1) Hastanede yatan hastaların, bugün yatan hastalardan daha farklı olacağı öngörülmektedir (Schimpff, 2008: 21). Çünkü, daha yaşlı bir toplum ve giderek yaşlanan bir nüfus vardır. Her ne kadar Türkiye henüz genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip olsa da, yapılan öngörüler gelecekte hızlı bir şekilde yaşlı nüfus ağırlıklı bir yapı olacağını ortaya koymaktadır (Uğurluoğlu, 2013: 202). Tablo 1’de de görüldüğü gibi, Türkiye’de yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2013).

Tablo 1: Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2075



Kaynak: TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2013

Dünyada ise 2050 yılında yaşlıların durumundaki değişimin aşağıdaki şekilde gerçekleşmesi tahmin edilmektedir (Mandıracıoğlu, 2010: 40):

2050 yılı için tahmin edilen durum:

- 1 milyar kişi 60 yaş ve üzeri, yani 5 kişiden biri yaşlı olacaktır,
- Dünya nüfusunun yarısı 36 yaş ve üzeri kişilerden oluşacaktır,
- 0-14 yaş çocuklar, nüfusun % 21’ini kapsayacakken, nüfusun % 21’i 60 yaş ve üzeri kişiler olacaktır,
- Dünyada 314 milyon kişi 80 yaş ve üzerinde, 61 milyon 90 ve üzeri yaşta, 3.2 milyon kişi de 100 yaşını aşmış olacaktır.

Kalp hastalıkları ve kanser en yaygın ölüm nedenlerinden biridir ve yaşlandıkça bu öyle kalmaya devam edecektir. Alzheimer hastalığı (AD) da nüfus yaşlandıkça, sistemde çeşitli zorluklar meydana getirecektir. ABD’de Government Accounting Office 1995’te, 65 yaş

üzerinde olan en az 1.9 milyon insanın Alzheimer hastası olduğunu belirtmiştir ve 2015 yılında bu oranın 2.8 milyona ulaşacağını tahmin etmiştir (Kaluzny and Shortell, 1997).

- 2) Hastane sisteminin gelişeceği öngörülmektedir. Teknoloji ve tesis maliyetleri önemli derecede arttığı için, sermayeye erişim ciddi derecede daralmıştır ve bu durum değişmeden devam edecektir. Bu da, daha küçük hastanelerin, teknoloji satın alma, yenilenme veya inşa etme ve yeni programlar geliştirme fırsatlarının ciddi bir şekilde sınırlandırıldığı anlamına gelmektedir. Bunun sonucunda da hastaneler teknoloji ve bina inşa maliyetini karşılamak için sermaye piyasalarına erişmeye çalışacaktır ve böylece hastane birleşmelerinde büyük dalgalanmalar olacaktır (Schimpff, 2008: 22).
- 3) Nüfusun hızla yaşlanması ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların artması nedeniyle bu nüfusun ihtiyaçlarına hizmet etmek için daha çok hasta yatağı oluşturulacaktır. Böylece hastane yataklarının sayısı, yoğunluk ve format açısından artacağı öngörülmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri, evde sağlık hizmetleri, tedavisi mümkün olmayan hastalara bakım hizmetinin genişleyeceği öngörülmektedir (Schimpff, 2008: 23).
- 4) Uzman, hemşire, eczacı ve sosyal çalışmacı gibi sağlık profesyonellerinin sayısının zamanla azalması da hastanelerin gelecek yapısını etkileyen trendler arasındadır (Schimpff, 2008: 25).
- 5) Teknoloji, hastanelerin geleceğinde temel faktör olacaktır. Tedavi, önleme ve erken teşhis eylemlerinde teknolojik gelişmelerin, gelecekte sağlık hizmetleri üzerinde önemli etkileri olmaya devam edecektir. Bu gelişim, yeni teknolojik gelişmelere nasıl ulaşılacağından, bu yeni teknolojilerin ne derece kullanılacağına ve yeni teknolojilerin sunucu-hasta arasındaki ilişkileri nasıl etkileyeceğine kadar ulaşan çeşitli soruları içermektedir (Kaluzny and Shortell, 1997).
- 6) Tıbbi bilgilerin tümü dijital hale gelecektir. Tüm sağlık kayıtları en kısa sürede elektronik ortamda saklanacaktır. Artık doktor muayenehanesi, radyolojide veya hastanede dosyalar bulunmayacaktır (Nosta, 2011). Bu sayede,
 - Kişi nerde olursa olsun bakıma "anında erişim" sağlayabilecek,
 - Hastalar kendi verilerini, kendileri kontrol edebilecekler,
 - Veriye erişim, iletim ve güvenlik kolaylaşacak,
 - E-reçete ve bilgisayarda order girişi norm haline gelecektir
 - Mamografi ve diğer teşhis görüntüleri ve patoloji numunelerinin otomatik olarak görüntülü analizi yapılabilecek
 - Hastaneler, bilgi paylaşımı için teşvikler geliştirecek ve böylece bir hastaneden taburcu edilen birinin diğer bir hastaneye kabulü kesintisiz bir şekilde yapılacaktır.
 - Hastanelerin ve sağlık sistemlerinin hayatta kalması, yeni yollarla elde edilen bilgi ve verilerle sağlanabilecektir.
- 7) Toplumun norm ve beklentilerinin değişmesinin, hastanelerin geleceğini etkileyeceği öngörülmektedir. Sosyal normlar ve beklentiler sağlık hizmetleri içindeki önemli davranış kılavuzlarıdır ve değişen norm ve beklentiler, sağlık hizmetlerinin gelecekteki yapısı ile ilgili kamu politikaları tartışmalarına rehberlik eden önemli soru ve konuların şekillenmesine hizmet edecektir. (Kaluzny and Shortell, 1997).
- 8) Hastanelerin geleceğinde, bireylerin davranış alışkanlıklarında meydana gelen değişimler de etkili olacaktır. Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, sigara ve alkol tüketimi ile egzersiz yapmamak gibi unsurlar da bireylerin sağlık hizmetleri talebini önemli ölçüde etkileyecektir. Örneğin, Türkiye’de obezite oranlarında yükseliş meydana gelmektedir. Türkiye’de 2010 yılında yetişkinler arasında %16,9 obezite tespit edilmiştir. Obezite; diyabet, kanser ve kardiovasküler hastalıklar gibi

sağlık sorunlarının artmasına neden olarak, gelecekte bireylerin daha çok sağlık hizmetleri talebi ile sağlık kurumlarına başvurmalarına ve dolayısıyla daha yüksek sağlık harcamalarına neden olacaktır. (Akar ve Özgülbaş, 2002).

- 9) Bütün bunlara ek olarak geleceğin hastanelerinde klinik internet, perakende tıp, akıllı telefon ile izlem, vücuda yerleştirilebilir cihazlar, On-line ofis ziyaretleri gibi uygulamaların var olacağı öngörülmektedir (Nosta, 2011).

Hastanelerin Geleceğinde Rol Alacak Değişimlere Yönelik Varsayımlar

Modern Health Care (Modern Sağlık Hizmeti) dergisinin özel bir sayısı (Eylül 27, 1999), alanlarında otorite olarak kabul edilen sektör uzmanlarının gelecek 20 yıldaki gelişmeler hakkındaki görüşlerini sıralamıştır. Bu öngörüler şu şekildedir:

- Bilgiye erişim hastaları güçlendirecek ve hizmet sunucularının tanı ve tedavilerini daha verimli ve etkili hale getirecektir (Berwick, 1999: 2).
- DNA çipleri, klonlama, yeni ilaçlar ve biyonikler, sağlık bakımını ve yaşam kalitesi ve süresini önemli ölçüde geliştirecektir (Dwyer, 1999: 14).
- Hastanelerin birleştirilmesi yatak ve sağlık kurumu sayılarının büyük ölçüde azalması ile sonuçlanacak ve geriye kalan hastaneler öncelikli olarak çoklu sistem yetmezliği olan, ağır travma geçiren ya da büyük bir ameliyat geçiren hastalara hizmet verecektir (Morrison, 1999: 30).
- Özellikle destekli yaşam ve evde bakım gibi uzun süreli bakımda geniş çaplı artışlar meydana gelecek; büyüme belirli grupları hedefleyen hizmetleri içerecektir (Saphir, 1999: 28).
- Sağlık sektöründe devlet kontrolü artacaktır (Hallam, 1999: 24).

American Hospital Association tarafından 2011 yılında yapılan bir röportajdan elde edilen bulgulara göre ise hastanelerin geleceğine yönelik varsayımlar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Geri ödemeler artmayacak fakat iyi derecede hizmet sağlanması açısından yeterli olacaktır.
- Bilgi teknolojisinin kullanımı, hekim ve kuruluşlar arasında performans ölçümlerini değerlendirmek ve kıyaslamak için yararlı olacak.
- Sağlık hizmeti sunumu, hastanelerin ayrılmaz bir parçası olarak kalacak olmasına rağmen, hizmet ağları hastaları, gerekli olan tedaviyi daha az maliyetli şekilde sağlayan hastanelere yönlendirip, daha yüksek maliyetli hastaneleri elimine etmenin yollarını araştırarak.
- Hastalar sağlıklı yaşamı benimsemek için mali teşviklere sahip olacak ve kendi bakımları için bilinçli maliyet seçenekleri oluşturacaklardır.
- Vergiden muaf hastaneler, değişim ve teknolojik tesis yenilikleri için sermaye kaynaklarına erişebileceklerdir (American Hospital Association, 2011: 3).

Hastanelerin gelecekte karşılaşılabilecekleri öngörülen bu değişimlere karşın yapmaları gerekenler ise şöyle sıralanmıştır (Ünal, 2013; Vision 2020, 2008) :

- Finansal açıdan sağlam ve büyük şirketler haline gelmek
- Doğru yer ve doğru zamanda, doğru hizmeti sunmak

- Dünya standartlarında inşa edilmiş hastaneler kurmak
- Kırsal bölgelerde kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi artırmak
- Hizmet sunumu ve koordinasyonu iyileştirmek
- Sıkı maliyet çalışması yapmak
- Halk sağlığı için güçlü bir yapı oluşturmak
- İşgücü arzını, hizmetlerdeki artış ile eşleştirmek
- Yüksek vasıflı insan gücü ve eğitimin devamlılığını sağlamak
- Tıp teknolojilerini yakından takip etmektir.

Türkiye’de Kamu Hastaneleri Ve Özel Hastanelerin ve Hastane Yöneticilerinin Geleceğine İlişkin Değerlendirmeler

Türkiye’de kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde, gelecek yıllarda ortaya çıkması öngörülen sorunlar şu şekildedir:

- Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından uygulanmakta olan sıkıştırma politikalarının aynen devam ettirilmesi halinde küresel krizin de etkisi ile özel sağlık sektöründe en az %40 küçülme (iflas, birleşme, alan değişikliği vb) beklenmektedir (Ünal, 2013).
- Sağlık sektöründe faaliyet gösteren firmaların gelecekteki on yılda başarıyı güvence altına alabilmek için kurumsal önceliklerini belirlemeleri gerekmektedir. Ayakta kalmanın en önemli stratejisi kurumsal önceliklerin belirlenmesi olacaktır (Ünal, 2013).
- Sağlık sektörünü kısa vadede çok zorlu; orta ve uzun vadede ise ödülleri yüksek olduğu bir dönem beklenmektedir (Ünal, 2013).
- Geleceğin en önemli sektörleri arasında gösterilen sağlık sektöründeki firmalar, gelişmekte olan ülkelere daha fazla yöneleceklerdir. Kurumsal hazırlıkların ve yeni iş modellerinin geliştirilmesinde bu husus göz önünde bulundurulmalıdır (Ünal, 2013).
- Gelecekte özel sektör açısından en iyi insan kaynaklarını işe alıp elde tutabilmek ve teknolojik gelişime ayak uydurabilmek büyük önem taşıyacaktır (Ünal, 2013).
- 2005 öncesi, sağlık hizmet sunumunda çok az bir paya sahip olan dışarıdan hizmet ve mal satın alma, 2005 ve 2006’da %30’u geçmiştir. Kamu sağlık yatırımlarına ayrılan ödenekler dikkate alındığında bu artışın süreceği tahmin edilmektedir (Ünal, 2013).
- Gelir üretmenin önemli bir yolu olarak ortaklıklar/ittifaklar ortaya çıkacak. Firmalar ortaklıkların yaygınlaşmasından faydalanarak gerek akademik çevrelerle, gerekse de alıcılarla (kamu ve özel) sektörler arası ortaklık ve bağlantılar kurulma yoluna gidebileceklerdir (Ünal, 2013).
- Belirli bir büyüklüğe erişmiş olan özel sağlık işletmeleri birleşme yerine, mevcut merkezleri alarak büyümeyi tercih edebileceklerdir (Ünal, 2013).
- Sağlık yatırımlarına verilen teşvikler sektörün geleceğini şekillendirecek önemli bir enstrümandır. Sağlık sektörünün gelecekteki yapısının teşvik araçları kullanılarak belirlenmesi önemli bir devlet politikasına dönüşmek zorundadır. Bu enstrüman kullanılarak ülke sağlık sektörünün, Avrupa’nın sağlık üssü haline getirilmesi mümkündür (Ünal, 2013).
- Hastane akreditasyonu, hastane tasarımının kalitesinde de büyük rol oynayacaktır. Hastane kalitesinde önemli bir rolü olan hasta odaklı hastane tasarım kriterlerinin;

yakın zamanda akreditasyon standartlarına gerektiği ölçüde dahil olması gerekliliği ön görülmektedir (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007: 44).

Geleceğin hastane yöneticileri ise, kurumlarının uzun dönemli hedef ve vizyonlarını göz önünde bulundurup, geleceğe hazır bulunmak için stratejiler geliştirmelidir. Çünkü sağlık sistemlerindeki hızlı değişmektedir. Bu yüzden hastanelerin ekonomik, sosyal, epidemiyolojik ve teknolojik değişimleri öngörmeleri, bunlara yönelik planlar hazırlamaları varlıklarını sürdürebilmeleri açısından zorunluluk haline gelmiştir (Uğurluoğlu, 2013: 197).

Hastane yöneticisi, hastanesini profesyonel bir işletmecinin özel bir şirketi yönettiği gibi yönetmek zorundadır. Bunu yaparken; yatırım becerisine ve finansal çözümlere yakın olmalı, çalışanlarının memnuniyeti ile yakından ilgilenmeli, adil performans kriterleri koymalı ve uygulamalı, verilen hizmetin kalitesini, tıbbi hata oranlarını, hastaların memnuniyetini, çalışanlarının verimliliğini ölçmeli, iyileştirme çalışmaları yapabilmelidir (Tezcan, 2011).

Hastane bilgi sistemleri, hastane yönetimi konusunda hastane yöneticilerinin en büyük yardımcısıdır. Bu nedenle geleceği yönetecek hastane yöneticisinin, hastane bilgi sistemlerine hakim olması ve teknolojiyi yakından takip etmesi gerekmektedir.

Sonuç

Sağlık sektöründe hızlı gelişmeler meydana gelmektedir. Hızla gelişen teknoloji, nüfus yapısı, yaşam koşulları, beslenme koşulları ve değişen hastalık dokuları sağlık hizmetlerinin sunumunu doğrudan etkileyebilecek unsurlardır. Bu değişim sürecini anlayabilmek ve gelecekte bu alanda olabilecek gelişimleri öngörebilmek, hem ulusal sağlık politikalarına yön verebilmek hem de etkili ve verimli sağlık hizmetleri sunabilmek için planlamalar yapmak açısından önemlidir.

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte bakıma muhtaç yaşlı nüfusun barındırılması ve bu bireylerin sağlık sorunlarının giderilmesi olmak üzere çeşitli sorunlar meydana gelebilecektir. Bu nedenle hastaneler gelecek trendleri içerisinde yaşlılara yönelik verecekleri hizmetlere odaklanabilmek için çeşitli önlemleri almaya başlamalı, yapacakları yatırımları geriatri servislerine ve yaşlı bireylerin yoğun olarak ihtiyaç duyduğu fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirmeye başlamalıdır. Uzun süreli bakım evlerinde verilecek sağlık hizmetleri de sağlık kurumlarının gelecek planları arasında yer almalıdır. Maliyetlerden tasarruf sağlamak için alternatif bir sağlık bakım hizmeti olan evde bakım hizmetleri de yaygınlaşacaktır.

Bu çalışmada da görüldüğü gibi demografik değişiklikler, hastalık yapısındaki değişiklikler, bireylerin davranış şekillerinde meydana gelen değişiklikler, norm ve beklentilerin yükselmesi, sağlık bilişimindeki gelişmeler ve teknolojideki hızlı değişimler, hastanelerin geleceğinde önemli rol oynayan unsurlardır.

Kaynaklar

- 1.AKAR, Çetin., ÖZGÜLBAŞ, Nermin (2002). “Sağlık Kurumları Finansal Yönetiminde Gelecek Trendleri”, Ed. M. Coşkun, Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, 1. Baskı, s. 197-215
- 2.American Hospital Association, (2011), Hospitals and Care Systems of the Future: ABD, s. 1-27
- 3.BERWICK, Donald (1999), [Knowledge Always On Call: For Docs, Practicing Medicine Will Mean Providing Information More Than Providing Care](#), Modern Healthcare, 29 (39), s. 2
- 4.DWYER, William (1999), Toward A Bionic Future: Cloning, Dna Chips, Nanodevices Will Unlock A Brave New World, Modern Healthcare, 29 (39), s. 14
- 5.ERGENOĞLU, SUNGUR, Aslı ve AYTUĞ, Ayfer (2007), Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar Ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi, Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi E-Dergisi, 2(1), s. 44-63
- 6.HALLAM, Kristen (1999), Someone's Watching: As The Healthcare Tab Continues To Mushroom, The Enforcers Will Be Out In Force, Modern Healthcare, 29 (39), s. 24
- 7.Kaluzny, A. D., Shortell, S., M. (1997). Creating and Managing the Future. Chapter 15. Essentials of Health Care Management : USA.
- 8.MANDIRACIOĞLU, Aliye (2010), Dünyada Ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri, Ege Tıp Dergisi, 49(3), s. 39-45
- 9.MORRISON, Ian (1999),Creating A Vision From Our Values: Healthcare Leaders Need To Design A New Chassis To Support The Coming Technology, Modern Healthcare, 29 (39), s. 30
- 10.Nosta, J. (2011). “*The Big Think : The Future of Healthcare- Top 10 Trends That Are Changing Medicine*” <http://www.johnnosta.com/2011/12/the-big-think-the-future-of-healthcare-top-10-trends-that-are-changing-medicine/>, Erişim Tarihi: 12.05.2013
- 11.SAPHİR, Ann (1999), Forever Young: Long-Term-Care Industry Must Reinvent Itself To Keep Boomers, Minorities Happy, Modern Healthcare, 29 (39), s. 28.
- 12.SCHİMPFF, Stephen (2008), The Hospital Of The Future: Megatrends, Driving Forces, Barriers To Implementation, Overarching Perspectives, Major Trends Into The Future, Implications For Tatrç And Specific Recommendations For Action. Final Report: Columbia.
- 13.TEZCAN, Cenk (2011), “*Hastane Yöneticisi ve Bilişim Teknolojileri*” <http://www.cenktezcan.com/?p=22> , Erişim Tarihi: 27.07.2014
- 14.TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2013), *İstatistiklerle Yaşlılar*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara
- 15.UĞURLUOĞLU, ALDOĞAN, Ece (2013), “*Sağlık Kurumları Finansal Yönetiminde Gelecek Trendleri*”, Ed. İsmail Ağırbaş, Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, 1. Baskı, s. 197-215
- 16.Ünal, M. U. (2013), “*İzmir’de Sağlık Sektörüne Kısa Bir Bakış : Gelecekte Nasıl Bir Hastane Yapmalıyız?*” http://www.izmirforhealth.com/presentations/2_UlviUnal_KentHospital.pdf, Erişim Tarihi: 29.04.201
- 17.Vision 2020, (2008), The Future of Health Care in Alberta, s. 1-17

HASTA - HEKİM İLETİŞİM ANKETİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Burcu KAYA*

Ömer L. ANTALYALI**

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Avrupa ülkelerinde hasta-hekim iletişimini ölçmek ve ülkeler arası kıyaslama yapabilmek için en yaygın kullanılan ölçeğin Türkiye uyarlamasının yapılması ve Türkçe literatüre kazandırılmasıdır. Türkçeye kazandırılan böyle bir ölçek ile yapılacak çalışmalarla, hasta-hekim iletişimi konusunda Türkiye'nin Avrupa ülkeleri arasında durumunun incelenebilmesi mümkün olacaktır.

Bu çalışmada, Avrupa ülkelerinde kullanılan ve hasta hekim iletişimini ölçen çalışmaların ana kaynağı olan Salmon ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen PRF (The Patient Requests Form) anketinin Türkçeye "Hasta Hekim İletişim Anketi" şeklinde uyarlanarak, güvenilirlik ve geçerlik incelemesi gerçekleştirilmiştir. 42 maddeden oluşan ve dörtlü cevap seçeneği olan PRF anketi 3 boyuttan oluşmaktadır. Anket 3 ayrı çevirmen tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiş ve 5 ayrı uzman tarafından madde puanlama yöntemiyle değerlendirilmiştir. Yüzeysel geçerlilik için hastalarla görüşülmüş ve ankette gerekli revizyonlar sağlanmış ve uzman görüşleriyle beraber madde sayısı 48'e çıkarılmıştır. Araştırma için örneklem Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nden seçilmiştir. İki ayrı klinikten ikişer hekimin hastalarından veri toplanmıştır. Her bir herkimin ortalama 100 hastası ile görüşülerek toplamda 401 hastaya ulaşılmıştır. Hastalardan alınan verilerle ölçüm aracı olarak kullanılan anketin iletişim kalitesini ayırıştırıp ayırıştırmadığını incelemek için, hekimlerin hasta ile iletişim yönü, hastane personelinin görüşleri alınarak puanlanmıştır. Böylelikle ölçüt geçerliliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır.

Ülkemizde hasta hekim iletişimine yönelik üzerinde uzlaşma sağlanmış ve yaygın kullanımı olan bir ölçeğe rastlanmadığı ve dolayısıyla uluslar arası çalışmalara imkan sağlanamadığı için bu çalışma ile geliştirilecek ölçek, hasta hekim iletişimi ile ilgili gerçekleştirilecek çalışmalara önemli bir kaynak olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta-Hekim, İletişim, Geçerlik, Güvenirlilik

* Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, seymanburcu@windowslive.com

**Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi İletişim Fakültesi, omer_antalyali@yahoo.com

Giriş

Sağlık, birçok boyutuyla öncelikle toplumsal bir olgudur (Cirhinlioğlu, 2001: 5). Hekim-hasta iletişimi, her iki tarafın da birbirinden karşılıklı olarak etkilendiği bir süreçtir. Bu süreçte, muayene sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir. (Aydın ve Kurdak, 2004: 55). Bu muayeneler esnasında hastadan hekime yönelen bilgi akışı hekimle hasta arasındaki iletişimin önemli bir kısmını oluşturur. Bu nedenle hastaya kendisini tümüyle ortaya koyabileceği sorular sormak da iletişim için çok önemlidir (Oğuz, 1995: 62).

Hasta ile hekim arasında yeterince etkin bir iletişim kurulamazsa hekim hem hastasının güvenini kaybeder hem de teşhis için yeterli bilgiyi elde etmekten mahrum kalır. Bu da başarısız teşhis ve tedavi sonucu hasta memnuniyetsizliğini doğurur, hekimi de mesleki yönden başarısız kılar (Kutlu et al., 2010: 141).

Hasta-Hekim arasındaki iletişimsizlik konusunda yapılmış birçok çalışmaya göre hasta ve doktor arasında bir iletişim sorunu mevcuttur. Hasta-doktor görüşmelerinin %69’unda doktor, hastasının konuşmasını görüşmenin başlangıcından itibaren ortalama 18. saniyede kesmekte ve bu hastaların yalnızca %2’sinden azı konuşmaya devam etmektedir (Hampton, vd. 1975: 486-9).

Sağlıklı bir hasta-hekim iletişimi için doğru bir iletişim kurulmalıdır. Doğru bir iletişimde ilk karşılaşma çok önemlidir. Sosyal bilimlerde hasta ile hekim arasındaki iletişim konusu detayları ile birlikte çoğu kez araştırılmıştır. Fakat bu çalışmada, Avrupa ülkelerinde en yaygın kullanılan ölçeğin Türkiye uyarlamasının yapılması ile hasta-hekim iletişimi konusunda Türkiye’nin Avrupa ülkeleri arasında durumunun incelenmesi mümkün olacaktır.

Bu çalışma, akademik alanda görünen bu boşluğu dolduracak olması nedeniyle özgün ve önemli bir değere sahiptir. Araştırmanın, ileride bu konuda yapılabilecek çalışmalara kaynak teşkil etmesi bakımından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Amaç

Bu çalışmanın amacı, Avrupa ülkelerinde hasta-hekim iletişimini ölçmek ve ülkeler arası kıyaslama yapabilmek için en yaygın kullanılan ölçeğin Türkiye uyarlaması ve Türkçe literatüre kazandırılmasıdır. Türkçeye kazandırılan böyle bir ölçek ile yapılacak çalışmalarla, hasta-hekim iletişimi konusunda Türkiye’nin Avrupa ülkeleri arasında durumunun incelenmesi mümkün olacaktır.

Yöntem

Bu çalışmada, Avrupa ülkelerinde kullanılan ve hasta hekim iletişimini ölçen çalışmaların ana kaynağı olan Salmon vd. (1995) tarafından geliştirilen PRF (The Patient Requests Form) anketinin Türkçeye “Hasta Hekim İletişim Anketi” şeklinde uyarlanarak,

güvenirlilik ve geçerlik incelemesi gerçekleştirilmiştir. 42 maddeden oluşan ve dörtlü cevap seçeneği olan PRF anketi 3 boyuttan oluşmaktadır. Anket 3 ayrı çevirmen tarafından birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmiş ve 5 ayrı uzman tarafından madde puanlama yöntemiyle değerlendirilmiştir. Yüzeysel geçerlilik için hastalarla görüşülmüş ve ankette gerekli revizyonlar sağlanmış ve uzman görüşleriyle beraber madde sayısı 48'e çıkarılmıştır.

Verilerin analizi aşamasında ise, SPSS yazılım programı ile faktör analizi yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma için örneklem Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi'nden seçilmiştir. 2 ayrı klinikten, 4 hekimin hastalarından veri toplanmıştır. Her bir hekimin ortalama 100 hastası ile görüşülerek toplamda 401 hastaya ulaşılmıştır.

Bulgular

Bu çalışmadaki anket çalışmasında 42 soru Salmon vd.'nin (1995) ölçeğinden 5 ayrı uzman tarafından çevrilmiştir. Salmon vd.'nin (1995) ölçeğinin kısa formu olan Brink-Muinen vd. (2000) 14 sorusu da yine aynı uzmanlar tarafından çevrilmiş ve eşleşen sorular tespit edilmiştir. Sorulara nihai şekli verildikten sonra alan uzmanlarının onayı alınmıştır. 1 soru etik kaygılar nedeniyle çıkarılmıştır. Ölçekte 4'lü cevapla seçeneği bulunmaktadır. Katılımcılar, ifadelere “Hiç”, “Az”, “Epey”, “Tam” seçeneklerini vermektedir.

41 soru faktör analizi bulguları ve kapsam geçerliliğine dikkat edilerek 16 soruya indirilmiştir. Birbirine benzeyen sorular arasında faktör yapısına en uygun olanlar tercih edilmiştir. 16 soru ile %61 açıklayıcılıkta 3 faktörlü yapı elde edilmiştir. Elde edilen 3 faktörlü yapı gerek . Salmon vd.'nin (1995) gerekse de Brink-Muinen vd.'nin (2000) elde ettiği faktör yapısı ile uyumludur. Sadece 1 soruda Salmon vd. (1995) ile farklılık söz konusudur. “Tetkik” ile ilgili olan bir soru Salmon ölçeğinde “Açıklama” boyutunda ele alınmıştır. Bu soru Brink-Muinen ölçeğinde ise mevcut değildir. Bu çalışmada bahsi geçen soru “Tetkik” boyutuna yüklenmiştir. Daha doğru bir yapı olduğu düşüncesi ile sorunun çıkarılması yerine “Tetkik” boyutunda kullanılması uygun görülmüştür.

Birinci faktörde 9 değişken bulunmaktadır. Değişkenlerin ortalamaları 4 üzerinden 1,89-2,40 arasındadır. Dönüştürülmüş bileşen matris katsayıları 0,61-0,75 arasındadır. Oransal ortak evren varyansları 0,46-0,62 arasındadır. Madde toplam korelasyonları 0,58-0,69 arasındadır. 9 soruluk ölçeğin güvenilirlik alpha değeri ise 0,88'dir. Bu faktörde bir araya gelen soru grubu “Açıklayıcılık” olarak isimlendirilmiştir.

İkinci faktörde 4 değişken mevcuttur. Değişkenlerin ortalamaları 4 üzerinden 1,44-1,66 arasındadır. Dönüştürülmüş bileşen matris katsayıları 0,63-0,73 arasındadır. Oransal ortak evren varyansları 0,68-0,76 arasındadır. Madde toplam korelasyonları 0,65-0,75 arasındadır. 4 soruluk ölçeğin güvenilirlik alpha değeri ise 0,85'tir. Bu faktörde bir araya gelen soru grubu “Psikolojik Destek” olarak isimlendirilmiştir.

Üçüncü faktöre ise 3 değişken yüklenmiştir. Değişkenlerin ortalamaları 4 üzerinden 2,59-2,94 arasındadır. Dönüştürülmüş bileşen matris katsayıları 0,72-0,85 arasındadır. Oransal ortak evren varyansları 0,59-0,75 arasındadır. Madde toplam korelasyonları 0,50-0,73 arasındadır. 3 soruluk ölçeğin güvenilirlik alpha değeri ise 0,80’dir. Bu faktörde bir araya gelen soru grubu ise “Tetkik” olarak isimlendirilmiştir.

Sonuçlar

Hasta-hekim iletişimini ölçmek için yapılan faktör analizi sonucuna göre açıklayıcılık, psikolojik destek ve tetkik boyutları olmak üzere 3 boyutlu nitelikli bir ölçeğe* ulaşıldığı söylenebilir.

PRF (The Patient Requests Form) anketinin Türkçeye “Hasta Hekim İletişim Anketi” şeklinde uyarlanmış hali hasta ile hekim arasındaki iletişimi ölçen 3 boyutlu güvenilir ve geçerli bir ölçme aracıdır. Analiz edilen ölçeğin, güvenilirlik ve geçerlikleri onun kullanıma hazır olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde hasta hekim iletişimine yönelik, üzerinde uzlaşma sağlanmış ve yaygın kullanımı olan bir ölçeğe rastlanmadığı ve dolayısıyla uluslar arası çalışmalara imkan sağlanamadığı için bu ölçek, hasta hekim iletişimi ile ilgili gerçekleştirilecek çalışmalara önemli bir kaynak olacaktır.

Kaynaklar

- 1.AYDIN S, KURDAK H, (2004). Aile Doktorları İçin Kurs Notları-1. Aşama, February18, 2012: 55 <http://aile.mersinsaglik.gov.tr/download/ailehekkursnotlari.doc>.
- 2.BRINK-MUINEN AV, VERHAAK PFM, BENSING JM, BAHRS O, DEVEUGELE M, GASK L, LEIVA F, MEAD N, MESSERLI V, OPPIZZI L, PELTENBURG M, PEREZ A, (2000). Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients’ perspective. Patient Education and Counseling. 39:115–127.
- 3.CİRHİNLIOĞLU Z. (2001). Sağlık Sosyolojisi. 1. Basım. Ankara: Nobel Yayınları
- 4.HAMPTON, J.R. HARRISON, M.J. MITCHELL, J.R. PRICHARD, J.S. (1975). Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J. May 31,; 2(5969): 486–489.
- 5.KUTLU M, ÇOLAKOĞLU N, ÖZGÜVENÇ Z.P, (2010). Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(2), 127-143.
- 6.SALMON P, MAY C. (1995) Patients' influence on doctors' behavior: a case study of patient strategies in somatization. Int J Psychiatr Med, 25: 309-319 (* Ölçeği kullanmak isteyen araştırmacılar, bu çalışmanın araştırmacılarına ulaştıkları takdirde, ölçek paylaşılacaktır.)

MALİYET ANALİZİ

RADYOLOJİ ÜNİTESİNDE MR MALİYET HESAPLAMALARI

Aslı KAYA*

ÖZET

Her türlü işletmelerin kârlarını maksimize etmeleri için maliyetlerini düşük tutma temel amaçlarından biridir. İşletme olarak emek-yoğun hizmet veren hastanelerinde temel amaçlarından birisi kârı arttırmak son yıllarda önem kazanmıştır. Bu bağlamda, sağlık idaresi ve hastane yönetiminin karar alma sürecini etkileyen maliyet analizleri yapılmakla beraber en iyi, ucuz ve kaliteli sağlık hizmetinin nasıl olacağı araştırma konusu olarak halen daha araştırılmaktadır. Emek-yoğun hizmet sunan hastaneler ve sağlık kuruluşları maliyet tekniklerini birim ve departmanlarda uygulayarak en iyi modelleri oluşturmaya çalışmaktadır.

Çalışmanın konusunu, hastane birimlerinden olan radyoloji bölümünün MR biriminin maliyet analizi yapılarak, yönetimin karar sürecine yardımcı olabilecek veriler sunma hedeflenmiştir. Çalışma üniversite hastanesi radyoloji biriminde yapılmıştır. Radyoloji bölümünde MR maliyetlerinin aylık verileri ışığında maliyet analizi yapılarak kâr-zarar durumu araştırılmıştır. Bu çalışma bir aylık süre içerisinde radyoloji bölümünde yapılmış, veriler ve maliyet analizi sonucunda kullanılmayan MR türleri (atıl) ve mevcut (kullanılmakta) olanlar belirlenmiş ve değişken ile sabit maliyetler ışığında hesaplanmıştır. Oluşturulan modelde personel maaşları, MR birim maliyet ve istatistikleri, değişken ve sabit giderler veri olarak kullanılmıştır. Elde edilen sonuç ile hastanenin MR bölümünde kâra gittiği görülmüştür.

Bu çalışmada, kullanılan sistem ile yönetim için karar alma sürecini etkileyecek veriler elde edilmiştir. Aylık olarak kâr-zarar analizi yapabilme imkanı sunan bu model ışığında, ilgili birimde maliyet hesaplaması, analiz ve yorumları yapılmıştır. Uygulama diğer birimler içinde, maliyet analizinde kullanılabilecek bir model örneğidir.

Anahtar Kelimeler: radyoloji maliyeti, hastanelerde maliyet muhasebesi, hastane maliyetleri

*Uzm., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD., Doktora Öğrencisi, aslikaya16@yahoo.com

ABSTRACT

All kinds of businesses to maximize their profits for one of the main objectives is to keep costs low. Businesses serving as a labor-intensive hospitals is one of the main objectives to increase profits gained importance in recent years. In this context, health administration and hospital management decision-making processes that affect the cost analysis done but the best, cheap and high quality health services research topics as how still be investigated. Labor-intensive hospitals and health care organizations that provide services and departments in unit costs by applying techniques to create the best model is working.

The subject of the study, the radiology department of a hospital unit cost analysis was made of the MR unit, management's decision-making process is intended to provide data that can help. The study was conducted in a university hospital radiology units. Mr monthly data in the radiology department costs are analyzed in the light of the cost-benefit case was investigated. This study performed in the radiology department within a period of one month, and the cost of data analysis used in Mar types (discarded) and the present (being used), and variable and fixed costs are determined in the light was calculated. Staff salaries in the model, MR and statistics unit costs, variable and fixed costs are used as data. The results obtained in the profits go to the hospital section of the MR was observed.

In this study, the systems used to influence the decision making process for the management data is obtained. Monthly profit and loss analysis, offering to make light of this model, the relevant unit cost calculation, analysis and review were conducted. Applications in other units, the cost is an example of a model that can be used in the analysis.

Key Words: radiology costs, cost accounting in hospitals, hospital costs

Giriş

Bir toplumun gelişmişlik düzeyini gösteren unsurlardan biri olan sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamalarının yüksek oluşu, birey ve toplum sağlığına verilen değerin göstergesidir. Ülkelerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarının, büyük bir kısmını sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Gelişmişlik düzeyine ulaşmış bir ülke olabilmek için sağlıklı bir toplum ve sağlıklı bir birey ile sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi önem arz etmektedir.

Bu çerçeveler ışığında sağlık idaresi ve hastane yönetiminin karar alma sürecini etkileyen maliyet analizleri yapılmakla beraber en iyi, ucuz ve kaliteli sağlık hizmetinin nasıl olacağı araştırma konusu olarak halen daha araştırılmaktadır. Bu bağlamda, sağlık sisteminde alt sistemi oluşturan hastanelerin, kendilerine tahsis edilen kıt kaynakları en yüksek yararı sağlayacak şekilde kullanmaları gerekmektedir. Bu nedenle, hastanelerin maliyetlerini kontrol altına alarak birim bazında giderlerini düzenli olarak hesaplamaları ve esas üretim yerlerine ait birim maliyetlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Esatoğlu, 2010:17-18).

Maliyet kavramı geniş anlamıyla 'bir amaca ulaşmak, bir nesneye sahip olabilmek için katlanılan fedakarlıkların parasal ifadesi' olarak tanımlanmıştır (OTLU, 2014:19). Hastane işletmelerinde sunulan sağlık hizmetlerine ait maliyetlerin kontrol altına alınmasıyla hastane yöneticileri; maliyetlerin azaltılması, sunulan hizmet kalitesinin artırılması, kullanılan her türlü girdi ve çıktının etkin ve verimli kullanılması gibi konularda daha doğru kararlar alabilmektedir (Kısakürek, 2010:230). İşte bu noktada da hastane işletmeleri için maliyet analizinin önemi ortaya çıkmaktadır. Tüm kamu ve özel hastane işletmeleri kaliteli hizmet vererek hastamemnuniyetini yükseltip hastalar tarafından tercih edilebilir olma yarışına girmişlerdir.

Günümüzde maliyet hesaplamalarının önem kazandığı sektörlerden olan sağlık sektörü, kârı arttırmak için maliyeti minimum yapabilmek için hastanelerin birim birim maliyet analizlerinin hesaplanmasına ihtiyaç duymuşlardır. Hastane birimlerinin ayrı ayrı maliyet hesapları yapılmaya çalışılsa da henüz ortak karara bağlanıp standartlaştırılmış modeller henüz oluşturulamamıştır. İşte bu nokta da bu çalışma bir model örneği olarak literatüre katkı sağlamak için hazırlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, gerek özel gerekse kamu hastanelerinde radyolojik tetkiklerin maliyet analizleri üzerinde durulacaktır. Amaç, doğru maliyet verilerini ortaya koyarak hastane idaresi ve yönetimine doğru karar alabilmelerinde, kaliteli hizmet sunumunda, performans denetimi, iç kullanıcılara bilgi vermek amacıyla ve geliştirme çabalarına ek katkı sağlamak için hazırlanmıştır. Fırat Üniversitesi Hastanesi MR verileri ışığında radyoloji tetkikleri hesaplanmaya ve maliyet analizi üzerinde çalışılmıştır. Yapılan tüm radyolojik tetkikler Eylül 2013 verileri içinde ay bazlı hesaplanmış ve aylık kâr-zarar mevcut durumu araştırılmıştır.

Evren ve Örneklem

Fırat Üniversitesi Hastanesi Radyoloji bölümünde Eylül 2013 (bir aylık) süre baz alınarak yapılan tetkiklere ulaşılmıştır. Araştırmanın niteliği ve süre kısıtı dikkate alınarak, örneklem olarak 35 radyolojik tetkik üzerinden maliyet incelenmeye çalışılmıştır. Kurum içerisinde poliklinik ve klinik istemler ışığında radyolojik istem miktarları, birim fiyatları, personel giderleri olmak üzere birim kâr-zarar durumu hesaplanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aşamasında, hastanenin tıbbi, idari ve mali kayıtlarından yararlanılmıştır. Çalışanlar ile görüşmeler yapılarak verilere ulaşılmıştır. Çalışma 2013 Eylül ayı için maliyet analizi araştırması yapılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın veri toplama aşamasında elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, Excell programında maliyet formülleri kullanılarak ve oluşturulmuş olan maliyet modelinden yararlanılmaya ve analiz edilmeye çalışılmıştır.

Bulgular

İlk Madde ve Malzeme Giderlerinin Hesaplaması

Eylül 2013 radyoloji birimine ait kullanılan malzeme, miktarları ile ilgili veriler yukarıdaki tabloda yerleştirilmiş ve kullanım miktarı ve birim fiyatının çarpımı toplam maliyeti vermiştir. Bu bilgiler ışığında radyoloji biriminde tetkikler esnasında kullanılan pamuk, 5'lik enjektör ve 10'luk enjektör ile kontrastlı çekimlere ait (tüm işlemler kontrastlı yapılmaktadır) kullanım miktarı ve birim fiyatları görülmektedir. Kontras ilacı bir bütün olarak 45.00 TL olarak hastalara enjektörlerle bölüştürülmekte ve yaklaşık kullanım miktarı olarak aylık 300 birime tekabül etmektedir. Verilerin hesaplanması sonucunda Eylül 2013 ayına ait direkt ilk madde ve malzeme toplam maliyeti 832.50 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1: İlk Madde ve Malzeme Giderleri

DİREKT İLK MADDE VE MALZEME MALİYETLERİ HESAPLAMA TABLOSU (Eylül 2013)						
MALZEME KODU	MALZEME ADI	KULLANIM MİKTARI	KULLANIM ÖLÇÜSÜ	BİRİM FİYAT	TOPLAM MALİYET	%
15003030199094,00	PAMUK	5	KG	1,50	7,50	0,90%
	ENJEKTÖR	500	ADET	0,75	375,00	45,05%
15003030101006,00	5 LİK ENJEKTÖR	264	ADET		0,00	0,00%
15003030101007,00	10 LUK ENJEKTÖR	236	ADET		0,00	0,00%
	KONTRAST MADDE-TÜM İŞLEMLER İLAÇLI YAPILMAKTADIR.	300	KG	1,50	450,00	54,05%
	EMARAY 15 LİK	115			0,00	0,00%
	EMARAY 20 LİK	185			0,00	0,00%
2103 YILI EYLÜL AYI TOPLAM İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ					832,50	100,00%

İşçilik Giderlerinin Hesaplanması

Eylül 2013 radyoloji birimine ait işçilik giderleri verileri tabloda görüldüğü üzere radyoloji bölümünde her ay olarak görevlendirilen bir hoca ve araştırma görevlisi ile taşeron ve 657'ye tabi memurların aylık maaşlarından oluşmaktadır. Radyoloji bölümünde hemşire çalıştırılmamakla beraber brüt maaşları, brüt primleri ve fazla mesailerinden oluşan bir maliyet söz konusudur. Brüt maaş ve brüt primlerin değerleri hesaplama kolaylığı sağlayabilmek için yaklaşık değerler olarak ele alınmıştır. Verilerin ışığında 2013 Eylül işçilik giderleri 27,173.84 TL dir.

Tablo 2: İşçilik Giderleri

DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ HESAPLAMA TABLOSU (Eylül 2013)							
PERSONEL TÜRÜ	PERSONEL ADI	2013 Eylül BRÜT MAAŞI- ÜCR.	2013 Eylül BRÜT PRİM (DS vb.)	2013 Eylül BRÜT FAZLA ÇALIŞMA ÜCRETİ	TOPLAM MALİYETİ	PER. GRUBU TOPLAM MALİYETİ	%
HEKİM ÜCRETLERİ						6.820,00	25,10%
	DOÇ.DR.X	4.000,00	430,00	0,00	4.430,00		
	ARŞ.GRV.DR.YEŞİM ERDOĞAN	2.100,00	290,00	0,00	2.390,00		
					0,00		
					0,00		
HEMŞİRE ÜCRETLERİ						0,00	0,00%
BU BÖLÜMDE HEMŞİRE ÇALIŞMAMAKTADIR.					0,00		
DİĞER SAĞ.PER.ÜCR. (Lab.Tekn.vb.)						14.750,00	54,28%
	RIFAT HARMAN	2.540,00	724,00	0,00	3.264,00		
	NİLGÜN YILDIRIM	2.315,00	662,00	0,00	2.977,00		
	ULAŞ CEYLAN	2.213,00	594,00	24,00	2.831,00		
	NURSEL YILMAZ	2.224,00	597,00	0,00	2.821,00		
	NESLİHAN SEKÜ	2.752,00	872,00	0,00	0,00		
KADROLU 657	TUBA KARAGÖZ	2.254,00	595,00	8,00	2.857,00		
DİĞER PERS. ÜCRETLERİ						5.603,84	20,62%
	TARIK DİNÇER-TEKNİKER	1.327,95	299,00	0,00	1.626,95		
	ORHAN ÖZTÜRK-TAŞERON ELEMANI	925,78	322,37	0,00	1.248,15		
	HANDE GÜL-TEKNİKER	0,00	0,00	0,00	0,00		
	AHMET DİK-SAĞLIK MEMURU	1.225,80	299,00	0,00	1.524,80		
	SEKRETER AYTÜL ALAMEL	881,57	322,37	0,00	0,00		
TAŞERON	SEKRETER GÜLAY KÜÇÜK	881,57	322,37	0,00	1.203,94		
2013 YILI EYLÜL AYI TOPLAM PERSONEL ÜCRET GİDERLERİ						27.173,84	100,00%

Toplam Maliyetin Hesaplanması

Radyoloji birimine ait Eylül 2013 toplam maliyetini hesapladığında;

Toplam Maliyet = Direkt İlk Madde ve Malzeme Giderleri Toplam + Direkt İşçilik Giderlerinden oluşmaktadır.

Direkt İlk Madde ve Malzeme Giderleri Toplamı 832.50 TL ve Direkt İşçilik Giderleri 27,173.84 TL'dir. Toplam Maliyet (832.50 TL+ 27,173.84 TL) 28,006,34 TL dir.

Tablo 3: Toplam Maliyet

TOPLAM MALİYET HESAPLAMA TABLOSU (Eylül 2013)			
GİDER ÇEŞİDİ	AYRINTI YTL	TOPLAM TL)	%
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ TOPLAMI		832,50	2,97%
DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ TOPLAMI		27.173,84	97,03%
Hekim Ücretleri Toplamı	6.820,00		
Hemşire Ücretleri Toplamı	0,00		
Diğer Sağlık Personeli Ücretleri Toplamı	14.750,00		
Diğer Personel Ücretleri Toplamı	5.603,84		
2013 YILI EYLÜL AYI MR GÖR.BİR. DİREKT TOPLAM MALİYETLERİ		28.006,34	100,00%

Üretim Miktarı (MR Tetkik Miktarı)

2013 Eylül ayı içerisinde radyoloji bölümünden istenen tetkik miktarları verilmiştir.

Tablo 4: Üretim Miktarı (MR Tetkik Miktarı)

FİİLİ TETKİK ÜRETİM İSTATİSTİKLERİ (Eylül 2013)			
TETKİKİN BUT/SUT KODU	TETKİKİN ADI	FİİLİ ÜRETİM	BUT/SUT
		MİKTARI	PUANI
804.170	MR, akciğer ve mediasten	18	109,61
804.180	MR, abdomen, alt	42	109,61
804.190	MR, beyin	24	109,61
804.200	MR, BOS akım	42	109,61
804.210	MR, boyun	47	109,61
804.220	MR, diffüzyon	5	109,61
804.230	MR, dinamik	12	109,61
804.240	MR, Eklem tek	46	109,61
804.250	MR, ekstremitte tek taraflı	13	109,61
804.260	MR, fonksiyonel	20	109,61
804.270	MR, hipofiz	6	109,61
804.280	MR, kardiak	25	109,61
804.290	MR, kardiak fonksiyon	23	109,61
804.300	MR, kardiakperfüzyon	14	109,61
804.310	MR, kulak	11	109,61
804.320	MR, vertebra, lomber	55	109,61
804.330	MR, meme	24	109,61
804.340	MR Anjiyografi	30	109,61
804.350	MR Kolanjiyografi	56	109,61
804.360	MR Myelografi	39	109,61
804.370	MR Spektroskopi (tek voksel tek eko)	4	103,04
804.380	MR Spektroskopi (multivoksel tek eko)	5	109,61
804.390	MR ürografi	42	109,61
804.400	MR artrografi	25	109,61
804.410	MR, diğer	23	109,61
804.420	MR, Nazofarinks	25	109,61
804.430	MR, Orbita	16	109,61
804.440	MR, Perfüzyon	24	109,61
804.450	MR, Vertebra, servikal	23	109,61
804.460	MR, Temporomandibuler eklem (tek eklem)	15	109,61
804.470	MR, Vertebra, torakal	20	109,61
804.480	MR, Abdomen, üst	35	109,61
804.490	MR, tüm vücut metastaz tarama, hareketli masa ile	13	109,61
804.500	MR, Girişimsel	45	109,61
804.510	MR, Yüz	16	109,61
TOPLAM TETKİK ADEDİ		883	

Birim Maliyetin Hesaplanması

Tablo 5: Birim Maliyet

BİRİM MALİYET HESAPLAMA TABLOSU (Eylül 2013)						
TETKİKİN BUT/SUT KODU	TETKİKİN ADI	FİİLİ ÜRETİM MİKTARI	BUT/SUT PUANI	DÖNÜŞTÜRME KATSAYISI	DÖNÜŞTÜRÜLMÜŞ ÜRETİM MİKTARI	FİİLİ BİRİM MALİYETLER
804170	MR, akciğer ve mediasten	18	109,61	1,00	18,00	31,73
804180	MR, abdomen, alt	42	109,61	1,00	42,00	31,73
804190	MR, beyin	24	109,61	1,00	24,00	31,73
804200	MR, BOS akım	42	109,61	1,00	42,00	31,73
804210	MR, boyun	47	109,61	1,00	47,00	31,73
804220	MR, diffüzyon	5	109,61	1,00	5,00	31,73
804230	MR, dinamik	12	109,61	1,00	12,00	31,73
804240	MR, Eklem tek	46	109,61	1,00	46,00	31,73
804250	MR, ekstremitte tek taraflı	13	109,61	1,00	13,00	31,73
804260	MR, fonksiyonel	20	109,61	1,00	20,00	31,73
804270	MR, hipofiz	6	109,61	1,00	6,00	31,73
804280	MR, kardiak	25	109,61	1,00	25,00	31,73
804290	MR, kardiak fonksiyon	23	109,61	1,00	23,00	31,73
804300	MR, kardiakperfüzyon	14	109,61	1,00	14,00	31,73
804310	MR, kulak	11	109,61	1,00	11,00	31,73
804320	MR, vertebra, lomber	55	109,61	1,00	55,00	31,73
804330	MR, meme	24	109,61	1,00	24,00	31,73
804340	MR Anjiyografi	30	109,61	1,00	30,00	31,73
804350	MR Kolanjiyografi	56	109,61	1,00	56,00	31,73
804360	MR Myelografi	39	109,61	1,00	39,00	31,73
804370	MR Spektroskopi (tek voksel tek eko)	4	103,04	0,94	3,76	29,82
804380	MR Spektroskopi (multivoksel tek eko)	5	109,61	1,00	5,00	31,73
804390	MR ürografi	42	109,61	1,00	42,00	31,73
804400	MR artrografi	25	109,61	1,00	25,00	31,73
804410	MR, diğer	23	109,61	1,00	23,00	31,73
804420	MR, Nazofarinks	25	109,61	1,00	25,00	31,73
804430	MR, Orbita	16	109,61	1,00	16,00	31,73
804440	MR, Perfüzyon	24	109,61	1,00	24,00	31,73
804450	MR, Vertebra, servikal	23	109,61	1,00	23,00	31,73
804460	MR, Temporomandibuler eklem (tek eklem)	15	109,61	1,00	15,00	31,73
804470	MR, Vertebra, torakal	20	109,61	1,00	20,00	31,73
804480	MR, Abdomen, üst	35	109,61	1,00	35,00	31,73
804490	MR, tüm vücut metastaz tarama, hareketli masa ile	13	109,61	1,00	13,00	31,73
804500	MR, Girişimsel	45	109,61	1,00	45,00	31,73
804510	MR, Yüz	16	109,61	1,00	16,00	31,73
TOPLAM DÖNÜŞTÜRÜLMÜŞ TETKİK ADEDİ					882,76	
DÖNEM DİREKT TOPLAM MALİYETİ (TL)					28.006,34	
DÖNEM EŞDEĞER ÜRETİM BİRİM MALİYETİ (TL)					31,73	

Yukarıdaki tabloda veriler ışığında radyoloji birimde eylül 2013 ayı içerisinde istemi yapılan ve gerçekleştirilen tetkik miktarı dönüştürülmüş 882,76 adettir. Dönem direkt toplam maliyeti 28,006,34 TL olup tetkik birim maliyeti 28,006,34 TL/ 882,76 adet = 31,73 TL/adet olarak hesaplanmıştır.

‘Dönüştürülmüş üretim miktarı = Fiili üretim miktarı x Dönüştürme katsayısı’ olarak hesaplanmıştır. Dönüştürme katsayısı, üniteye her biri birimin bir adet yapıldığı düşünülmektedir.

Kârlılık Analizlerinin Hesaplanması

Aşağıdaki tabloda 2013 Eylül ayına ait istem yapılmış ve hastaya uygulanmış tetkiklerin miktarları ve birim maliyetlerinin çarpımı ile elde edilen gelir arasındaki farklar analiz edildiğinde, tüm yapılan radyoloji istemlerinin kârı etkilediğini ve gelir taşıyıcı olduğunu söyleyebiliriz. Tablonun kârlılık analizi için şu formüllerden yararlanılmıştır.

$$\text{Gelir/Gider Farkları} = \text{Toplam Gelir} - \text{Toplam Maliyet}$$

$$\text{Toplam Maliyet} = \text{Fiili Üretim Miktarı} \times \text{Fiili Birim Maliyet}$$

Toplam gelir ile ilgili veriler ilgili birimlerden elde edilmiştir. Yapılan işlemlerin istatistik bilgileri, hastane döner sermayesi ve yönetiminden sağlanmıştır.

Formüller sonucu bulunan değerler tabloda ilgili sütun ve satırlara yerleştirilmiş olup, radyoloji biriminin ay itibariye kâr sağladığı gözlemlenmiştir.

Tablo 6: Kârlılık Analizleri Hesaplama Tablosu

KARLILIK ANALİZLERİ HESAPLAMA TABLOSU (Eylül 2013)							
TETKİKİN BUT/SUT KODU	TETKİKİN ADI	FİİLİ ÜRETİM MİKTARI	FİİLİ BİRİM MALİYETLER	TOPLAM MALİYETLER	BUT/SUT PUANI	TOPLAM GELİR (TL)	GELİR -GİDER FARKLARI
804170	MR, akciğer ve mediasten	18	31,73	571,07	109,61	1.170,00	598,93
804180	MR, abdomen, alt	42	31,73	1.332,49	109,61	2.730,00	1.397,51
804190	MR, beyin	24	31,73	761,42	109,61	1.560,00	798,58
804200	MR, BOS akım	42	31,73	1.332,49	109,61	2.730,00	1.397,51
804210	MR, boyun	47	31,73	1.491,12	109,61	3.055,00	1.563,88
804220	MR, diffüzyon	5	31,73	158,63	109,61	325,00	166,37
804230	MR, dinamik	12	31,73	380,71	109,61	780,00	399,29
804240	MR, Eklem tek	46	31,73	1.459,39	109,61	2.990,00	1.530,61
804250	MR, ekstremitte tek taraflı	13	31,73	412,44	109,61	845,00	432,56
804260	MR, fonksiyonel	20	31,73	634,52	109,61	1.300,00	665,48
804270	MR, hipofiz	6	31,73	190,36	109,61	390,00	199,64
804280	MR, kardiak	25	31,73	793,15	109,61	1.625,00	831,85
804290	MR, kardiak fonksiyon	23	31,73	729,70	109,61	1.495,00	765,30
804300	MR, kardiakperfüzyon	14	31,73	444,16	109,61	910,00	465,84
804310	MR, kulak	11	31,73	348,98	109,61	715,00	366,02
804320	MR, vertebra, lomber	55	31,73	1.744,92	109,61	3.575,00	1.830,08
804330	MR, meme	24	31,73	761,42	109,61	1.560,00	798,58
804340	MR Anjiyografi	30	31,73	951,78	109,61	1.950,00	998,22
804350	MR Kolanjiyografi	56	31,73	1.776,65	109,61	3.640,00	1.863,35
804360	MR Myelografi	39	31,73	1.237,31	109,61	2.535,00	1.297,69
804370	MR Spektroskopi (tek voksel tek eko)	4	29,82	119,29	103,04	244,40	125,11
804380	MR Spektroskopi (multivoksel tek eko)	5	31,73	158,63	109,61	325,00	166,37
804390	MR ürografi	42	31,73	1.332,49	109,61	2.730,00	1.397,51
804400	MR artrografi	25	31,73	793,15	109,61	1.625,00	831,85
804410	MR, diğer	23	31,73	729,70	109,61	1.495,00	765,30
804420	MR, Nazofarinks	25	31,73	793,15	109,61	1.625,00	831,85
804430	MR, Orbita	16	31,73	507,61	109,61	1.040,00	532,39
804440	MR, Perfüzyon	24	31,73	761,42	109,61	1.560,00	798,58
804450	MR, Vertebra, servikal	23	31,73	729,70	109,61	1.495,00	765,30
804460	MR, Temporomandibuler eklem (tek eklem)	15	31,73	475,89	109,61	975,00	499,11
804470	MR, Vertebra, torakal	20	31,73	634,52	109,61	1.300,00	665,48
804480	MR, Abdomen, üst	35	31,73	1.110,41	109,61	2.275,00	1.164,59
804490	MR, tüm vücut metastaz tarama, hareketli masa ile	13	31,73	412,44	109,61	845,00	432,56
804500	MR, Girişimsel	45	31,73	1.427,66	109,61	2.925,00	1.497,34
804510	MR, Yüz	16	31,73	507,61	109,61	1.040,00	532,39
DÖNEM TOPLAM MALİYETİ				28.006,34			
DÖNEM TOPLAM GELİRİ				57.379,40			
DÖNEM TOPLAM GELİR GİDER FARKI					29.373,06		
KONTROL TOPLAMI					29.373,06		
FARK					0,00		

Tartışma ve Sonuç

Yöneticilerin karar almalarında etkili olan maliyet analizleri her sektör için değer taşımakla beraber özellikle sağlık sektöründe büyük önem taşımaktadır.

2013 Eylül Fırat Üniversitesi Hastanesi Radyoloji birimine ait Kârlılık Analizinde sağlık için istemlerin israfa sebep olmaksızın kayda geçtiği ve işlemlerin uygulandığı görülmektedir. Veriler ışığında eylül ayına ait radyolojik tetkik istemleri sonucu hastane kâr elde etmiştir. Bu maliyet analizi aylar itibarıyla yapılarak her ay kârlılık oranları ivmelerini takip edebilme imkanı olabilmektedir.

Bu çalışmada, maliyet analizleri serisine yeni bir yaklaşım ve model uygulaması getirerekten hastane ve sağlık yöneticilerine finansal planlama, performans denetimi, kalite çalışmaları için katkı sağlanması ve maliyetlerin kontrol edilebilmesine yönelik bir örnek uygulaması çalışması olabileceği düşünülmüştür.

Kaynakça

- 1.ESATOĞLU Afsun Ezel, AĞIRBAŞ İsmail, PAYZİNER Doğanay Pınar, AKBULUT
- 2.Yasemin, GÖKTAŞ Bayram, ÖZATKAN Yonca, UĞURLUOĞLU Ece, YILDIRIM Türkan, TÖRÜNER Murat, HAYDAR Gök, ATASOY Çetin, ÇAKIR Selcan, ÖKTEN İlker (2010), **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Maliyet Analizi**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 63(1), s.17-18.
- 3.KISA Adnan, (2013), Zirve Üniversitesi, **Model Uygulaması Örneği**.
- 4.KISAKÜREK, M.Mustafa (2010), “Hastane İşletmelerinde Bölüm Maliyet Analizi:
- 5.Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bir Uygulama”, *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt 24, Sayı 3, s.229-256.
- 6.OTLU Fikret, (2014), **Maliyet Muhasebesi Ders Notları**.

NOT:Bu çalışmanın maliyet modeli Zirve Üniversitesi hocalarımızdan Prof.Dr. Adnan KISA hocamıza ait olmakla beraber ve yayınlanmamış yüksek lisans tezinde örnek uygulama verileri tarafımda hazırlanmış ve tez uygulamasında kullanılmıştır.

HEMŞİRELERDE DUYGUSAL EMEK: ÖLÇEK UYARLAMA ÇALIŞMASI

Ömer Lütfi ANTALYALI*

Dilek EV KOCABAŞ**

ÖZET

Bu çalışmanın amacı Türkçe literatüre hemşirelerin duygusal emek ölçümlerini yapabilmek adına kullanılacak geçerli bir ölçek kazandırılmasıdır. Ölçeği oluşturan maddelerin duygusal emek davranışını ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olup olmadığının bir göstergesi olan kapsam geçerliliği için konu hakkında uzman personele danışılmıştır. Elde edilen verilerin yapı geçerliliği için korelasyon ve faktör analizleri yapılmıştır. Analizler sonucu, ölçeğin orijinal faktör yapılanmasına uygun bir şekilde yüzeysel davranış, derinden rol yapma ve doğal duygular alt boyutlarından oluşan 3 faktörlü bir yapı gösterdiği belirlenmiştir. Duygusal Emek Ölçeğinin ölçüt bağımlı geçerliliği için ise Örgütsel Sinizm ölçeğinden faydalanılmıştır. Elde edilen bulgular neticesinde hemşirelere yönelik geliştirilen ölçeğin bundan sonraki çalışmalarda kullanılacak bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: *Duygusal emek, ölçek uyarlama, hemşireler*

*Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü, omer_antalyali@yahoo.com

** Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, dilekevdsu@gmail.com

EMOTIONAL LABOR IN NURSING: A STUDY OF SCALE ADAPTATION

ABSTRACT

The purpose of this study is to bring a valid scale to Turkish Literature to be able to perform measurements of emotional labor in nursing. A skilled personnel is consulted about the subject for the content validity which indicates whether the substances of the scale are enough or not with respect to measuring quality and quantity of emotional labor behavior. Correlation and factor analyses are made for structure validity of the acquired data. The results showed that the scale consists of three subdimensions as surface acting, deep acting and expression of natural felt emotions similar to the original form. As for the criterion referenced validity of Emotional Labor Scale, organizational cynicism scale is imposed on. As the result of gathered findings, the scale developed for nurses can be mentioned as a measuring device which can be used in the future studies.

KeyWords: Emotional labor, scale adaptation, nurses

1. Giriş

Günümüzde çalışanlar aldıkları ücret karşılığında hem kendi duygularını hem de karşı tarafın duygularını yönlendirmek durumundadır (Hochschild, 1983). Bu sebeple duygular bireyin kendi inisiyatifinden çıkarılıp belli davranış kurallarına bağlanmıştır. Örgütte çalışanlar, hangi durumda ne tip duygular göstermesi gerektiğini duygusal davranış kuralları ile ifade etmektedir (Diefendorff ve Richard, 2003). Bu davranış kalıpları sosyal normlar, mesleki normlar ve örgütün normlarına göre şekillenmektedir (Rafaeli ve Sutton, 1989).

Sağlık sektörü ele alındığında, çalışanlar hasta ile iletişimlerinde hastaya belli davranış kalıplarına göre davranır. Hasta memnuniyetini sağlamak, hastanın güvende ve rahat hissetmesini sağlamak için hastaya güler yüz göstermeye, sıcak ve samimi davranmaya çalışır.

Çalışmada, örneklem olarak hemşirelerin seçilmesinin sebebi hemşirelerin iş yoğunluğunun fazla olması, nöbet usulü çalışması, hasta ve hasta yakınlarıyla diğer sağlık personeline göre daha sık iletişim kurmasının gerekmesi ve hastanın tıbbi seyrine yerine göre sevincine yerine göre yakınlarının ölüm acısına tanık olması gibi sebeplerden dolayı duygusal emek harcama ihtimalinin diğer meslek gruplarına göre fazla olmasıdır.

2. Yöntem

Bu başlık altında araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan duygusal emek ve örgütsel sinizm ölçeği, araştırmada kullanılan istatistiksel analizlere ilişkin bilgiler sunulmaktadır.

2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Isparta il merkezindeki hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında bir üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi ve üç tane de özel hastane bulunmaktadır. Bu beş hastaneden 369 hemşireye ulaşılmıştır.

2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada hemşirelerin duygusal emek ölçümlerini yapabilmek için alanda en yaygın kullanılan Diefendorff ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen Duygusal Emek Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca Duygusal Emek Ölçeği'nin ölçüt bağımlı geçerliliğini test etmek için Örgütsel Sinizm Ölçeği'nden faydalanılmıştır. Araştırma verileri SPSS 17.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

3. Bulgular

Duygusal emek ölçeği ile ilgili yapılan anket çalışmasında 14 madde faktör analizi bulgularına ve kapsam geçerliliğine dikkat edilerek 11 maddeye indirilmiştir. Birbirine benzeyen maddeler arasında faktör yapısına en uygun olanlar tercih edilmiştir. Elde edilen 11 madde ile %52,89'luk açıklayıcılıkta 3 faktörlü yapı elde edilmiştir. Böylelikle ölçeğin yapı geçerliliği test edilmiştir. Elde edilen 3 faktörlü yapı Diefendorff ve arkadaşlarının (2005) elde ettiği faktör yapısı ile uyumludur. Elde edilen ölçek ile orijinal ölçek arasında 1 maddede farklılık söz konusudur. Orijinal ölçekte “Yüzeysel Davranış” boyutunda yer alan 1 madde katılımcılara ters kodlanmış bir şekilde yöneltilmiştir. İlgili madde bu çalışmada “Doğal Duygular” boyutuna yüklenmiştir. Daha uygun bir yapı olduğu düşüncesi ile ilgili maddenin ölçekten çıkarılması yerine “Doğal Duygular” boyutunda kullanılması uygun görülmüştür.

Ölçeğin faktör madde yükleri incelendiğinde birinci faktörde 3 madde bulunmaktadır. Madde faktör yükleri 0,741 ile 0,775 arasındadır. Bu faktörde bir araya gelen sorular “Derinden Rol Yapma” olarak adlandırılmıştır. Bu boyuttaki maddelerin Cronbach Alpha değeri 0,66'dır. İkinci faktörde 4 madde bulunmaktadır. Madde faktör yükleri 0,557 ile 0,800 arasındadır. Bu faktörde bir araya gelen sorular “Doğal Duygular” olarak adlandırılmıştır. Bu boyutta yer alan maddelerin Cronbach Alpha değeri 0,66'dır. Üçüncü faktörde ise 4 madde bulunmaktadır. Madde faktör yükleri 0,548 ile 0,710 arasındadır. Bu faktörde bir araya gelen sorular “Yüzeysel Davranış” olarak adlandırılmıştır. Bu boyutta yer alan maddelerin Cronbach Alpha değeri 0,58'dir. Ölçeğinin ölçüt bağımlı geçerliliği için Örgütsel Sinizm Ölçeği'nden faydalanılmıştır. Duygusal emek ölçeğinin yüzeysel davranış alt boyutu ile örgütsel sinizmin bilişsel boyutu arasında pozitif ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu, ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliliğine uygun olduğunu göstermektedir.

4. Sonuç

Hemşirelerin duygusal emek düzeylerini ölçmek için alanda en yaygın kullanılan ölçeğin Türkçeye uyarlamasının yapıldığı bu çalışmada ölçeğin kapsam, yapı ve ölçüt bağımlı geçerliliği incelenmiştir. Elde edilen bulgular neticesinde ölçeğin hastanelerde çalışan hemşirelerin duygusal emek düzeylerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracı olduğu ve bundan sonraki çalışmalarda kullanılabilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir. (Ölçeği kullanmak isteyen araştırmacılar, bu çalışmanın araştırmacılarına ulaştıkları takdirde, ölçek paylaşılacaktır.)

Kaynakça

1. DİEFENDORFF, J. M., and RİCHARD, E. M. (2003), Antecedents and Consequences of Emotional Display Rule Perceptions. *Journal of Applied Psychology*, 88.
2. DİEFENDORFF, J. M., CROYLE, M. H. and GOSSERAND, R. H. (2005), The Dimensionality and Antecedents of Emotional Labor Strategies. *Journal of Vocational Behaviour*, 66: 339-357.
3. HOCHSCHİLD, A. R., (1983), *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
4. RAFAELİ, A. and SUTTON, R. (1989), When Cashiers Meet Customers: An Analysis of the Role of Supermarket Cashiers. *Academy of Management Journal*, 32: 245-273

TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK YÖNETİMİ KONGRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sümeyye ÖZMEN*

Ayşe İSPIRLİ**

Ramazan ERDEM***

ÖZET

Sağlık yönetimi alanının Türkiye’de yaklaşık elli yıllık bir geçmişi vardır. Ancak son yıllarda ciddi bir gelişme ve büyüme kaydetmiştir. Bu kapsamda birçok bilimsel etkinlik düzenlenmektedir. Artan sayıdaki kongre organizasyonlarının başarılı olması, bu alandaki nitelikli akademik çalışmaların da önünü açacağından; kongrelere mercek tutulması önem taşımaktadır. Bu çalışmada Türkiye’deki Sağlık Yönetimi kongreleri, 5 devlet üniversitesinden alanda bilgi birikimine sahip 13 akademisyen ile görüşülerek değerlendirilmiştir. Nitelikli kongrelerde olması gereken faktörlerin, önceki yıllarda gerçekleşen kongrelerdeki eksikliklerin tespit edilmesi ve gelecek yıllardaki kongrelere dair beklentilerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Telefon ve/veya elektronik posta ile ulaşılan akademisyenlere 11 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcıların çoğunluğuna göre alanda en nitelikli kongre olarak Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi seçilmiştir. Nitelikli bir kongrenin ilk iki şartı “Disiplinli Bildiri Kabul / Hakem Süreci” ve “Katılımcıların Niteliği ve Sayısı” olarak belirlenmiştir. Kongre ücretlerinin yüksek olması, kongrelerin tatil amacına yönelmesi, katılımcı sayısının azlığı ve nitelikli katılımcı sayılarının yetersizliği getirilen eleştiriler arasında ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: sağlık yönetimi, kongre, sempozyum

* Öğr. Gör., Uşak Üniversitesi, sumeyye.ozmen@usak.edu.tr

** Yüksek Lisans Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, ayseispirli@hotmail.com

*** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, raerdem@yahoo.com

EVALUATION OF CONGRESS AND SYMPOSIUM RELATED TO HEALTH MANAGEMENT IN TURKEY

ABSTRACT

The field of health management has a background of nearly fifty years in Turkey. However, it has been a serious growth and development in this field. In this context, a lot of scientific activities were organized. The succesfull of an increasing number of congress organizations will open front of qualified academic studies. Thus, it was important to examine the congress. In this study, health management congresses in Turkey were examined through discussing with 13 academicians from 5 public universities. With this study, it was aimed to determine the features of essential congress, deficiencies of congress in previous years, expectations about congress in the future. A questionnaire that has 11 questions was administrated to academicians via telephone or e-mail. As a result, according to majority of participants, most qualified congress was Health and Hospital Management Congress. The first two conditions of a qualified congress were "disciplined acceptance and referee process for papers", "quality and number of participants". As for congress, there were some critics about congress that fees were high, congress were for vacation, small number of participants, shortage of qualified participants.

Key Words: health management, congress, symposium

1. Giriş

Kongre ya da sempozyumlar, belli bir alanda üretilen bilimsel çalışmaların sunulduğu, tartışıldığı ve paylaşıldığı etkinliklerdir. Bu tür etkinliklerde bir taraftan yapılan bilimsel çalışmalar akademisyenlerin onayına sunulurken, diğer taraftan da alanda çalışma yapan bilim insanları birbirleriyle tanışmakta, fikir alışverişinde bulunmakta ve tecrübelerini birbirlerine aktarmaktadırlar. Özellikle genç bilim insanları için kongreler, alanın otorite hocalarıyla tanışmak ve onlardan çalışacakları konularla ilgili fikir almak için bir fırsattır. Ayrıca belirli bir alana ilişkin yeni tartışmalar ve trendlerin en iyi izleneceği ortamlar genellikle bilimsel kongre ve sempozyumlardır. Bir bilimsel disipline ait bilgi birikiminin ortaya çıkmasında kongre ve sempozyumların etkisi inkâr edilemez. Kongre ve sempozyumların alanda çalışanlara başka katkıları da vardır. Bilindiği üzere Türkiye'deki akademik terfi sisteminde bilimsel çalışma yapmak ve bu çerçevede belli bir puan toplamak esastır. Kongre ve sempozyumlarda sunulan bildirimler sayesinde akademisyenler yardımcı doçent, doçent ve profesör olabilmek için gerekli olan puanların bir kısmını sağlayabilmektedir. Ayrıca bu tür etkinlikler ile bilim insanları alanda tanınma ve bilinme ihtiyaçlarını da karşılayabilmektedirler. Bu çerçeveden bakıldığında, bilimsel bilgi üretiminde, üretilen

bilgilerin yaygınlaştırılmasında ve akademisyenlerin bunlardan yararlanmasında kongre ve sempozyumların önemli bir fonksiyon icra ettiği söylenebilir.

Kongre ve sempozyumların bu derece önemli oluşu, onların organizasyonunu önemli kılmaktadır. Organizatörler açısından farklı ülkelerden ve şehirlerden gelen çok sayıda katılımcının memnun bir şekilde kongre ve sempozyumdan ayrılmasını sağlamak temel bir amaçtır. Bu memnuniyeti sağlayabilmek için ulaşımdan konaklamaya, yeme ve içme hizmetlerinden bilgilendirmeye, fiziksel ortamlardan bilimsel faaliyetlere kadar birçok unsur üzerinde çalışmak gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında bir bilimsel etkinlik düzenlemek kolay bir iş olmasa gerektir.

Türkiye’de köklü bir geçmişe sahip olmasına rağmen sağlık yönetimi disiplini son yıllarda oldukça büyüyen ve gelişen bir alandır. Gelişmeler, bu alan ile ilgili kongre ve sempozyumlar gibi bilimsel faaliyetlerin de artmasına neden olmuştur. Özellikle bu faaliyetler, bilimsel alandaki akademisyenler, araştırmacılar ile uygulamadaki hastane yöneticileri, kamu kurum ve kuruluşlarından gelen yetkilileri aynı platformda birleştiren; güncel konular ve sorunların paylaşıldığı, bilimsel çalışmaların temelini oluşturan yapı taşlarıdır. Bu nedenle başarılı kongre organizasyonları, nitelikli akademik çalışmaların da önünü açacaktır. Bu çalışmada, sağlık yönetimi alanında düzenlenen kongrelere katılan, bilgi birikimine sahip akademisyenlerin kongreler hakkındaki görüşleri çerçevesinde; nitelikli kongrelerde olması gereken faktörler, daha önceki yıllarda gerçekleşen kongrelerdeki eksiklerin tespit edilmesi ve gelecek yıllarda yapılacak olan kongrelerle ilgili beklentilerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

2. Yöntem

Bu çalışmada sağlık yönetimi alanındaki kongre ve sempozyumların profilinin ortaya konması amaçlanmıştır. Bu amaçla sağlık yönetimi (idaresi / kurumları işletmeciliği) lisans eğitimi veren Hacettepe, Ankara, Marmara, Selçuk ve Süleyman Demirel Üniversitesi’nde sağlık yönetimi alanında görev yapan akademisyenlerin değerlendirmeleri, hazırlanan bir anket aracılığıyla ortaya konmuştur. Anket formu, 9 açık uçlu ve 2 demografik sorudan oluşmaktadır. Türkiye’de sağlık yönetimi alanında, en eskiden yeniye doğru olan 5 devlet üniversitesinden anketi cevaplamayı kabul eden ve ulaşılabilen 13 akademisyenle, 01.08.2014 – 11.08.2014 tarihleri arasında, telefon görüşmesi ve / veya elektronik posta aracılığıyla mülakat yapılmıştır. Veriler, nitel olarak sınıflandırılarak değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Çalışma kapsamında kendilerinden görüş alınan akademisyenlerin üniversitelere ve unvanlara göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Üniversitelere ve Unvanlara Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı
Üniversiteler	
Hacettepe	3
Ankara	1
Marmara	3
Süleyman Demirel	3
Selçuk	3
Toplam	13
Unvan	
Prof. Dr.	1
Doç. Dr.	3
Yrd. Doç. Dr.	4
Arş. Gör.	5
Toplam	13

Tablo 1’de de görüldüğü gibi çalışma kapsamında Hacettepe (3), Ankara (1), Marmara (3), Selçuk (3) ve Süleyman Demirel (3) üniversitelerindeki sağlık yönetimi bölümlerinde çalışan 13 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcılar sağlık yönetimi kongrelerinden en az birine katılmış, bildiri sunmuş ve / veya organizasyonuna katkı sağlamıştır. Unvanlara göre bakıldığında 5 araştırma görevlisi, 4 yardımcı doçent, 3 doçent ve 1 profesör hazırlanan ankete cevap vermişlerdir. Katılımcıların akademisyen olarak çalışma süreleri ortalaması 12 yıldır. 1 akademisyen hariç tüm katılımcılar daha önce sağlık yönetimi kongrelerinde en az bir bildiri sunmuşlardır. 9 akademisyen daha önce kongre organizasyonlarında bilimsel kurul, yürütme kurulu, organizasyon komitesi ve sekreteryaya gibi görevlerde bulunmuşlardır. 4 akademisyen ise daha önce herhangi bir görev almamıştır.

Katılımcılara yöneltilen “Sizce alanın en nitelikli kongre / sempozyumu hangisidir?” sorusuna verilen cevaplar ve frekansları şu şekildedir (1 katılımcı bu soruya “kararsızım” cevabını vermiştir):

- Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (8),
- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi (1),
- Sağlık Ekonomisi Kongresi (1),
- Sağlık Yönetimi Öğrenci Birliği (SAYÖB) Sempozyumu (1),
- Balkan Sağlık Bilimleri Kongresi & Rumeli Buluşmaları (1).

Görüldüğü gibi sağlık yönetimi alanında ilk akla gelen kongre bu bildirin de sunulduğu, şu anda 8.si düzenlenen Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'dir. Bu kongrenin, her yıl farklı üniversitelerde yapılması ve istikrarı nedeniyle bilinir hale gelmesi bu alanda çalışan akademisyenlerin zihinlerinde yer ettiği söylenebilir.

“Sizce nitelikli bir kongrede hangi özellikler bulunmalıdır?” sorusuna verilen cevaplar şu şekildedir:

- Disiplinli bildiri kabul ve hakemlendirme süreci (8),
- Katılımcıların niteliği ve sayısı (7),
- Verimli tartışmaların yapılmış olması (2).

Bir kongrenin nitelikli olduğunun en önemli göstergesi bildiri kabul sürecidir. Bu süreçte hakemlendirme sürecinin doğru bir şekilde işletilmesiyle bilimsel açıdan yetersiz olan bildiriler elenmekte, nitelikli bildiriler kabul edilmektedir. Katılımcılarda bildirilerin bilimsel kıstaslara göre değerlendirilmediği algısı oluşursa kongreye dair olumsuz tutumlar gelişmektedir. Yine kongrelere kimlerin katıldığı da onun niteliğini gösteren ölçütlerden sayılmıştır. Özellikle alanda otorite olarak kabul edilen akademisyenlerin kongrelere katılması, onların niteliğini yükseltmek açısından önemli görülebilir.

“Daha önce gerçekleşen kongrelere dair eleştirileriniz nelerdir?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar şu şekildedir:

- Ücretinin yüksek olması (11),
- Katılımcı sayılarının azlığı (5),
- Kongrelerde tatil amacının / ticari hedeflerin öne çıkması (5),
- Uluslararası katılım düzeyinden yoksun olması (4),
- Statükocu yapı gereği özgün çalışmalara yer verilmemesi (4),
- Nitelikli katılımcıların azlığı (3).

Ücretlerin yüksek olduğu eleştirisini getiren 11 akademisyen de; kongre katılım, konaklama ve yol ücretlerinin üniversite desteği olmadığı durumlarda, özellikle öğrenciler, araştırma görevlileri, genç araştırmacılar için yüksek olmasından dolayı maddi eşitsizlik doğurduğunu iletmiştir.

Diğer önemli eleştiri konusu, katılımcı sayılarının ve nitelikli katılımcıların azlığı konusundadır. Katılımcı sayısının az olduğunu ileten 5 akademisyene karşın, katılımcı sayısının yeterli olduğu ancak kuru bir kalabalıktan ziyade donanımlı, nitelikli katılımcıların artırılması; duayen hocaların yönetiminde paneller düzenlenmesi ve “Keynote Speakers”ların davet edilmesi gerektiğini ileten 3 akademisyen de mevcuttur.

Öne çıkan diğer eleştiriler, kongrelerin tatil amacına yönelik olması ve ticari bir bakış açısına hizmet etmeye başlaması (5 akademisyen), uluslar arası düzeyden yoksun olması (4

akademisyen) ve statükocu yapı nedeniyle özgün çalışmalara imkan tanınmamasıdır (4 akademisyen).

Her kademedeki akademisyenin en belirgin eleştirisi ücret konusundadır. Sene içinde birkaç kongreye birden katılmak isteyen bir akademisyen, bütçesinden önemli bir payı kongrelere ayırmak zorunda kalmaktadır. Maddi yeterliliğe sahip olan akademisyenler de, katılım sayısını düşürdüğünden dolayı ücretlerin yüksek tutulmaması ve hatta uygun mekanlarda yapıldığında ücretsiz olması gerektiği görüşüne sahiptirler.

“Kongreler alanımıza faydalı oluyor ve yenilik katıyor mu?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar şu şekildedir:

- Olumlu (13),
- Olumsuz (6).

Tüm katılımcıların verdikleri ortak cevap; kongrelerin sosyal açıdan, meslektaşlar, hocalarla tanışma ve işbirliği imkanı sağladığı yönündedir (13 akademisyen). Ancak bilime yenilik katma, yeni kavramları tartışma, uygulamadan kişileri etkileyip işlerlik kazandırma yönünde eleştiriler ve olumsuz görüşler de mevcuttur (6 akademisyen).

Katılımcıların tamamı kongrenin sosyal yönde çok olumlu olduğu konusunda hemfikirlerdir. Ancak, olumlu görüş bildirenler dahi 6 akademisyen özgün çalışmaların desteklenerek, nitelikli katılımcıların etkisi ile sağlık sisteminin güncel sorunlar üzerine yoğunlaşarak; alana yenilik katan çalışmalar ile gündemi belirleyen kongrelerin alanımıza daha faydalı olacağını belirtmiştir.

“Kongrelerin tatil seçeneği sunması hakkındaki görüşleriniz nelerdir?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar şu şekildedir:

- Olumsuz (11).
- Olumlu (2).

Olumsuz görüş bildiren akademisyenler; tatil amacına yönelik kongre organizasyonlarının (a) konsantrasyonu bozduğu, (b) katılımcıları işin özünden uzaklaştırdığı, (c) lüks otellerde yapıldığından ücretleri yükselttiği gerekçeleriyle olumsuz görüş bildirmiştir.

Olumlu görüş bildiren akademisyenler ise tatil seçeneği sunan kongrelerin; (a) katılımı artırdığı, (b) hem mental hem de fiziksel bir kazanım sağladığı, (c) farklı kültürleri tanıma imkanı sunduğu ve (d) motivasyonu yükselttiği gerekçeleriyle olumlu baktığını iletmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kongrelerin tatil seçeneği sunmasından rahatsız olduğu, bilimsel çalışmalara odaklı, lüks oteller dışında üniversite konferans salonu gibi konsantrasyonu dağıtmayacak mekanlarda kongre talep ettiği görülmektedir.

“Sizce ideal bir kongre nasıl olmalıdır?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar şu şekildedir:

- Sıkı bir hakem sürecinden geçmiş,
- Alandaki boşlukları dolduran,
- Özgün konulardaki bildirimlerin yer aldığı,
- Uygulamadakilere en üst düzeyde verim aldığı ,
- Alana yenilik katan,
- Ortak tartışma gruplarının oluşturulduğu,
- Yüksek sayıda ulusal ve uluslararası katılımcıya sahip olan,
- Teorisyenlerin ve uygulamacıların bir araya geldiği,
- Lisans öğrencilerinden duayen hocalara kadar her kademedeki kişinin katılabildiği,
- İşin özü olan bilimsel kaygıların tatilin önüne geçtiği,
- Fiziksel ortam konforu olan,
- Daha ekonomik, düzenli ve disiplinli bir kongre cevabı verilmiştir.

Genel olarak verilen cevapların kongrenin içeriği, teknik altyapısı ve konfor ile ilgili olduğu görülmektedir. Dolu dolu, derinliği olan ve ses getiren bir kongre idealize edilmiştir.

“Bir sonraki kongre organizasyonunda hangi eksikliklerin giderilmesini istersiniz?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplar şu şekildedir:

- Bilgi birikiminin sağlanması,
- Sağlık sistemindeki sorunlara çözüm getirilebilmesi,
- Bakanlıktan yetkililerin, kamu ve özel sektör hastane yöneticilerinin katılımlarının şart olması,
- Bildiri kabul sürecinin disipline edilmesi,
- Kurullara işlerlik kazandırılması,
- Konaklama, kongreye ulaşım ve gezi imkanlarında daha fazla seçenek sunulması,
- Üniversitelerin kongreye gerekli önemi vermesi,
- Sponsorların desteği ve kongrenin tanıtılmasına yönelik bir süre öncesinden çalışmalar yapılması cevapları verilmiştir.

Beklentilerin alındığı bu soruya verilen cevaplarda akademisyenlerin önceki yıllarda yaşadığı ve / veya gözlemlediği eksiklikleri dile getirdikleri görülmektedir. Katılımcılar tarafından önceki sorularda dile getirilen sorunlar, tekrar dile getirilmiştir. Ayrıca sponsor ve üniversite desteğinin sağlanarak ve yeterli bir hazırlık süreci geçirilerek daha iyi bir kongre organizasyonu yapılacağı ifade edilmiştir. Konaklama, ulaşım ve gezi ile ilgili de farklı seçeneklerin sunulması beklendiği görülmektedir. Demografik sorular ile verilen cevaplar incelendiğinde; unvan, çalışma yılı ile sorulara verilen cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

4. Sonuç ve Öneriler

Kongrelerin başarılı olması, nitelikli bir organizasyondan geçmektedir. Kongreleri organize edenler ve katılımcılar interaktif bir paylaşım halinde olurlarsa, o kongre daha başarılı olabilir. Bu çalışmada sağlık yönetimi alanında yapılan kongrelerin akademisyenler tarafından değerlendirilmesi ile bilimsel toplantıların niteliğinin artırılması için bazı ipuçları elde edilmiştir.

Katılımcıların çoğunluğuna göre alanda en nitelikli kongre olarak Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi seçilmiştir. Nitelikli bir kongrenin ilk iki şartı “Disiplinli Bildiri Kabul / Hakem Süreci” ve “Katılımcıların Niteliği ve Sayısı” olarak belirlenmiştir.

Eleştiriler arasında; kongre ücretlerinin yüksek olması, katılımcı sayısının azlığı ve nitelikli katılımcı sayılarının yetersizliği ön plana çıkmaktadır. Nitelikli katılımcıların, nitelikli bildirimlerin ve tartışmaların oluşmasına da temel olacağı muhakkaktır. Gerek her yıl kongre düzenlendiğinden, gerek hakem sürecinden ve gerekse ticari düşünceden hareket edilerek kongreye başvuran bildirimlerin elemeye tabi tutulmadan kabul edilmesi önemli bir sorun oluşturmaktadır. Ayrıca, sistemin akademisyenleri puan toplamaya sevk etmesi ve akademisyenlerin de tatil amacını bilimsel kaygıların önüne geçirebiliyor olması da kongrelerin amacına ulaşmasını olumsuz etkilemektedir.

Bu çalışmanın bulgularından yola çıkarak, sorunlarla başa çıkabilmek için; (a) genç akademisyenlerin ve özgün çalışmaların desteklenmesi, (b) kongre ile ilgili karar mekanizmasının statükocu ve muhafazakar belirli kişilerin tekelinden çıkarılması, (c) sponsor desteğinin fazlalaştırılması, (d) uluslar arası katılımın sağlanması ve (e) her kongre bitiminde eksiklikler ile ilgili bir rapor çıkarılarak bir sonraki organizasyonda giderilmesi önerilmektedir. Katılımcıların önerileri, bir sonraki kongre organizasyonlarında beklentilerin karşılanmasında yol gösterici olacaktır.

HEMŞİRELERİN YAPISAL VE PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME VE DUYGUSAL BAĞLILIK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Oğuz IŞIK*

Aysun KANDEMİR**

Mustafa ERKAYMAZ***

ÖZET

Hemşirelerin yapısal ve psikolojik güçlendirme düzeyi ile duygusal bağlılıkları arasındaki ilişki ve etkileri incelemek amacıyla gerçekleştirilen kesitsel türde bir araştırmadır. Araştırmada Spreitzer (1995) tarafından geliştirilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeği, Laschinger ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen Yapısal Güçlendirme Ölçeği (Çalışma Etkililiği Koşulları Anketi) ile Meyer ve Allen (1991) tarafından geliştirilen Duygusal Bağlılık Ölçeği kullanılarak hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algıları değerlendirilmiştir. Yapısal güçlendirme, genel anlamda çalışanların işyerindeki çalışma koşullarını tanımlarken psikolojik güçlendirme bu koşullara verilen tepkileri ifade etmektedir. Yapısal güçlendirme boyutları arasında yer alan bilgi, kaynaklar, destek, biçimsel ve biçimsel olmayan güç boyutları örgütün amaçlarını gerçekleştirebilmesi için nitelendirilen iş koşulları iken anlamlılık, yeterlilik, özerklik ve etki gibi algısal boyutta incelenen psikolojik güçlendirme boyutları çalışanların iş koşullarına yönelik değerlendirmelerinden oluşmaktadır. Yapısal ve psikolojik olarak güçlendirilen çalışanların bağlılıklarının arttığına ilişkin pek çok kanıt bulunmaktadır. Araştırmanın evrenini Trakya bölgesinde hizmet sunan bir kamu hastanesi, bir askeri hastane ve üniversite hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Yapılan analizler sonucunda, hemşirelerin yapısal güçlendirilmesinin bir sonucu olarak psikolojik güçlendirmenin ortaya çıktığı ve duygusal bağlılık gibi örgütsel faktörleri olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: yapısal güçlendirme, psikolojik güçlendirme, duygusal bağlılık

*Yard.Doç.Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
oguz.isik@gmail.com

**Arş.Gör., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
kandemiraysun@gmail.com

***Çorlu Askeri Hastanesi, erkaymaz@gmail.com

THE RELATIONSHIPS BETWEEN STRUCTURAL AND PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT AND PERCEPTIONS OF AFFECTIVE COMMITMENT OF NURSES

ABSTRACT

It is a cross-sectional study executed in order to view relationships between structural and psychological empowerment and perceptions of affective commitment of nurses. In this study, it was evaluated perceptions of nurses related to work environment using Psychological Empowerment Scale developed by Spreitzer (1995), Structural Empowerment Scale developed by Laschinger et. al (2001) and Affective Commitment Scale developed by Meyer and Allen. In general meaning structural empowerment describes work conditions of workers in workplace while psychological empowerment states reactions given to these conditions. Information, resources, support, formal power and informal power which are dimensions of structural empowerment, are job conditions described to able to execute objectives of organization, while dimensions of psychological empowerment viewed perceptively such as meaning, competence, self-determination and impact consist of evaluations about job conditions of workers. there are numerous evidences about increasing commitment of workers, structural and psychologically empowered. Universe of study comprises of nurses working in a public hospital, a military hospital and training and research hospital served in regions of Thrace. In result of analysis, it was determined psychological empowerment occurs as a consequence of structural empowering of nurses and affect positively organizational factors such as affective commitment.

Key Words: structural empowerment, psychological empowerment, affective commitment

1. Giriş

“Güçlendirme”, günümüz yönetim anlayışında yaygın bir şekilde kullanılan bir kavram olmakla birlikte işletmelerin kalite iyileştirme, rekabet etme, çalışanlardan daha fazla yararlanma ve verimliliği artırma gibi hedeflerinde çalışanların güçlendirilmesi için etkin rol oynamaktadır. Hatta güçlendirme, işletmelerin uyguladıkları motivasyon tekniklerinden daha yararlı olmaktadır. Bazı işletmelerde örgüt kültürünün en önemli temel taşıdır (Griffin ve Moorhead, 2013: 511). Yapısal güçlendirme, genel anlamda çalışanların işyerindeki çalışma koşullarını tanımlarken psikolojik güçlendirme bu koşullara verilen tepkileri ifade etmektedir. Yapısal güçlendirme boyutları arasında yer alan bilgi, kaynaklar, destek, biçimsel ve biçimsel olmayan güç boyutları örgütün amaçlarını gerçekleştirebilmesi için nitelendirilen iş koşulları iken anlamlılık, yeterlilik, özerklik ve etki gibi algısal boyutta incelenen psikolojik güçlendirme boyutları çalışanların iş koşullarına yönelik değerlendirmelerinden oluşmaktadır. Yapısal ve psikolojik olarak güçlendirilen çalışanların bağlılıklarını artırdığına ilişkin pek çok kanıt bulunmaktadır. En basit anlamı ile güçlendirme yetki devretmek anlamına gelmektedir. W. L. Gore & Associates, kişilere ne yapacaklarını söyleyen patron ya da yöneticilerin

olmadığı kafes çerçevede (hiyerarşi yerine) kurulmuştur. Fikirler, sponsorlar ve liderler tarafından desteklenmektedir ve ortaklar proje ekiplerinin hangi konu üzerinde çalışacaklarını seçebilmektedir. Kişiler projelere atanmak yerine hangi projede yer alacaklarını kendilerinin seçmesine izin verilmektedir. Güçlendirme, çalışanları özgürleştiriyor gibi görünebilir ancak bazen güçlendirme çalışanlara bir görev vermekten daha fazlasını gerektirmektedir. Çalışanlar, bu katılım türünün yüzeysel olduğunu ve gerçekten anlamlı kararlar vermediklerini düşünebilirler. Çalışanları özgürleştirme kavramı, çalışanların yaptıkları işi değiştiren ya da reddeden patron korkusu olmadan düşündükleri şeyi en iyi şekilde yapabilmeleri konusunda özgür olmaları anlamına gelmelidir (Griffin ve Moorhead, 2013: 511). Allen ve Meyer'in örgütsel bağlılık ile ilgili geliştirmiş olduğu Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık Modeli'nde (Three-Component Model) işgörenin örgütsel bağlılığı; duygusal, devam ve normatif olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Duygusal bağlılık, çalışanların duygusal nedenlere bağlı olarak örgütte kalma isteklerini ifade etmektedir. Örgütle özdeşleşen ve örgüt faaliyetlerinde büyük bir öneme sahip olan çalışanların bağlılıkları duygusal nedenlere bağlanabilir (Meyer vd., 2002).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Haziran-Temmuz 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu çalışmanın amacı Çorlu Devlet Hastanesi (ÇDH), Çorlu Askeri Hastanesi (ÇAH) ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde (TÜTFH) çalışan hemşirelerin yapısal ve psikolojik güçlendirme ve duygusal bağlılık algıları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini ÇDH, ÇAH ve TÜTFH'de çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. ÇDH'nde 218, ÇAH'nde 60 ve TÜTFH'nde 67 hemşire görev yapmaktadır. Buna göre hemşirelerin ÇDH'de %60,5'ine, ÇAH'de %83,3'üne ve TÜTFH'de %70,2'sine ulaşılmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada toplanacak veriler anket yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup soru formu dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik dokuz soru yer almaktadır. İkinci bölümde altı ifadeden oluşan duygusal bağlılık ölçeği, üçüncü bölümde yirmi bir ifadeden oluşan yapısal güçlendirme ölçeği, dördüncü bölümde on iki ifadeden oluşan psikolojik güçlendirme ölçeği yer almaktadır. Araştırmada Spreitzer (1995) tarafından geliştirilen Psikolojik Güçlendirme Ölçeği, Laschinger ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen Yapısal Güçlendirme Ölçeği ile Meyer ve Allen (1991) tarafından geliştirilen Duygusal Bağlılık Ölçeği kullanılarak hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algıları değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

%33,2'si 26-33 yaş aralığında olan hemşirelerin %88,6'sı kadın, %67'si evli, %61,8'i 4 yıllık üniversite mezunu ve daha üst eğitim düzeyine sahip, %48,9'u ÇDH'de çalışmakta, %50,2'si meslekte 1-10 yıllık tecrübeye sahip iken, %82'si 1-10 yıldır çalıştıkları hastanede görev yapmaktadır, ayrıca sadece %8,9'unun yöneticilik pozisyonu bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

		Sayı	%			Sayı	%
Yaş (N=229)	18-25	42	18,3	Medeni durum (N=227)	Bekâr	75	33,0
	26-33	76	33,2		Evli	152	67,0
	34-41	72	31,4	Cinsiyet (N=229)	Kadın	203	88,6
	42 ve üzeri	39	17,0		Erkek	26	11,4
Eğitim (N=228)	Lise	37	16,2	Hastane (N=229)	ÇDH	112	48,9
	Önlisans	50	21,9		ÇAH	50	21,8
	4 yıllık ve üzeri	141	61,8		TÜTFH	67	29,3
Meslekte hizmet yılı (N=225)	1-5 yıl	52	23,1	Kurumda görev yılı (N=222)	1-5 yıl	126	56,8
	6-10 yıl	61	27,1		6-10 yıl	56	25,2
	11-15 yıl	21	9,3		11 yıl ve üzeri	40	18,0
	16-20 yıl	50	22,2	Yöneticilik görevi (N=224)	Var	20	8,9
	21 yıl ve üzeri	41	18,2		Yok	204	91,1

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, hemşirelerin yapısal güçlendirilmesinin bir sonucu olarak psikolojik güçlendirmenin ortaya çıktığı ve duygusal bağlılıkları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi hemşirelerin yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme ile duygusal bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 2. Hemşirelerin Yapısal ve Psikolojik Güçlendirme ile Duygusal Bağlılık Algıları Arasındaki İlişki

	rt.	.S.										0	1	2	3
Duygusal Bağlılık (1)	,97	,85													
Fırsat (2)	,25	,12	312**												
Bilgi (3)	,71	,18	384**	394**											
Destek (4)	,71	,20	397**	408**	681**										
Kaynak (5)	,00	,10	300**	291**	421**	493**									
Biçimsel Güç (6)	,28	,05	334**	159*	471**	620**	488**								
Biçimsel Olmayan Güç (7)	,65	,06	404**	266**	517**	637**	437**	628**							
Genel Güç (8)	,57	,20	542**	399**	486**	577**	396**	550**	668**						
Yapısal Güçlendirme (9)	,73	,84	481**	561**	774**	858**	675**	751**	812**	764**					
Anlamlılık (10)	,22	,73	185**	,127	,076	145*	0,052	,058	214**	237**	151*				
Yeterlilik (11)	,43	,65	,054	,019	,117	,119	,066	,129	,115	,126	,132	606**			
Özerklik (12)	,69	,02	,105	221**	240**	236**		,114	220**	333**	259**	375**	247**		
Etki (13)	,09	,04	346**	179**	237**	225**	,003	275**	278**	396**	301**	326**	223**	491**	
Psikolojik Güçlendirme	,86	,63	255**	206**	247**	261**	,003	208**	295**	396**	306**	734**	622**	775**	762**
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).															
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).															

4. Sonuç

Yapısal güçlendirme boyutlarının, çalışma ortamının yapısının hemşirelerin tutum ve davranışları ile ilişkili olduğunu ve yapısal desteklerin (güç ve fırsat) olup olmamasına bağlı olduğunu göstermektedir. Psikolojik güçlendirme boyutlarına ilişkin ortalamaların yüksek olması, hemşirelerin yaptıkları işi benimsediklerini, yüksek öz-yeteneğe sahip olduklarını, görevleri ile ilgili seçim yapma hakkına sahip olduklarını ve örgütsel sonuçları etkileyebildiklerini göstermektedir. Bu çalışma sonucunda hem yapısal hem de psikolojik olarak güçlendirilmiş olduklarını belirten hemşirelerin duygusal bağlılıklarını artırdığı tespit edilmiştir.



Kaynakça

- 1.Griffin, R. W. ve Moorhead, G. (2013). *Organizational Behavior: Managing People and Organizations*. South-Western: Cengage Learning.
- 2.Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings: Expanding Kanter's Model. *The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- 3.Meyer, J. P. ve Allen, N. J. (1991). A Three Component Conceptualization of Organizational Commitment. *Human Resources Management Review*, 1: 61-89.
- 4.Spreitzer, G. M. (1995). Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement and Validation. *Academy of Management Journal*, 38(5): 1442-1465.

LİSANS VE ÖNLİSANS DÜZEYİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIK YÖNETİMİ EĞİTİMİ PROFİLİ

Gökhan ABA*

Ebru Özlem GÜVEN**

ÖZET

Bu çalışma Türkiye’deki önlisans/lisans düzeyinde eğitim veren bölüm ve programların güncel profilini çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Bu doğrultuda 2013-ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu ile üniversitelerin web siteleri taranmış ve bölümlerin/programların yer aldığı üniversitelerin yüzdeleri, önlisans/lisans oranları, lisans bölümlerinin fakülte/yüksekokul oranları, bölümlerin hangi fakülteler altında yer aldıkları ve son olarak bölüm/program isim türleri araştırılmıştır. Türkiye’de sağlık yönetimi eğitim veren üniversitelerdeki bölümlerin/programların (n:93) % 72’si devlet üniversitelerinde, % 28’i vakıf üniversitelerinde bulunmaktadır. Bu üniversitelerin % 58’i lisans, % 42’si önlisans düzeyinde eğitim vermektedir. Lisans düzeyinde eğitim veren bölümlerin % 55,5’i fakülte, % 44,5’i ise yüksekokul bünyesinde bulunmaktadır. Bölümün fakülteler arasındaki dağılımına baktığımızda, 19 bölüm Sağlık Bilimleri Fakültesinde, 8 bölüm İktisadi İdari Bilimler Fakültesinde, 2 bölüm İşletme Fakültesinde ve 1 bölüm de İktisadi İdari Sosyal Bilimler Fakültesi bünyesinde bulunmaktadır. Sağlık Yönetimi bölümleri Bölümlerin/programların farklı isimler aldıkları da tespit edilmiştir. 54 bölümün 31’i Sağlık Yönetimi, 14’ü Sağlık Kurumları Yöneticiliği, 7’si Sağlık Kurumları İşletmeciliği, 1’i Sağlık İdaresi ve 1’i de Sağlık Kurumları Yönetimi ismini almıştır. Bulgular gösteriyor ki, son yıllarda sağlık yönetimi bölümlerinin sayıları ve kontenjanları hızla çoğalmıştır. Ancak bu durumun, sektörün var olan ihtiyacı ile paralellik göstermesi gerekmektedir. Ayrıca, bölümlerin/programların isimleri, fakülte/yüksekokul içerisindeki yapılanmaları ve ders planlamaları bakımından Sağlık Yönetimi eğitiminde, Türkiye genelinde bir yapısal değişikliğe ve standardizasyona da ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Yönetimi, Eğitim, Lisans, Önlisans.

*İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Görevlisi, Dr., gokhanaba@aydin.edu.tr

**İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Üyesi, Yrd. Doç. Dr., ebruozlemguven@aydin.edu.tr

THE EDUCATION PROFILE OF THE HEALTH MANAGEMENT IN TURKEY ON THE UNDERGRADUATE AND ASSOCIATE DEGREE LEVELS

ABSTRACT

This study has been carried out in order to highlight the current profile of the departments and programs offering education on the associate/undergraduate level in Turkey. To this end, 2013-University Entrance Exam Guide's Higher Education Programs and Quotas and the web pages of the relevant universities have been studied and the percentage points of the universities, associate degree / graduate departments' ratios, faculty / higher education institutions' rates of the graduate departments, which department is within what faculty and finally departments/programs types have been studied. The 72% of the departments/programs of the universities offering health management education are within the public universities and 28% of them are within the private universities. 58% of these universities give undergraduate education while 42% of them offer associate level education. 55.5% of the departments offering undergraduate education are within faculties and 44.5% of them are within higher education institutions. When we look at the departments' distribution among the faculties, we see that 19 departments are within the Faculty of Health Sciences, 8 departments are within the Faculty of Economics and Administrative Sciences, 2 departments are within the Business Department and 1 department is with the Faculty of Economics and Administrative Social Sciences. It has also been observed that Health Management departments and programs have different names. Of the 54 departments, 31 ones of them are Health Management, 14 of them are Management of Health Institutions, 7 of them are Health Care Institutions Management, 1 of them is Health Administration and 1 of them is Health Institution Administration. The findings highlight that the numbers and the quotas of the health management departments are increasing rapidly. However, this must go in parallel to the need of the sector. And we can say that there is a need for a structural change and standardization across Turkey in Health Management in terms of the names of the departments/programs, their structuring with the faculty/higher education institutions and lesson planning.

Keywords: Health Management, Education, Undergraduate, Associate Degree.

1.Giriş

Son yıllarda tıp ve teknolojide meydana gelen gelişmeler, tanı ve tedavi maliyetlerindeki artış, sağlık kuruluşlarının sayısının giderek artması ve hasta beklentilerindeki değişimler nedeniyle sağlık sektöründe rekabet yoğunluğu oldukça arttırmıştır. Sağlık kuruluşları, artan rekabetle başa çıkabilmek için, hem tıp alanındaki gelişmeleri yakından takip etmesi, hem de profesyonel yönetim anlayışı ilkelerini benimsemesi gerekmektedir. Gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının bu rekabet ortamında profesyonel bir şekilde yönetilebilmesi için yeterli donanımına sahip “profesyonel

sağlık yöneticilerine” ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık yöneticisinin profesyonel olabilmesi için iyi bir “sağlık yönetimi” eğitimi alması gerekmektedir.

Sağlık alanında kaynakların en çok tüketildiği ve yönetimi en güç ve karmaşık kuruluşların başında hastaneler yer almaktadır (Şahin, Sargutan ve Tarcan, 2000:1). Bu bağlamda, sağlık yönetimi eğitiminin geçmişine baktığımızda sağlık yönetimi alanındaki eğitim programları hastane yönetimi adı altında başlamıştır. Bir hastaneyi yönetmek için özel bir eğitim gerektiği ABD’de 1910’larda fark edilmiştir (Çimen, 2010:137). Ancak sağlık yöneticiliği alanında bilinen ilk program 1934 yılında “Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programı” adı altında ABD’de Chicago Üniversitesi İşletme Okulu bünyesinde açılmıştır. Ülkemizde ise sağlık yönetimi alanında eğitim veren ilk okul Sağlık İdaresi Yüksek Okulu’dur. 1963 yılında açılan okul, Sağlık Bakanlığı Mesleki Öğretim Genel Müdürlüğüne bağlı üç yıllık bir meslek okulu olarak açılmıştır. 1970 yılında ise Hacettepe Üniversitesi Hastane İdaresi Yüksekokulu açılmış ve 1982 yılında bu iki okul Hacettepe Üniversitesi bünyesinde birleştirilmiştir (Şahin, Sargutan ve Tarcan, 2000:12). 2000’li yıllarda sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte Türk sağlık sisteminde büyük değişiklikler yaşanmış ve yıllardır ağırlıklı olarak hekimler ve bir şekilde yönetici pozisyonuna getirilmiş kimseler tarafından yönetilen sağlık kuruluşlarının artık “sağlık yönetimi” eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmesi gerekliliği kaçınılmaz hale gelmiştir. Bu bağlamda özellikle 2000’li yıllardan sonra sağlık yönetimi eğitimi veren bölümlerde büyük artış gerçekleşmiştir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma 2013-2014 eğitim-öğretim yılı itibariyle Türkiye’deki önlisans/lisans düzeyinde eğitim veren bölüm ve programların güncel profilini çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

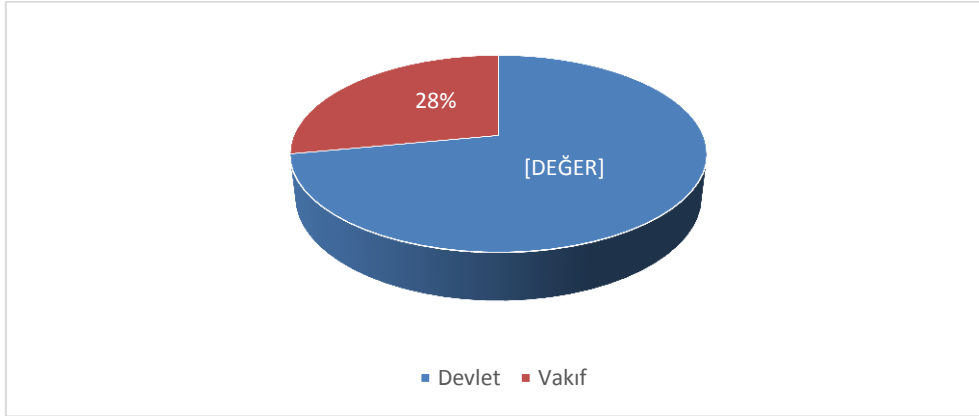
Araştırmanın çalışma evrenini 2013-ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzunda yer alan 173 üniversite (Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde yer alan) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm üniversiteler taranmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada kullanılan veriler, 2013-ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu ile üniversitelerin resmi web sitelerinden elde edilmiştir.

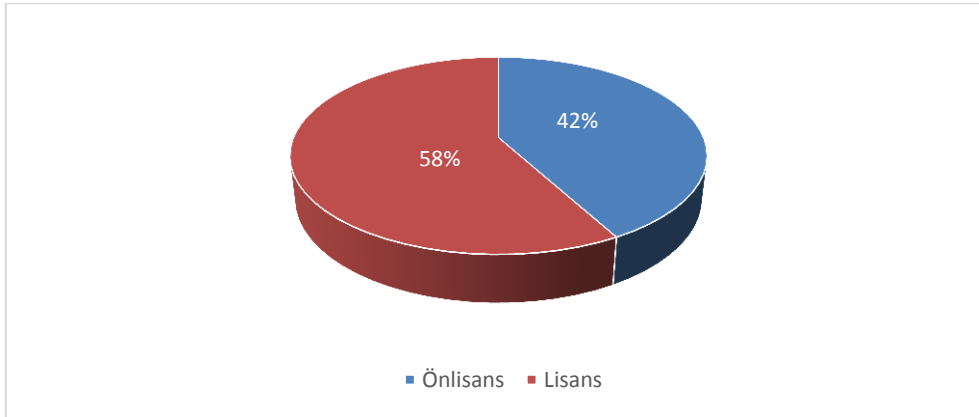
3. Bulgular

Türkiye’de sağlık yönetimi alanında önlisans/lisans düzeyinde eğitim veren toplam 93 üniversite bulunmaktadır. Bu üniversitelerin % 72’si (n:67) devlet, % 28’i (n:26) vakıf üniversitesidir (Şekil 1).



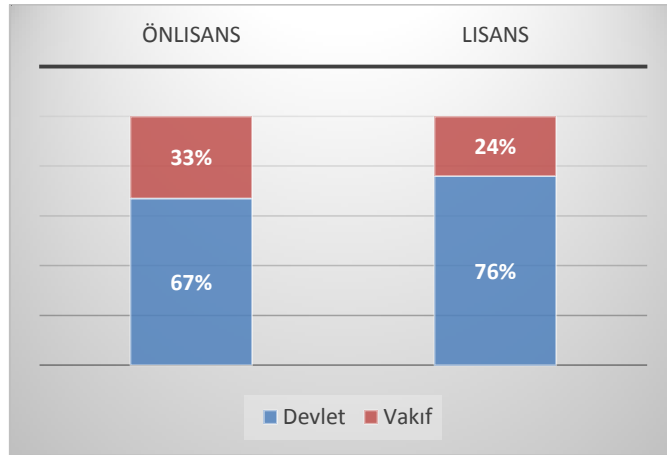
Şekil 1. Sağlık Yönetimi Bölümlerinin Üniversitelere Göre Dağılımı

Bu bölümlerin/programların % 58'i (n:54) lisans düzeyinde, % 42'si (n:39) ise önlisans düzeyinde yer almaktadır (Şekil 2).



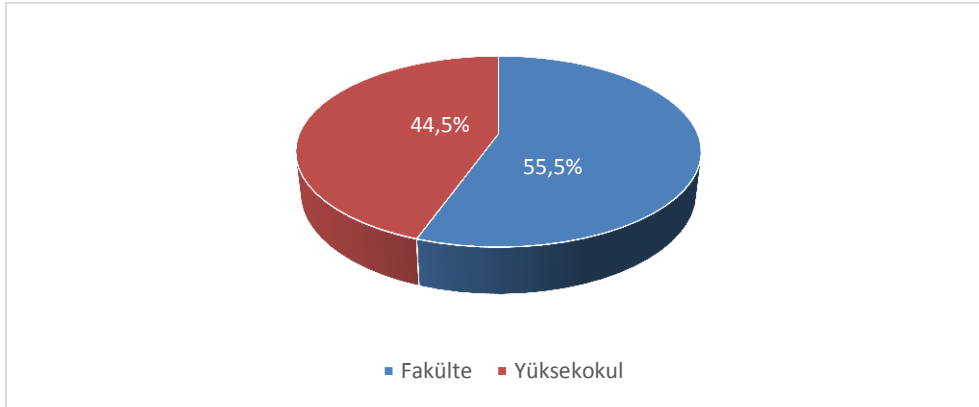
Şekil 2. Sağlık Yönetimi Bölümlerinin Önlisans-Lisans Dağılımı

Lisans bölümlerinin, devlet üniversitelerinde % 76 (n:41), vakıf üniversitelerinde % 24 (n:13);önlisans programlarının ise, devlet üniversitelerinde % 67 (n:26), vakıf üniversitelerinde % 33 (n:13) düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3).



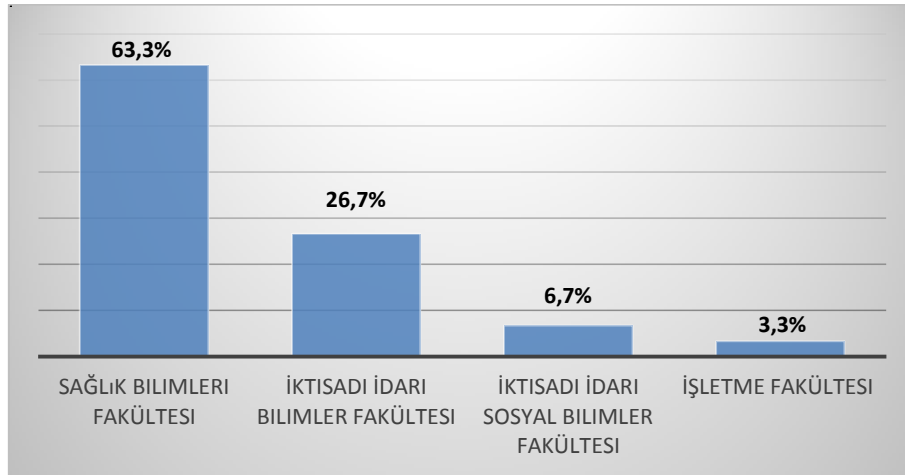
Şekil 3. Önlisans-Lisans Durumuna Göre Üniversiteler

Şekil 4’te lisans bölümlerinin fakülte-yüksekokul dağılımları yer almaktadır. Bölümlerin %55,5’inin (n:30) fakülte bünyesinde, % 44,5’inin (n:24) ise yüksekokul bünyesinde yer aldığı tespit edilmiştir.



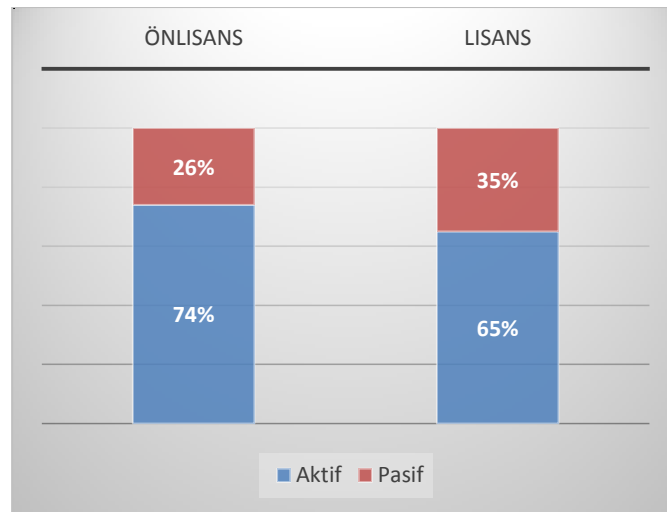
Şekil 4. Lisans Bölümlerinin Fakülte-Yüksekokul Dağılımı

Lisans bölümlerinin fakülte türüne göre dağılımlarına baktığımızda; lisans bölümlerinin %63,3’ü (n:19) Sağlık Bilimleri Fakültesi, %26,7’si (n:8) İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, %6,7’si (n:2) İşletme Fakültesi ve % 3,3’ü (n:1) ise İktisadi İdari Sosyal Bilimler Fakültesi bünyesinde yer aldığı belirlenmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Bölümlerin Fakülte Türlerine Göre Dağılımı

Bölümlerin/programların aktif-pasif olma durumuna göre elde edilen sonuçlar Şekil 6’da yer almaktadır. Buna göre lisans bölümlerinin % 65’i (n:35) aktif iken, % 35’i (n:19) pasif durumdadır. Önlisans programlarının ise % 74’ü (n:29) aktif, % 26’sı (n:10) pasif durumdadır.



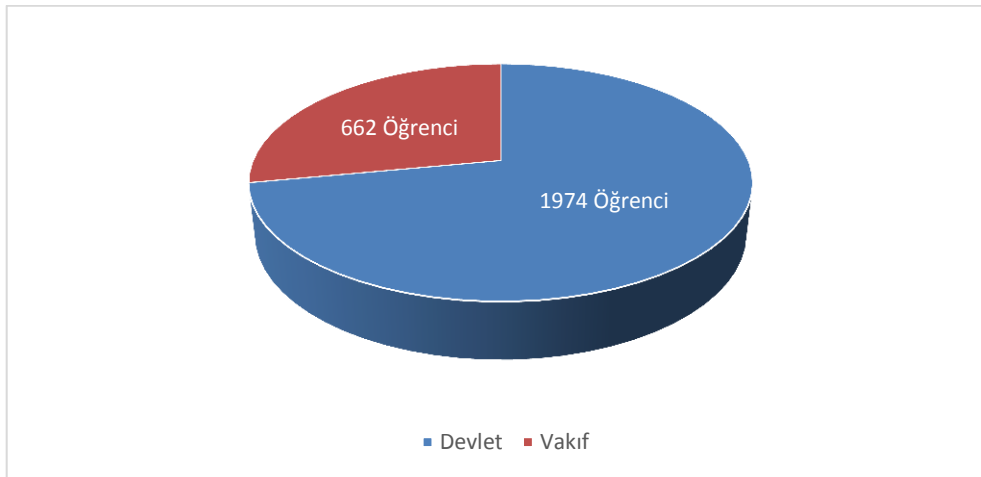
Şekil 6. Bölümlerin/Programların Aktif-Pasif Olma Durumu

Tablo 1’de bölüm ve programların aldığı isimler yer almaktadır. Buna göre; lisans bölümlerinin % 57,4’ü (n:31) “Sağlık Yönetimi”, % 26’sı (n: 14) “Sağlık Kurumları Yöneticiliği”, % 13’ü (n:7) “Sağlık Kurumları İşletmeciliği”, % 1,8’i (n:1) “Sağlık İdaresi” ve % 1,8’i de (n:1) “Sağlık Kurumları Yönetimi” ismini almıştır. Önlisans programlarının tamamı (n:39) “Sağlık Kurumları İşletmeciliği” adı altında toplanmıştır. Bu bölümlere 2014’de ÖSYM tarafından yapılan Yükseköğretime Giriş Sınavı başarı puanı ile (YGS)

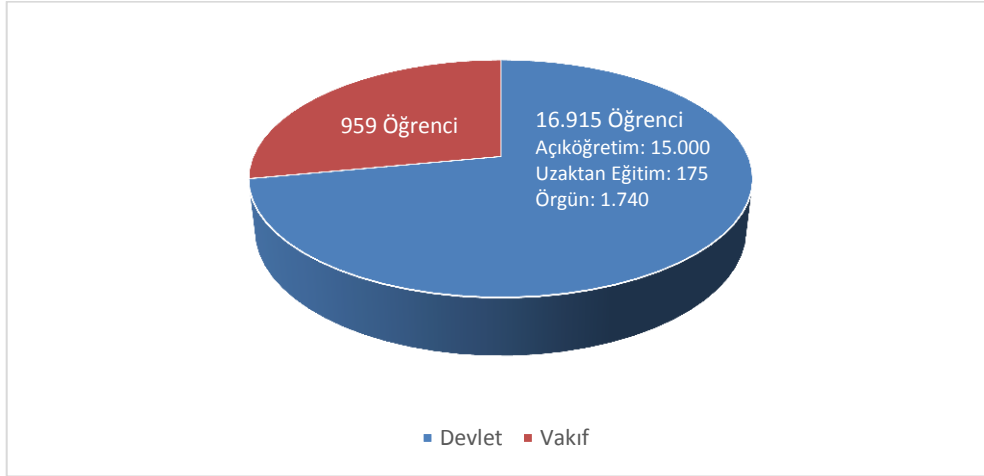
önlisans programlarına 17,874 öğrenci; Lisans Yerleştirme Sınavı başarı puanı ile ise (LYS) lisans bölümlerine 2,636 öğrenci yerleştirilmiş, toplamda 20,510 kontenjan dolmuştur (Şekil-7 / Şekil-8). Her yıl farklı üniversitelerde açılan Sağlık Yönetimi bölümlerinin sayısı ve potansiyel olarak bölümlere yerleşip, mezun olacak öğrenci sayısı dikkate alındığında, birkaç yıl sonra istihdam ihtiyacının çok üzerinde bir kalifiye mezun kitlesi ile karşı karşıya kalma riski söz konusudur.

Tablo 1. Bölüm/Program İsimlerinin Dağılımı

Bölümün Adı (Lisans)	n	%	Programın Adı (Önlisans)	N	%
Sağlık Yönetimi	31	57,4			
Sağlık Kurumları Yöneticiliği	14	26			
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	7	13	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	39	100
Sağlık İdaresi	1	1,8			
Sağlık Kurumları Yönetimi	1	1,8			
Toplam	54	100	Toplam	39	100



Şekil 7. 2014-2015 Sağlık Yönetimi Temel Alanından Lisans Düzeyinde Yükseköğretim Kurumlarına Yerleşen Öğrenci Sayıları (n:2.636)



Şekil 8. 2014-2015 Sağlık Yönetimi Temel Alanından Önlisans Düzeyinde Yükseköğretim Kurumlarına Yerleşen Öğrenci Sayıları (n:17.874)

4. Tartışma ve Sonuç

Türkiye’de sağlık yönetimi eğitiminin geçmişinin elli yılı aşmasına rağmen özellikle 2000’li yıllardan sonra bölüm ve programların açılmasında büyük artış yaşanmıştır. 2000 yılında lisans düzeyinde yalnızca dört üniversitede (Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, Marmara Üniversitesi) sağlık yönetimi bölümü mevcut iken, önlisans düzeyinde yalnızca bir üniversitede (Anadolu Üniversitesi) programın olduğu bilinmektedir (Şahin, Sargutan ve Tarcan, 2000:12). Günümüzde ise toplam 93 üniversitede önlisans/lisans düzeyinde sağlık yönetimi alanında eğitim verilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türk sağlık sisteminde meydana gelen köklü değişimler, özel sağlık kuruluşlarının sayısının hızla artması, rekabetin artması, başta hastanelerde olmak üzere tanıtedavi maliyetlerinin artması, hasta beklentilerindeki değişimler, kaliteli hizmet anlayışındaki artış vs. sebeplerden dolayı sağlık kuruluşlarının profesyonel bir şekilde yönetilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık yönetimi ile ilgili bölümlerin sayısının artırılması olumlu bir gelişmedir. Ancak bölümlerden ihtiyaç fazlası mezun verilmesi büyük bir istihdam açığı doğuracaktır. Bu bağlamda sağlık yönetimi bölümlerinin sektörün ihtiyacı yönünde planlı bir şekilde açılması ve kontenjanlarının sınırlandırılması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle hekimlerin ve diğer meslek mensuplarının özellikle de kamu sağlık sektörünün yöneticilik pozisyonlarındaki hatırı sayılır sayısal üstünlüğü ve bu yapının alışlagelmiş olması, bu alanlara yapılacak atamalarda doğrudan Sağlık Yönetimi bölümlerinden gelenler için bir engel oluşturmaktadır. Ayrıca kamuda, Sağlık Yönetimi bölümlerinden mezun olanlara özgü doğrudan bir kadro / iş pozisyonunun olmaması da kamudaki iş olanaklarına yönelik kaygıları da arttırmaktadır. Özel sektör açısından bakıldığında ise, hastanelerin henüz Sağlık Yönetimi önlisans/lisans alanlarından gelenlere yönelik gözle görülür bir insan kaynağı politikası izledikleri de yine söylenememektedir.

Sağlık Yönetimi bölümlerindeki ders planlamalarının ve müfredat yapılanmasının, gerek özel gerekse de kamu sağlık sektörünün ihtiyacını dikkate alacak şekilde hazırlanması büyük önem taşımaktadır. Özellikle bilimsel düzeyde teorik yapısı güçlü ama bir o kadar uygulama ve staj odaklı bir eğitim modeli benimsenmeli, disiplinler arası bir yaklaşım izlenmelidir. Bunun yanı sıra ilgili tabii geliştirilecek bu program ve bölümlerde ders verecek olan öğretim elemanı yetersizliği de önemli bir sorundur. Nitelikli lisansüstü programlarının açılarak, alanda akademik kariyer yapabilecek öğretim elemanı yetiştirilmesi gerekmektedir.

Araştırma bulgularında da görülmektedir ki Türkiye’de sağlık yönetimi olarak genellediğimiz lisans bölümlerinin isimleri ve yer aldığı fakülte/yüksekokullar da farklılık göstermektedir. Bu nedenle ilgili bölümlerin yeni bir stratejik plan dâhilinde, tek bir isim altında birleştirilmesi, bölümün Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesinde mi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi bünyesinde mi yer alması gerektiği ilgili uzmanlar ve paydaşlarca tartışılmalı ve Yükseköğretim Kurumu’nun ilgili alt çalışma komisyonu ile paylaşılarak, karara bağlanması sağlanmalıdır. Bununla beraber bölümlerde verilen derslerin içeriklerinin de önlisans, lisans ve lisansüstü düzeylerde farklılaştırılması ve bu düzeylere uygun içeriklerle zenginleştirilmesi ve çekirdek müfredatın standart hale getirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak sağlık yönetimi ile ilgili programların/bölümlerin, hem gerek nicelik gerek nitelik bakımından yeniden planlanması, kalitesinin iyileştirilmesi, bölümlere/programlara ait amacın ve çıktılarının yeniden tanımlanması; hem de elde edilmesi hedeflenen bilgi ve becerilerin, gerek bilimsel anlamda literatüre katkı sağlayacak gerekse de sektörün ihtiyacını karşılayacak şekilde geliştirilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

- 1.ŞAHİN, İ.,E. Sargutan, M. Tarcan. (2000). Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Yönetimi Eğitimi. Eds. Mehtap Tatar, İsmet Şahin, Gülsün Erigüç. 2000’li yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Minpa Matbaacılık, Ankara, s. 1-15.
- 2.ÇİMEN, Mesut (2010), Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetimi Eğitimi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), s. 136-138.
- 3.2013 ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu, <http://www.osym.gov.tr/belge/1-19181/2013-osys-yuksekogretim-programlari-ve-kontenjanlari-ki-.html>, Erişim Tarihi: 03.05.2014
- 4.2014 ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu, <http://www.osym.gov.tr/belge/1-21838/2014-osys-yuksekogretim-programlari-ve-kontenjanlari-ki-.html>, Erişim Tarihi: 03.07.2014

KAMU HASTANE BİRLİKLERİ GENEL SEKRETERLİKLERİNDE ÇALIŞAN ÜST DÜZEY YÖNETİCİLERİN EĞİTİM PROFİLİ

Gökhan ABA*

Ebru Özlem GÜVEN**

Zeynep TAŞKIRAN***

Tülin KÖSE****

ÖZET

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli adımı hiç kuşkusuz Kamu Hastane Birlikleri oluşumudur. Hastanelerin birlik çatısı altında toplanmasındaki temel amaç, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin artırılması yoluyla vatandaşların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Kurulan birliklerin bu amaçları gerçekleştirebilmeleri için; idari ve tıbbi faaliyetleri ayrı birer stratejik iş birimi gibi ama bir o kadar bütünsel bir yönetim anlayışı ile idare edecek profesyonel sağlık yöneticilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kamu hastane birlikleri genel sekreterliklerinde görev yapan üst düzey yöneticilerin (genel sekreter, tıbbi hizmetler başkanı, idari hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı) lisans ve var ise lisansüstü eğitim düzeylerini ve bölüm bazındaki dağılımlarını ortaya çıkarmaktır. Çalışmanın evrenini, genel sekreterliklerdeki 333 üst düzey yönetici kapsamaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, 2014'ün Mayıs ayında, ilgili birimlerin resmi web siteleri üzerinden ulaşılan 243 üst düzey yönetici çalışma kapsamına alınmıştır. Verilere göre üst düzey yöneticilerin %74,7'i Tıp Fakültesi, %20,1'i İİBF bölümleri ve %4,4'ü diğer bölümler olmak üzere sadece %0,8'i Sağlık Yönetimi ile ilgili lisans bölümlerinden mezundur. Lisansüstü eğitim düzeylerine ve bölüm dağılımlarına bakıldığında ise, üst düzey yöneticilerin %23'ünün lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu ve özellikle Sağlık Yönetimi ile ilgili lisansüstü eğitim düzeyine sahip üst düzey yöneticilerin oranının %17,7 olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda hedeflenen profesyonel yönetim anlayışına uygun kadro yapılanmaları oluşturulmalıdır. Çünkü bulgular gösteriyor ki, halen kamu hastane birlikleri ağırlıklı olarak hekimler tarafından yönetilmektedir. Bilgi, beceri ve yetkinlik açısından bakıldığında, 663 sayılı KHK'nin 32.maddesinde ve diğer ilgili maddelerinde yer alan genel sekreterler ve daire başkanlıkları için var olan iş/görev tanımlarının ve atama kriterlerinin ilgili komisyonlarca yeniden tartışılarak tanımlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Hastane Birlikleri, Üst Düzey Yönetici, Eğitim Düzeyi.

*İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Görevlisi, Dr. gokhanaba@aydin.edu.tr

**İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Üyesi, Yrd. Doç. Dr.

***İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Lisans Öğrencisi

THE EDUCATIONAL PROFILES OF THE HIGH LEVEL MANAGERS WORKING AT THE GENERAL SECRETARIATS OF THE PUBLIC HOSPITALS' ASSOCIATIONS

ABSTRACT

It goes without saying that the most crucial step of the Health Transformation Program is the creation of Public Hospitals' Associations. The basic aim in the collecting the hospitals under the roof of the association is to enable the efficient and productive use of the resources and meet the health needs of the people by increasing the service quality. In order to achieve the objectives of the associations, there is a need for professional health managers who will organize the administrative and medical activities as separate work units but at the same time with an integrated management approach. The aim of this study is to demonstrate undergraduate education levels and, if there is, graduate education levels and the distribution of the graduated departments of the high level managers (general secretary, head of medical services, administrative services chief, head of financial services) working at the general secretariats of the public hospitals' associations. The study covers 333 high level managers at the general secretariat. The sample selection has not been employed in the study; 243 high level managers reached over the web pages of the relevant units in May have been included in the study. According to the data, it has been observed that 74.7% of the managers were the graduate of the Medical School and 20.1% were from the Economics and Administrative Sciences departments and 4.4% were from other departments. Only 0.8% was from the undergraduate departments as regards the Health Management. When we look at the graduate education levels and the distribution of the graduated departments, we see that 23% of the high level managers have graduate education and 17.7% of the high level managers were the graduate of the departments related to the Health Management. Consequently, staff structuring in accordance with the professional management understanding aimed by the Health Transformation Program must be created because the findings show that most of the public hospitals are managed by physicians. It has been suggested that the job / task descriptions and criteria for assignment for the secretary-generals and head of departments stipulated by the 32nd article of the Legislative Decree numbered 663 and other related articles should be discussed and redefined by the related commissions.

Keywords: Association of Public Hospitals, Senior Manager, Education Level.

1. Giriş

Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Bu amacı gerçekleştirecek en önemli adımlardan birini kuşkusuz Kamu Hastane Birlikleri yapılıması oluşturmaktadır. Hastanelerin birlik çatısı altında toplanmasında temel amaç, kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması ve hizmet kalitesinin artırılması yoluyla vatandaşların sağlık ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanmasıdır. Kurulan birliklerin bu amaçları gerçekleştirebilmesi için; idari ve tıbbi faaliyetleri ayrı birer stratejik iş birimi olarak

ama bütünleşik bir yönetim anlayışı içinde yürütecek, sağlık yönetimi alanında yeterli donanımına sahip profesyonel sağlık yöneticilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

2. Araştırma Metodolojisi

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kamu hastane birlikleri genel sekreterliklerinde görev yapan üst düzey yöneticilerin (genel sekreter, tıbbi hizmetler başkanı, idari hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı) önlisans/lisans/lisansüstü eğitim düzeylerini, hangi alanda eğitim aldıklarını, sağlık yönetimi alanında eğitim alıp almadıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini, genel sekreterliklerde çalışan 333 düzey yönetici oluşturmaktadır. Bazı yöneticilere ait eğitim bilgilerine ulaşamaması nedeniyle 243 yönetici çalışma kapsamına alınmıştır. Bu nedenle araştırmanın örneklemini 243 yöneticiden oluşmuştur. Örneklem sayısının evreni temsil etme oranı % 73.6'dır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada kullanılan veriler, 2014 Mayıs-Haziran aylarında kamu hastane birlikleri resmi web sayfalarından elde edilmiştir.

3. Bulgular

Tablo 1.'de, kamu hastane birliklerinde çalışan üst düzey yönetici sayıları ve yüzdeleri yer almaktadır.

Tablo 1. Üst Düzey Yönetici Sayı ve Yüzdeleri

Üst Düzey Yönetici*	n	%
Genel Sekreter	80	33
Tıbbi Hizmetler Başkanı	63	26
İdari Hizmetler Başkanı	52	21
Mali Hizmetler Başkanı	48	20
Toplam	243	100

Tablo 2.'de üst düzey yöneticilerin önlisans/lisans eğitim düzeyleri yer almaktadır. Yöneticilerin % 4,5'inin sağlık kurumları işletmeciliği önlisans programından, % 2,8'inin ise diğer alanlardan önlisans mezun oldukları tespit edilmiştir. Lisans eğitim düzeylerine baktığımızda; yöneticilerin % 74,7'si tıp fakültesi, % 20,1'i İİBF bölümleri (İşletme, İktisat, Kamu Yönetimi), % 4,4 diğer bölümlerden ve % 0,8'inin ise sağlık yönetimi bölümlerinden mezun olduğu belirlenmiştir.

*Toplam 13 genel sekreter aynı zamanda tıbbi hizmetler başkanlığını, 6 yönetici ise idari-mali, idari-tıbbi ve/veya mali-tıbbi hizmetler başkanlıklarını birlikte yürütmektedir. Çalışmada bu ayrım gözetilmemiş, her biri ayrı yönetici olarak ele alınmıştır.

Tablo 2. Yöneticilerin Önlisans/Lisans Eğitim Düzeyleri

	Önlisans		Lisans				
	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Diğer	Tıp Fakültesi		Sağlık Yönetimi Bölümleri	İİBF Bölümleri	Diğer
			Pratisyen	Uzman			
Genel Sekreter	1	0	36	42	1	0	0
Tıbbi Hizmetler Başkanı	2	0	18	41	0	2	3
İdari Hizmetler Başkanı	8	0	25	6	0	19	4
Mali Hizmetler Başkanı	0	7	13	5	1	29	4
Toplam	11 (%4,5)	7 (%2,8)	92 (%37)	94 (%37,7)	2 (%0,8)	50 (%20,1)	11 (%4,4)

Not: 7 yönetici çift lisans yaptığından dolayı lisans yüzdeleri 249 yönetici üzerinden hesaplanmıştır.

Yöneticilerin lisansüstü eğitim düzeylerine yönelik bilgiler Tablo 3’de yer almaktadır. Yöneticilerin % 23’ü tüm alanlardan yüksek lisans derecesine sahip iken, sağlık yönetimi alanında yüksek lisans derecesine sahip olanların oranı ise % 17,7’dir.

Tablo 3. Yöneticilerin Lisansüstü Eğitim Düzeyleri

	Lisansüstü	
	Tüm Alanlar	Sağlık Yönetimi Alanı
Genel Sekreter	13	12
Tıbbi Hizmetler Başkanı	7	6
İdari Hizmetler Başkanı	19	14
Mali Hizmetler Başkanı	17	11
Toplam	56 (%23)	43 (%17,7)

Not: Tıp Fakültesi mezunlarının yüksek lisanslı ve tıpta uzmanlığını alanların doktora unvanına sahip olmaları kapsam dışında tutulmuştur. Tablodaki değerler tıp fakültesi ve tıpta uzmanlık dışındaki yüksek lisans/doktora derecesine sahip yöneticilerin sayılarını ifade etmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

Kamu hastane birliklerinin yeniden yapılandırılması ile profesyonel sağlık yöneticiliğine ihtiyaç bir kat daha artmıştır. Ülkemizde sağlık yönetimi eğitimi geçmişinin 50 yılı aşmasına rağmen hala profesyonel sağlık yöneticiliğinin önemi kavranamamıştır. Zira çalışma sonuçlarımız da bu durumu desteklemektedir. Kamu hastane birliklerinde çalışan üst düzey yöneticilerden yalnızca ikisi (% 0,8) sağlık idarecisi iken, % 74,7'si tıp fakültesi mezunu hekimler olduğu göze çarpmaktadır. Lisansüstü eğitim durumlarına baktığımızda da üst düzey yöneticilerin yalnızca % 17,7'si sağlık yönetimi alanında lisansüstü dereceye sahiptir. Yıllardır hastane yönetimlerinde hekimlerin söz sahibi olması ve “hekimleri hekimlerden başkası yönetemez” anlayışı nedeniyle hastaneler profesyonel yönetim anlayışından uzak tutulmuştur. Bu nedenle; hekimlerin sadece tıbbi alanların yönetiminde yer almaları gerekliliği kaçınılmazdır. Bu durum mesleki liyakat ilkesine ters düşmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 32. Maddesinde genel sekreter, idari ve mali hizmetler başkanı, hastane yöneticisi, müdür ve müdür yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren herhangi bir yükseköğretim kurumundan mezun olmanın yeterli olduğu belirtilmiştir. Bu durum siyasi otoritenin elini güçlendirmekte ve liyakat ilkesine ters düşmektedir. Bununla beraber genel sekreterler için 8 yıl, diğerleri için 5 yıl iş tecrübesi istenmektedir. Bu ifadede de iş tecrübesinin içeriği açık değildir. Sonuç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda hedeflenen profesyonel yönetim anlayışına uygun kadro yapılanmaları oluşturulmalıdır. Bilgi, beceri ve yetkinlik açısından bakıldığında, 663 sayılı KHK'nin 32.maddesinde ve diğer ilgili maddelerinde yer alan genelsekreterler ve daire başkanlıkları için var olan iş/görev tanımlarının ve atama kriterlerinin ilgili komisyonlarca yeniden tartışılarak tanımlanması önerilmektedir.

Kaynak

- Araştırmada kullanılan veriler 88 kamu hastane birliği genel sekreterliğinin resmi web sitelerinden alınmıştır.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ'NDE SAĞLIKLA İLGİLİ BİR BÖLÜMDE ÖĞRENİM GÖREN ÖNLİSANS VE LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN ORGAN NAKLİ ve BAĞIŞINA BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Haydar HOŞGÖR*
Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR**

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; İstanbul Üniversitesi'nde sağlıkla ilgili bir bölümde eğitim alan öğrencilerin, organ bağışına bakış açılarını saptamaktır. Çalışma; İstanbul Üniversitesi bünyesinde yer alan Sağlık Yönetimi, Ebelik, Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Sosyal Hizmet, Tıp, Tıbbi Laboratuvar, Ağız ve Diş Sağlığı bölümlerinde okuyan öğrenciler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örnekleme 2013-2014 eğitim-öğretim dönemi bahar yarıyılında İstanbul Üniversitesi'nde öğrenim gören 582 öğrenciden oluşmaktadır. Veriler, demografik bilgilerin de yer aldığı organ bağışıyla ilgili toplam 24 sorudan oluşan bir anket formu ile toplanmış ve SPSS 21 paket programıyla analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,98 \pm 2,32$ olup, 137'si (%23,5) erkek, 445'i (%76,5) kadındır. Öğrencilerin 7'si (%1,2) tüm organlarını bağışladığını bildirirken, 575'i (%98,8) organ bağışında bulunmadığını belirtmiştir. Ayrıca organlarını bağışlayan bu 7 öğrencinin organ bağış kartına sahip olduğu tespit edilmiştir. “Organ bağışında bulunmak ister misiniz?” sorusuna öğrencilerin 267'si (%45,9) evet, 67'si (%11,5) hayır cevabını verirken 248'i (%42,6) ise kararsızım cevabını vermişlerdir. “Dini inanç organ bağışına engel midir?” sorusuna öğrencilerin 65'i (%11,2) evet, 387'si (%66,5) hayır, 130'u (%22,3) bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Yapılmış benzer çalışmaların sonuçları ile paralel olarak, öğrencilerin organ bağışı konusundaki isteklilik düzeylerinin yüksek olmasına rağmen, organ bağışında bulunma düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların organ bağışı konusundaki farkındalıklarını arttırmak için eğitim programları içerisinde organ bağışıyla ilgili konulara daha fazla yer verilmeli ve organ bağış kampanyaları düzenlenmelidir. Çünkü organ nakil sayısının artması, eğitimde bilinçlendirmenin artmasına bağlıdır. Geleceğe ışık tutan gençlerin organ bağışı konusundaki farkındalıklarını arttırmak, onları ileride birer organ bağışçısı haline getirerek organ yetersizliğinin önüne geçecektir.

Anahtar Kelimeler: Beyin Ölümü, Organ-Doku Bağışı, Sağlık Eğitimi

*Öğr.Gör., İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, h.hosgor@istanbul.edu.tr

** Öğr.Gör., İstanbul Şişli Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, deryagunduz.hosgor@sisli.edu.tr

THE EVALUATION OF PERSPECTIVE ON ORGAN TRANSPLANTATION AND DONATION OF STUDENTS STUDYING IN RELATED TO HEALTH PRE-LICENSE AND UNDERGRADUATE PROGRAMS AT ISTANBUL UNIVERSITY

ABSTRACT

The purpose of this study is to determine the point of organ donation of students who study in a department related to health at Istanbul University. This study has been carried out in Health Management, Midwifery, Nursing, Physiotherapy and Rehabilitation, Social Work, Medicine, Medical Laboratory, Department of Oral and Dental Health which are located at the Istanbul University. The study sample consists of 582 students studying at the Istanbul University in the spring semester of 2013-2014 academic year. Data were collected by a questionnaire, including demographic information about organ donation consists of a total of 24 questions and were analyzed by SPSS 21 software package. The average age of the students who participated in the study is 20.98 ± 2.32 , 137 (23.5%) are male and 445 (76.5%) are female. While 7 students (1.2%) pointed out that they have donated all their organs, 575 (98.8%) stated that they are not an organ donor. Also it was identified that donate the organs of these seven students have an organ donation card. 267 students (45.9%) answered yes, 67 (11.5%) no and 248 (42.6%) responded undecided in response to the questions "Do you want to donate your organs?". 65 students (11.2%) answered yes, 387 (66.5%) answered no, and 130 (22.3%) responded that I do not know to the question, "Is faith an obstacle to organ donation?" Although students have high levels of willingness to donate organs, it is seen that the level of organ donation is low in parallel with the results of similar studies carried out. Organ donation campaign should be organized and should give more emphasis to issues related to organ donation in order to increase awareness about organ donation in training programs. Because, the increasing number of organ transplants is depended on raising awareness in education. Increasing awareness about organ donation of young people who shed light on the future, by making them organ donors will help prevent organ failure in the future.

Key Words: Brain Death, Organ-Tissue Donation, Health Education

1. Giriş

Ölüm, her ne kadar kabullenmesi güç olsa da yaşamın temel gerçeklerindedir. İnsanoğlu ölüm gerçeğini başlangıçtan itibaren merak etmiş, anlamaya çalışmış ve ölümü tanımlama ihtiyacı duymuştur. Asırlarca ölümü anlama ve tanımlama sürecine genellikle dini inançlar eşlik etmiştir. Son yüzyıllarda ise hekimler, ölüm tanısını koyacak kişiler pozisyonuna gelmiştir (Çil & Görkey, 2014, s. 69).

Kavramsal açıdan ölüm; kardiyak işlevlerin ve solunum sisteminin kalıcı olarak durmasıdır. Beyin ölümü ise tüm beyin işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesi

olup beyin içi dolaşım sistemininçöktüğü klinik bir tablodur (Anıl, Anıl, Yavaşcan, Kanar, & Aksu, 2009, s. 195).

Modern tıp, hasta kişilerekaliteli ve ergonomik bir yaşam sağlayabilmek amacıyla sürekli gelişmektedir.Bu paralelde organ nakli de bu gelişmelerin başında gelmektedir (Koçak, Aktaş, Şenol, Kaya, & Bilgin, 2009, s. 19).

Yaşamsal öneme sahip olan organ nakli ve bağıışı, toplumların gelişmişlik düzeylerinin yanı sıra kişilerin tutum ve davranışları, dini inançları, örf, adet ve kültürel değerleriyle de ilgili bir konudur(Özer, Sarıtaş, & K.Özlü, 2010, s. 1).

Bir kişinin henüz sağken hür iradesi ile tıbbi olarak vefatettikten sonra doku ve organlarının başka hastaların tedavisi için kullanılmasına izin vermesi ve bu işlemiresmi olarak kayıt altına almasına, organ bağıışı adı verilmektedir. Vücutta işlevini yerine getiremeyen bir organ veya dokunun yerine canlıbir donörden veya ölüden alınan fonksiyonel bir organın nakledilmesi işlemine ise organ/doku nakli denilmektedir. Organ/doku nakli, günümüzde birçok kronik organ yetmezliği hastaları ve hastalıklarında uygulanan geçerli ve güvenilir bir tedavi metodu olarak kabul edilmekte ve kullanılmaktadır(Özkan & Yılmaz, 2009, s. 19).

Organ/doku nakli işlemlerinde donörün kaynağı, canlı ve kadavra olmak üzere iki çeşittir. Canlı insanlardan organ/doku alınması, donörün yaşamınıriske atmayacak, vücutta çift bulunan (böbrek, parça olarak karaciğer ve pankreas gibi) organların tekini almakla olanak dahilindedir. Kadavradan organ alınması için ise;donörün, beyin ölümünün gerçekleşmiş olması ve organlarının fonksiyonel olması gerekmektedir. Buna ek olarak gerekli kanuni şekil şartlarının da yerine getirilmesi zorunludur. Kadavradan organ alımındaki sorun birçok dünya ülkesinde tartışılan ve halen çözüm yolları üzerinde çalışılan bir problemdir. FakatTürkiye’de bu problem daha da fazla bir önem arz etmektedir. Bunun datemel sebebinin cesede müdahale edilmesinin, merhum yakınları ve aileleri tarafından hoş karşılanmamasıdır. Dolayısıyla bu problem; organ/doku naklinin önündeki en önemli engellerden birisidir. Avrupa ülkelerinde organ donörlerinin %80’i kadavra kökenli, %20’si ise canlı kökenlidir. Bu durum Türkiye’de ise; %75’i canlı, %25’si kadavra kökenli olup Avrupa ülkelerinin tam tersi bir haldedir(Göz & Ş.Gürelli, 2007, s. 78).

Türkiye’de organ/doku bağıışıyla ilgili uygulamalar 29.05.1979 tarih ve 2238 sayılı“Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli” yasası çerçevesinde yapılmaktadır. Yasaya göre yeni doğandan 60 yaşa kadar olan vefat etmiş kişilerden organ/doku alınabildiği gibi 18 veya üzerinde bir yaşta olup akli dengesi yerinde olan herkes organ/doku bağıışı yapabilmektedir. Bu yasa 2000 yılında “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği” ile güncelleştirilmiştir.Bunu takiben de; Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi oluşturulmuş ve devreye sokulmuştur (Efil, Şişe, Üzel, & Eser, 2013, s. 363).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kişilerin organ/doku bağıışındaki bilgi düzeyleri eksik/yetersiz ve organ bağıışında bulunan kişisayısı da oldukça düşük düzeydedir. Bunların nedenleri başında; kişilerinbireysel veya bazı dini kaygılarıyla birlikte, organ/doku bağıışı konusunda yeterli bilgi düzeyinde olmamaları sayılabilir. Günümüzde kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, pankreas, ince bağırsak, kemik, kemik iliği, deri, sinir ve kornea gibi yaşamsal öneme sahip olan organ ve dokuların nakli yapılabilmektedir. Organ/doku nakliyle ilgili geçmişte ve günümüzde yapılmış olan çalışmalara bakacak olunursa; canlı donörden ilk böbrek nakli 1947 yılında Boston’da yapılmıştır. İlk başarılı kalp nakli de 1967 yılında doktor Cristian Barnard tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de ise ilk kalp nakli 22 Kasım 1968 yılındaAnkara Yüksek İhtisas Hastanesi’nde doktor Kemal Beyazıt tarafından gerçekleştirilmiş; fakat hasta yaşamını yitirmiştir. İlk başarılı böbrek nakli ise; 3 Kasım 1975

yılında doktor Mehmet Haberal ve ekibi tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde anneden oğluna yapılmıştır. Kadavradan ilk böbrek naklini ise yine 1978 yılında bu ekip gerçekleştirmiştir (Çetin & Harman, 2012, s. 174).

Bazı ülkelerde yer bulan dini veya kültürel yaklaşımlar, cesedin vücut bütünlüğünü bozmayı uygun bir davranış olarak görmediği için organ/doku bağıışı genellikle aralarında kan bağı ilişkisi bulunan bireyler arasındagerçekleştirilmektedir. Eğer akrabalar arasındauygun bir donör bulunamamış ise, bu durumda aile üyeleri ve yakınları ücret karşılığı başka insanlardan organ/doku bulma yoluna başvurabilmektedirler(Yaşar ve ark., 2008, s. 34).

Kadavradan organ almanın yol açtığı etik problemlerin desıklıkla gündeme geldiği bu tür ülkelerde, toplumdaki ekonomik dengesizlikler organ temininin ticarileştirilmesine ve dolayısıyla ticari bir organ/doku pazarı oluşmasına sebep olmaktadır. Bunun sonucu olarak da yoksul insanlar; gerek kendi ülkelerinde gerekse de uluslararası ölçekte ucuz organ temini konusunda başvurunun odağı haline gelebilmektedir. Bu türden istenmeyen bir pazar ortamı oluşmasının önüne geçilebilmesi için; organ/dokunaklinde kadavraya ait organ/dokuların etik kurallar çerçevesi ve bilimsel doğrular eşliğinde yaygın kullanımının bir çözüm önerisi olduğu konusunda hemfikir olunmuştur. Organ/doku bağıışlarını arttırabilmek için toplumların bu konudaki yetersiz/eksik bilgilerini ve olumsuz bakış açılarını ortadan kaldırmak gerekmektedir. Bu bağlamda; öncelikle hekimlerin bu konuda bilgi sahibi olmaları ve toplumlarını aydınlatmalarıönem teşkil etmektedir (Naçar, Çetinkaya, Kanyılmaz, & Utaş, 2001, s. 123-124).

2. Yöntem

2.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışma; İstanbul Üniversitesi'ne bağlı olan Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İstanbul Tıp Fakültesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda sağlıkla ilgili bir bölümde eğitim-öğretim görmekte olan öğrencilerin organ/doku nakli ve bağıışı konusundaki bakış açılarını analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamına; Sağlık Yönetimi, Ebelik, Hemşirelik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Sosyal Hizmet, Tıp, Tıbbi Laboratuvar, Ağız ve Diş Sağlığıbölümleri alınmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışma tanımlayıcı bir niteliktedir. Çalışmanın evrenini ve örneklemini İstanbul Üniversitesi bünyesindeki Sağlık Bilimleri Fakültesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Tıp Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda 2013-2014 bahar yarıyılında eğitim-öğretim görmekte olan kendilerine ulaşılabilen toplam 582 öğrenci oluşturmaktadır. Bunun dışında ayrıca bir evren ve örneklem hesaplaması yoluna gidilmemiş, sadece ulaşılabilinen öğrenciler ele alınmıştır.Organ/doku nakli ve organ/doku bağıışı, sağlıkla ilgili konular oldukları için çalışma kapsamına sadece sağlıkla ilgili bir bölümde okuyan öğrenciler alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı olarak resmi izin alınmış ve alınan resmi izin belgesi ilgili yüksekökol ve fakültelere iletilmiştir. Veri toplama aracı olarak 24 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır. Anketler bu beş farklı eğitim-öğretim kurumundaki öğrencilere uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 21 paket programında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede yüzdeler, frekans ve ki-kare yöntemi kullanılmıştır.

3. Bulgular

Tablo 1: Demografik Bilgiler	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)	Toplam (n/%)
Yaş	17-24	555	95,4	582 (100)
	25-40	27	4,6	
Cinsiyet	Erkek	137	23,5	582 (100)
	Kadın	445	76,5	
Okul	Sağlık Bilimleri Fakültesi	374	64,3	582 (100)
	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	57	9,8	
	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	55	9,5	
	İstanbul Tıp Fakültesi	11	1,9	
	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	85	14,6	
	Sağlık Yönetimi	81	13,9	
	Sosyal Hizmet	24	4,1	
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	68	11,7	
	Ebelik	201	34,5	
Bölüm	Hemşirelik	57	9,8	582 (100)
	Tıp	66	11,3	
	Tıbbi Laboratuvar	44	7,6	
	Ağız-Dış Sağlığı	41	7,0	
	Okur-Yazar Değil	29/80	5,0/13,7	
Baba/Anne	İlköğretim	287/334	49,3/57,4	582 (100)
Eğitim Düzeyi	Lise	152/113	26,1/19,4	
	Üniversite	99/46	17,0/7,9	
	Master/Doktora	15/9	2,6/1,5	
Ailelerin Aylık Ortalama Geliri	0-2999 TL	433	74,4	582 (100)
	3000-5999 TL	130	22,3	
	6000 TL ve üzeri	19	3,3	

Tablo 1'e göre; araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,98 \pm 2,32$ olup, 137'si (%23,5) erkek, 445'i (%76,5) kadındır. Kadın nüfusun erkeklere oranla yüksek olmasında; ebelik ve hemşirelik bölümlerinin etkisi yüksektir. 17-24 yaş grubunda 555

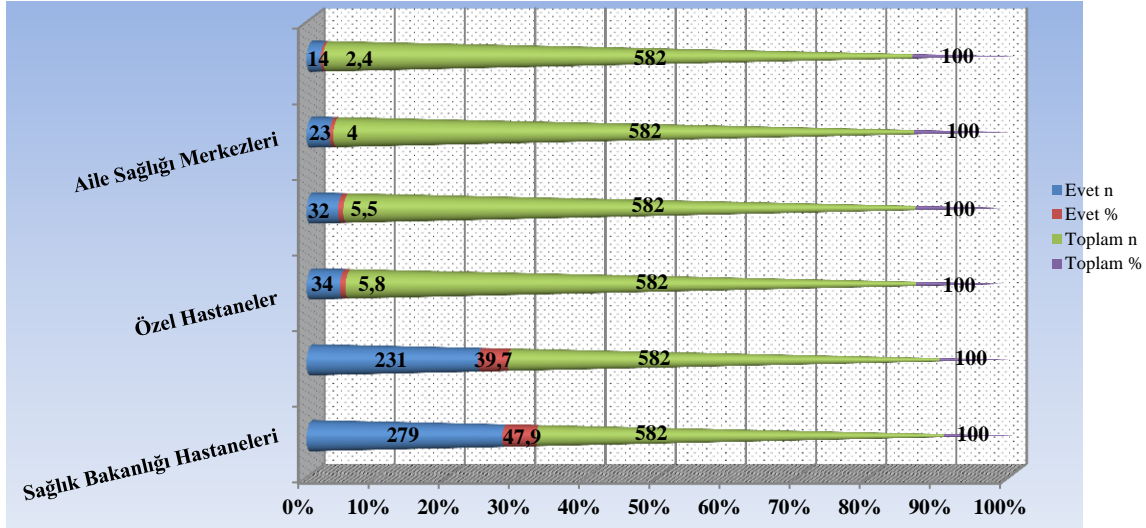
(%95,4), 25-40 yaş grubunda 27 (%4,6) öğrenci mevcuttur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden 374 (%64,3), Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinden 57 (%9,8), Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden 55 (%9,5), İstanbul Tıp Fakültesi’nden 11 (%1,9) ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’ndan 85 (%14,6) öğrenci ankete katılmıştır. Sağlık Yönetimi bölümünden 81 (%13,9), Sosyal Hizmet bölümünden 24 (%4,1), Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünden 68 (%11,7), Ebelik bölümünden 201 (%34,5), Hemşirelik bölümünden 57 (%9,8), Tıp bölümlerinden 66 (%11,3), Tıbbi Laboratuvar bölümünden 44 (%7,6), Ağız-Diş Sağlığı bölümünden 41 (%7) kişi ankete katılmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde sayının fazla olmasının nedeni 4 farklı bölümün bulunmasındandır. Baba eğitim düzeylerine bakıldığında; 29’unun (%5) okur-yazar olmadığı, 287’sinin (%49,3) ilköğretim, 152’sinin (%26,1) lise, 99’unun (%17) lisans ve 15’inin (%2,6) lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Anne eğitim düzeylerine bakıldığında; 80’inin (%13,7) okur-yazar olmadığı, 334’ünün (%57,4) ilköğretim, 113’ünün (%19,4) lise, 46’sının (%7,9) lisans ve 9’unun (%1,5) lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Öğrenci ailelerinin aylık gelir ortalaması yaklaşık 2,262 Türk Lirası olup; 433’ünün (%74,4) 0-2999TL, 130’unun (%22,3) 3000-5999 TL, 19’unun (%3,3) 6000 TL ve üzerinde olduğu görülmüştür. Öğrenci ailelerinin aylık gelir ortalamasına bakıldığında yaklaşık 3/4’nün 0-2999 TL aralığında yer aldığı görülmektedir.

Tablo 2: Organ Bağış Mevcudiyeti ve Bilgi Düzeyi Durumları

	Evet	Hayır	Kararsızım	Bilmiyorum	Toplam
	(n-%)	(n-%)	(n-%)	(n-%)	(n-%)
Organ Bağış Kartınız var mı?	7(1,2)	575(98,8)	-	-	582(100)
Organ Bağışı Yaptınız mı?	7(1,2)	575(98,8)	-	-	582(100)
Organ Bağışlamak İster misiniz?	267(45,9)	67(11,5)	248(42,6)	-	582(100)
Dini İnanç Bağışa Engel midir?	65(11,5)	387(66,5)	-	130(22,3)	582(100)
Her Ölüden Organ Alınabilir mi?	27(4,6)	468(80,4)	-	87(14,9)	582(100)

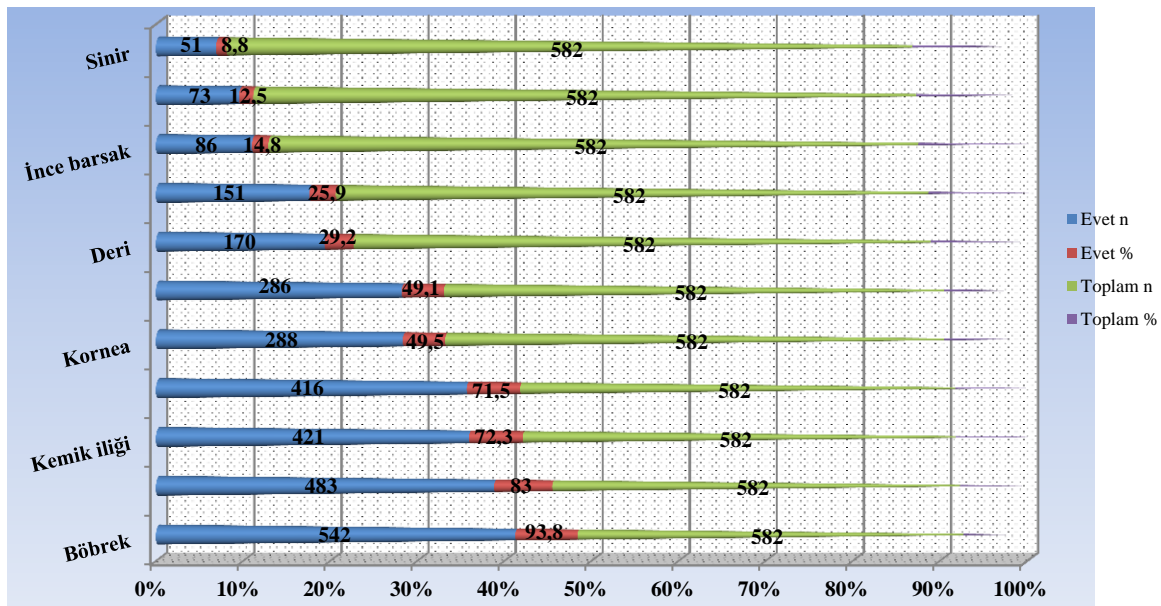
Tablo2’ye göre; öğrencilerin sadece 7’si (%1,2) tüm organlarını bağışladığını bildirirken, geriye kalan 575’i (%98,8) organ bağışında bulunmadığını belirtmiştir. Ayrıca organlarını bağışlayan bu 7 öğrencinin organ bağış kartına sahip olduğu tespit edilmiştir. “Organ bağışında bulunmak ister misiniz?” sorusuna öğrencilerin 267’si (%45,9) evet, 67’si (%11,5) hayır cevabını verirken 248’i (%42,6) ise kararsızım cevabını vermişlerdir. Organ/doku nakli ve bağışıyla ilgili yapılmış diğer pek çok çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın sonuçlarında da kişilerin büyük bir çoğunluğunun organlarını bağışlamadığı; fakat yaklaşık %50’sinin bağışlamak isterim cevabını verdikleri kaydedilmiştir. Yine diğer benzer çalışmalarda olduğu gibi, organlarını bağışlamak isteyenlerin oranı ile kararsız olduklarını söyleyenlerin oranları birbirine yakın çıkmıştır. “Dini inanç organ bağışına engel midir?” sorusuna öğrencilerin 65’i (%11,2) evet, 387’si (%66,5) hayır, 130’u (%22,3) bilmiyorum cevabını vermişlerdir. “Her ölen kişiden organ nakli yapılabilir mi?” sorusuna öğrencilerin 27’si (%4,6) evet, 468’i (%80,4) hayır, 87’si (%14,9) bilmiyorum cevabını vermişlerdir.

Grafik 1: Organ Bağışı Yapılabilecek Merkezleri Bilme Durumları



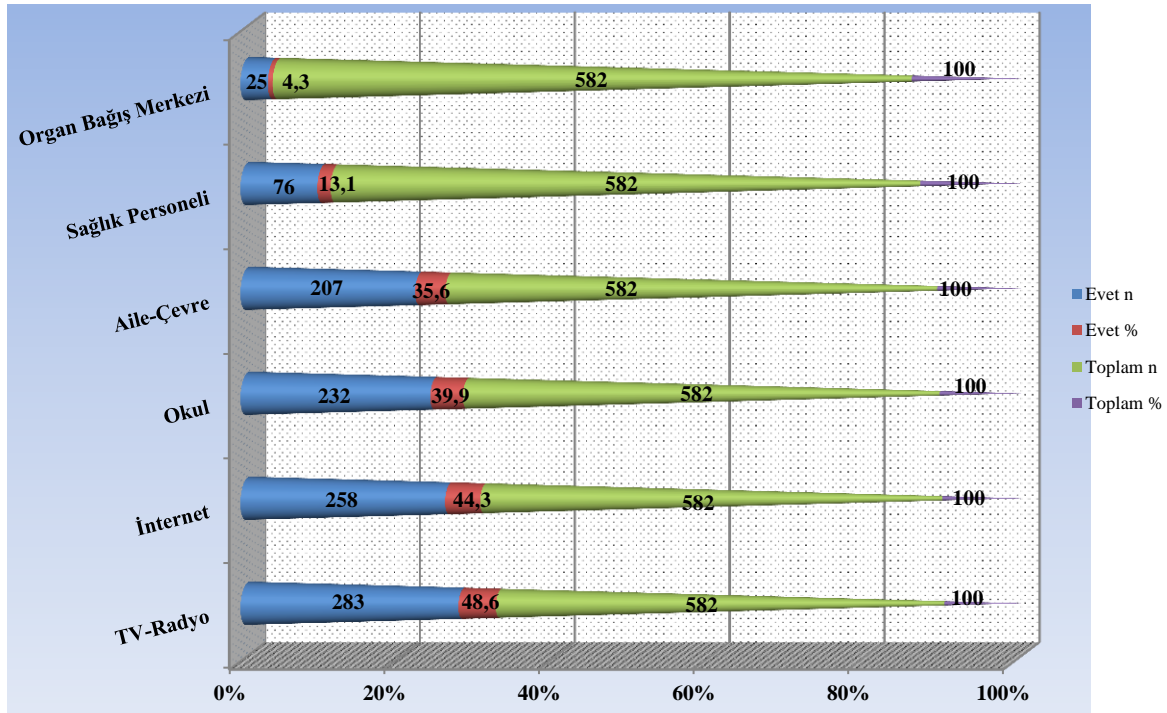
Grafik 1'e göre; 279 öğrenci (%47,9) organ/doku bağışı yapılabilecek merkez olarak ilk sırada Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneleri görmektedirler. İkinci sırada 231 öğrenci (%39,7) ile üniversite hastaneleri, üçüncü sırada ise 34 öğrenci (%5,8) ile özel hastaneler yer almaktadır. İl sağlık müdürlükleri, aile sağlığı merkezleri ve dispanserlerin organ/doku bağışı yapılabilecek merkezler olarak öğrenciler açısından tanınırlığı; özel, kamu ve üniversite hastanelerine oranla oldukça düşüktür. Bu bağlamda; Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikalarında merkezi bir rol oynaması ve organ/doku bağışıyla ilgili halkı bilinçlendiren yararlı kamu spotları yayınlamasının, üniversite hastanelerindeki deneyimli, kalifiye ve tanınmış öğretim üyeleri ile bünyesindeki organ/doku nakil merkezlerinde başarılı transplantasyonların gerçekleştiriliyor olmasının ve özel hastanelerin bilbordlar ve kitle iletişim araçları vasıtasıyla yapmış oldukları tanıtıcı reklamların; organ/doku bağışı yapılabilecek olan sağlık kurum ve kuruluşlarının tanınırlığında etkili olduğu söylenebilir.

Grafik 2: Hangi Doku ve Organların Bağışlanabileceğini Bilme Durumları



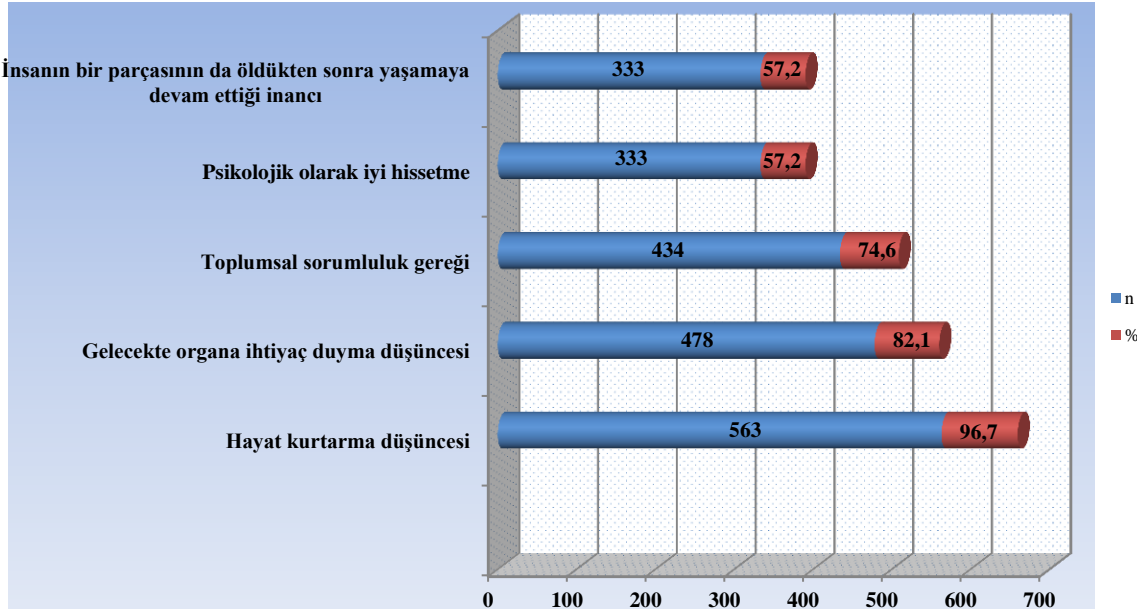
Grafik 2'ye göre öğrencilerin hangi organ/dokuların bağışlanabileceğini bilme durumlarına bakıldığında; ilk sırada %93,8 (542) ile böbrek, ikinci sırada %83 (483) ile kalp, üçüncü sırada %72,3 (421) ile kemik iliği ve dördüncü sırada %71,5 (416) ile karaciğer, beşinci sırada %49,5 (288) ile kornea ve altıncı sırada ise %49,1 (286) ile akciğerin geldiği görülmektedir. Öğrenciler tarafından; deri, pankreas, ince barsak, kemik ve sinirin bağışlanabileceğinin bilinirliği, diğer organ/dokulara oranla daha düşük bulunmuştur. Bunda etkili olan faktörün ise; öğrencilerin aile ve/veya yakın çevrelerinde en fazla böbrek, kalp, kemik iliği ve karaciğerini bağışlamış olan kişilerin varlığı olduğu söylenebilir.

Grafik 3: Organ Bağışıyla İlgili Bilgileri Öğrenme Ortamları



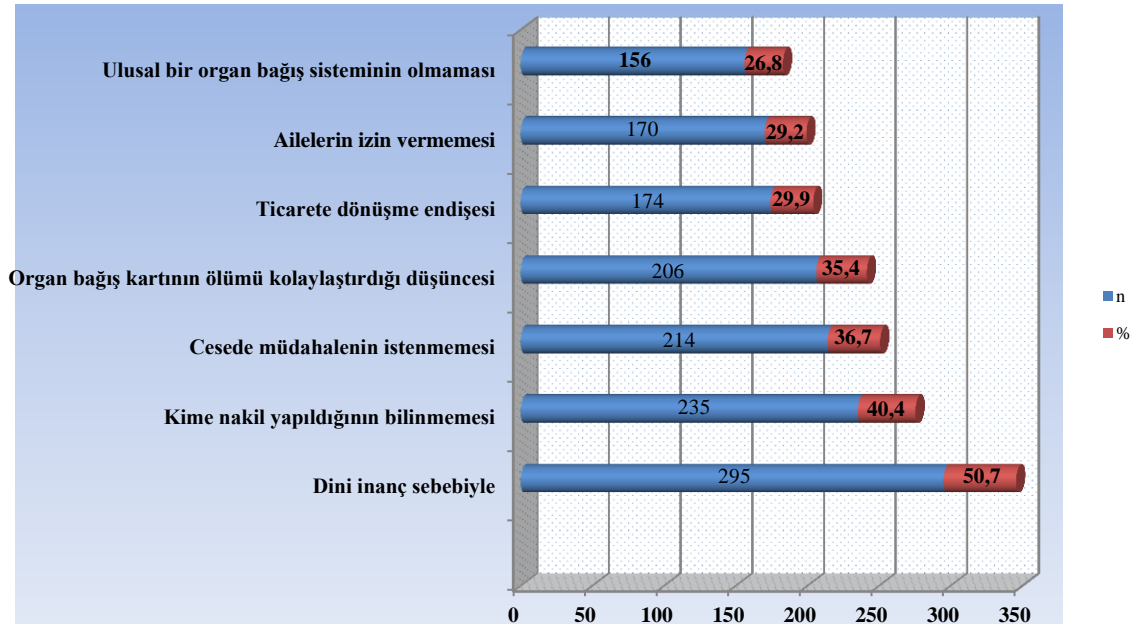
Grafik 3'e göre öğrencilerin organ/doku bağışıyla ilgili bilgilerinin nereden edinmiş olduklarına bakıldığında; ilk sırayı %48,6 (283) ile kitle iletişim araçlarından olan radyo ve televizyonun aldığı görülmektedir. İkinci sırayı ise %44,3 (258) ile internet almaktadır. Özellikle sağlıkla ilgili bir konuda sağlık personelleri ve organ bağış merkezlerinin bilinirlik bakımından son sıralarda yer almaları son derece dikkat çekici ve önemlidir. Bu anlamda sağlık personelleri ve organ bağış merkezlerinin organ/doku bağışıyla ilgili bilgilendirici, tanıtıcı ve rehberlik edici faaliyetlerde yeterince istekli ve motive olmadıkları acilen giderilmesi gereken bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır.

Grafik 4: Organ Bağışlama Nedenleri



Grafik 4’te yer alan organ bağışlama nedenlerine bakıldığında ilk sırada %96,7 oranla (563 kişi) *“Hasta bir kişiyi sağlığına kavuşturma ve hayat kurtarma”* düşüncesi yer aldığı görülmektedir. İkinci neden olarak %82,1 oranla (478 kişi) *“Gelecekte organa ihtiyaç duyma ve bir organ alıcısı konumuna gelme”* düşüncesi; üçüncü neden olarak %74,6 oranla (434 kişi) *“Toplumsal bir sorumluluğu yerine getirme”* düşüncesi, dördüncü neden olarak % 57,2 oranla (333 kişi) *“Psikolojik olarak iyi hissetme”* düşüncesi ve *“İnsanların bir parçasının da öldükten sonra yaşamaya devam ettiği”* düşüncelerinin eşit pay aldıkları görülmektedir.

Grafik 5: Organ Bağışlamama Nedenleri



Grafik 5’te organ bağışlamama nedenlerine bakıldığında ilk sırada 50,7 oranla (295 kişi) **“Dini inanç”** düşüncesi olmuştur. İkinci neden olarak 40,4 oranla (235 kişi) **“Bağışlanan organ/dokuların kime ve/veya kimlere nakledildiğinin bilinmemesi”** düşüncesi; üçüncü neden olarak 36,7 oranla (214 kişi) **“Cesede müdahale edilmesinin istenmemesi”** düşüncesi, dördüncü neden olarak 35,4 oranla (206 kişi) **“Yanında organ bağış kartı taşıyan kişilerin herhangi bir olumsuz sağlık problemi karşısında ölümlerinin daha da kolaylaşacağı”** düşüncesinin yer aldığı görülmektedir. Organ bağışlamama nedenlerinden 26,8 oranla (156 kişi) **“Ulusal bir sağlık sisteminin olmayışı”** düşüncesi en son neden olarak yer almaktadır.

4. Tartışma ve Sonuç

Aktaş ve Karabulut tarafından hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirilmiş olan çalışmanın sonuçlarına göre; organ/doku bağışında bulunma durumlarına 5 kişi (%3,3) evet cevabını, 145 kişi (%96,7) ise hayır cevabını vermiştir (Aktaş ve Karabulut, 2012, s. 131). Bu çalışmada da aynı soruya evet cevabını veren 7 kişi (%1,2), hayır cevabını veren ise 575 kişi (%98,8) yer almakta ve bu iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Kara ve arkadaşları tarafından sağlık personellerine uygulanmış olan anket sonuçlarına göre; organ bağışında bulunma isteği sorusuna 250 kişi (%46,6) evet, 286 kişi (%53,4) hayır cevabını vermiştir (Kara, Salman & Öngel, 2012, s. 36). Bu çalışmada ise aynı soruya evet cevabını veren 267 kişi (%45,9), hayır cevabını veren ise 315 kişi (%54,1) yer almakta ve bu iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Göz ve Güreli (2007) tarafından yoğun bakım hemşirelerine yönelik olarak gerçekleştirilmiş olan anket çalışması sonuçlarına göre; organ bağış kartınız var mı sorusuna evet cevabını veren 2 kişi (%3,1), hayır cevabını veren 62 kişi (%96,9) bulunmaktadır. Bu çalışmada ise aynı soruya evet cevabını veren 7 kişi (%1,2), hayır cevabını veren ise 575 kişi (%98,8) yer almakta ve bu iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Aytaş ve arkadaşları tarafından hemşirelere yönelik gerçekleştirilmiş olan çalışmanın sonuçlarına göre; dini inanç organ bağışına engel midir sorusuna evet cevabını veren 41 kişi (%20,5), hayır cevabını veren 100 kişi (%49,5) ve bilmiyorum/kararsızım cevaplarını veren 60 kişi (%30) yer almaktadır (Aytaş, Kartalçı & Ünal, 2011, 29). Bu çalışmada da aynı soruya evet cevabını veren 65 kişi (%11,5), hayır cevabını veren 387 kişi (%66,5) ve bilmiyorum/kararsızım cevaplarını veren 130 kişi (%22,3) yer almakta ve bu iki çalışmanın sonuçları yakınlık göstermektedir.

Melis ve arkadaşları tarafından on üç yıl önce yapılmış olan çalışmanın sonuçlarına göre; hangi organ/dokuların bağışlanabileceği sorusuna 200 kişi (%98) böbrek, 160 kişi (%78,4) ise karaciğer cevabını vermiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ise 542 kişi (%93,8) böbrek, 416 kişi (%71,5) ise karaciğer cevaplarını vermiş olup bu iki çalışmanın sonuçları arasında benzerlik görülmektedir.

Efil ve arkadaşları tarafından 2013’de gerçekleştirilmiş olan çalışmanın sonuçlarına göre; organ/doku bağışıyla ilgili bilgi edinme ortamlarından 137 kişi (%44,8) ile ilk sırada televizyonun olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada da %48,6 oranla (283 kişi), Efil ve arkadaşlarının çalışmalarına benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Yaşar ve arkadaşları tarafından 2008’de gerçekleştirilmiş olan çalışmada; eğitim seviyesi yüksek olan aile çocuklarının organ/doku bağışına daha olumlu baktıkları sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada ise; organ/doku bağışı ile anne-baba eğitim düzeyi, ailelerin aylık gelir düzeyi ortalamaları, okul ve bölüm arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varılarak adı geçen çalışmadan farklı sonuçlara erişilmiştir.

Sonuç itibariyle organ/doku bağıışı her dönemde ve her koşulda insanoğlu hayatta var olduğu sürece önemini hiçbir zaman yitirmeyecek olan konuların başında gelmektedir. Bu çalışmada öğrencilerin iyi birer donör olmayı istedikleri ve organ bağıışına sıcak baktıkları; fakat şu anki mevcut koşullarda iyi bir donör olmadıkları sonucuna varılmıştır. Bu anlamda özellikle sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık profesyonellerine çok büyük sorumluluklar düşmekle birlikte eğitim-öğretim kurumlarının da bu sorumluluktan paylarını almaları gerekmektedir. Bugünün mevcut organ vericisi, yarının ise muhtemel organ alıcısı olan gençlerin organ/doku bağıışı ile ilgili olarak öncelikle yetkili kurum-kuruluş ve/veya kişiler tarafından bilgilendirilmeleri; daha sonra ise bu bilgiler doğrultusunda olumlu anlamda yönlendirilmeleri büyük önem arz etmektedir. Dini inancın organ/doku bağıışında herhangi bir engel teşkil etmediğinin ve kadavradan organ/doku alımının ölen kişinin bedenine yapılan kötü muameleler bütünü olmadığını öğrencilerin zihinlerine aşılması gerekmektedir. Bu bağlamda ilköğretim çağından itibaren öğrencilerin organ/doku bağıışı konusuna sıcak bakmalarını sağlama hususunda din kültürü ve ahlak bilgisi ile fen bilgisi öğretmenlerine de büyük görevler düşmektedir. Organ/doku bağıışının arttırılması hususunda tüm bu profesyonel yönlendirmelerin yanında başta internet olmak üzere kitle iletişim araçlarının olanaklarından da sonuna kadar faydalanılması büyük bir önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Aytaş, Ö.; Kartalçı, Ş.; Ünal, S. (2011). Bir Grup Hemşirenin Sosyodemografik Verileri ve Tükenmişlik Düzeyleri Bağlamında Organ Bağıışına Bakış Açılıarı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 1, 26-32*
2. Acaray, A. (2007). *Küçük ve Orta Boy İşletmelerde Yenilik Yönetimi: Yenilik Yönetiminde Etkili Olan Örgütsel Yapı ve Faktörler*. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.
3. Arslan, M. (2014). *İnovasyon*. İstanbul: Final Kültür Sanat Yayınları.
4. Avcı, U. (2009). Öğrenme Yönelimliliğinin Yenilik Performansı Üzerine Etkisi: Muğla Mermer Sektöründe Bir İnceleme. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, s. 121-138*.
5. B. Anıl, A., Anıl, M., Yavaşcan, Ö., Kanar, B., & Aksu, N. (2009). Çocuklarda Beyin Ölümü ve Organ Nakli: Vaka Sunumu. *Çocuk Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 4, 195-198*.
6. Çetin, G., & Harman, Ö. (2012). Lise Öğrencilerinin Organ Nakli ve Organ Bağıışı Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 2, 172-177*.
7. Çil, O., & Görkey, Ş. (2014). Beyin Ölümü Kriterlerinin Tarihsel Gelişimi ve Kadavradan Organ Nakline Etkisi. *Marmara Medikal Journal, Sayı: 27, 69-74*.
8. Efil, S., Şişe, Ş., Üzel, H., & Eser, O. (2013). Afyon İlinde Halkın ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarının Organ Bağıışı Konusuna İlgilerinin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Dergisi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 3, 361-384*.

- 9.Göz, F., & Ş.Gürelli, Ş. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Organ Bağışı ile İlgili Düşünceleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 5, 77-88.*
- 10.Kasarıcı, B. (2014). *İstanbul Ajansı*. Temmuz 05, 2014 tarihinde <http://www.haberinasli.com/?p=15036> adresinden alındı
- 11.Koçak, A., Aktaş, E., Şenol, E., Kaya, A., & Bilgin, U. (2009). Hasta Yakınlarının Organ Bağışı ile İlgili Bilgi ve Tutumları. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 17, 18-29.*
- 12.Naçar, M., Çetinkaya, F., Kanyılmaz, D. T., & Utaş, C. (2001). Hekim Adaylarının Organ Nakline Bakış Açıkları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, Cilt: 10, Sayı: 2, 123-128.*
- 13.Naktiyok, A. (2007). <http://e-dergi.atauni.edu.tr>. Temmuz 05, 2014 tarihinde <file:///C:/Users/sabif/Downloads/3750-14809-1-PB.pdf> adresinden alındı
- 14.Özer, N., Sarıtaş, S., & K.Özlü, Z. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Organ Nakli ve Bağışı Konusundaki Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 2, 1-11.*
- 15.Özkan, S., & Yılmaz, E. (2009, Nisan, Mayıs, Haziran). Hasta Yakınlarının Organ Bağışı ile İlgili Bilgi ve Tutumları. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 17, 19-29.*
- 16.wisegeek . (tarih yok). Temmuz 09, 2014 tarihinde <http://www.wisegeek.com/what-is-product-innovation.htm> adresinden alındı
- 17.Yaşar, M., Oğur, R., Uçar, M., Göçgeldi, E., Yaren, H., Tekbaş, Ö., et al. (2008). Bir Sağlık Meslek Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Organ Bağışı Konusundaki Tutumları ve Tutumlarına Etki Eden Faktörler. *Genel Tıp Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 1, 33-37.*

STRATEJİ BELİRLEME SÜRECİNDE ZAMAN YÖNETİMİ

Orhan ADIGÜZEL*

Nurcan COŞKUN US**

Ash Kaya***

ÖZET

Son yıllarda ülkemizde sağlık sistemlerinin reformunda “stratejik yönetim, zaman yönetimi” gibi kavramların ön plana çıkartıldığı gözlenmektedir. Bu alanda yapılacak her çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada, strateji belirleme sürecinde zaman yönetimi literatürü gözden geçirilecektir.

Anahtar Kelimeler: strateji, zaman yönetimi

*Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD. Bölüm Başkan Yardımcısı, orhanadiguzel@gmail.com

**Uzm., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD., Doktora Öğrencisi, nurcan_coskun@yahoo.com

***Uzm., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD., Doktora Öğrencisi, aslikaya16@yahoo.com

TIME MANAGEMENT IN THE PROCESS OF STRATEGY DETERMINING

ABSTRACT

In recent years, the reform of the health care system in our country, "strategic management, time management," it is observed that the concepts brought to the forefront. All work will be done in this area is thought to contribute to the literature. In this study, time management in the process of strategizing will be reviewed literature.

Key Words: *strategy, time management*

Giriş

‘Mutluluk başarıya, başarı ise zamanı değerlendirmeye bağlıdır.’

Seneca

Bireye ve kültürlere göre zaman kavramının algılanışı ve zaman kullanımı değişmektedir. ‘Öyle bir geçer zaman ki’ yapmak istediklerimizi yetiştiremediğimizi ve zamanımızı verimli kullanamadığımızı, etkili bir zaman yönetimi yetkinliğimizi yaşamımızda görmekteyiz. Zamanı yönetememenin verdiği stres, sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle birlikte yaşam stratejilerinin oluşumunda etkindir. Gerek iş hayatı gerekse özel hayata dair önemli ve stratejik kararların alınmasında zaman yönetimi kavramı planlarımıza, programlarımıza yön vermek üzere kullanılmaktadır. Başarılı bir birey ve toplum olabilmek için etkin ve verimli bir şekilde zamanı yönetebilme yetkinliğine sahip olmakla mümkündür.

Amaç: Bu çalışmada amaç, ülkemizdeki strateji belirleme sürecinde zaman yönetimi literatürü gözden geçirilerek öneriler sunulacaktır.

Gereç ve Yöntem: Zaman yönetimi konusunda yapılmış çalışmalar derlenmiştir. Bu veriler ışığında bilgiler kullanılarak uygulanabilir, somut verilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Bulgular:

Strateji Kavramı

Strateji, yüzyıllardır kullanılan ve daha çok askeri alanda daha sıklıkla karşılaşılan bir kavramdır. İşletmeler açısından strateji terimi ise, “fırsat ve tehditleri dikkate alarak işletmenin zayıf ve güçlü olduğu yanlarının belirlenmesi ve işletmeye rekabet avantajı sağlayacak konum belirleme, karar alma ve uygulama süreci” olarak tanımlanmaktadır (Akgemici ve Güleş, 2009: 2-3).

Strateji, işletme ile çevresi arasındaki ilişkileri düzenleyen ve rakiplerine karşı önde gelebilmek amacıyla kaynaklarını harekete geçiren bir kavramdır (Karahan ve Özgür, 2008: 60).

Strateji, “rakiplerin faaliyetlerini inceleyerek, amaçlara varmak için belirlenmiş, nihai sonuca odaklı, uzun dönemli, dinamik kararlar topluluğu” olarak tanımlanmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2010: 35).

Strateji, kaynakları misyon doğrultusunda hangi birimlere ve ne oranlarda dağıtacağını gösteren somut bir kavramdır (Ramazanoğlu ve Bahçeci, 2006: 53).

Strateji, uzun vadede önceden belirlenen bir amaca ulaşmak için izlenen yol olarak da tanımlanmaktadır (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Strateji>, Erişim Tarihi: 17.11.2013).

İyi belirlenen strateji; örgütün etkinliğinin yanı sıra örgütün finansal başarısı ve örgütün motivasyonuna da katkı sağlayacaktır. Etkili stratejinin bulunması işgörenlerin isteklerine ve içlerindeki yaratıcılık kapasitesine bağlı olmaktadır (Erdem, Adıgüzel ve Kaya, 2011: 78 – 79).

Strateji Belirleme Süreci

Örgütlere yön verecek ve rekabet avantajı sağlayacak olan stratejilerin tespiti ile sistematize edilerek gerçekleştirilir. Aksi halde, kısa dönemde bazı amaçlar yerine getirilmiş olsa bile uzun vadede başlangıçta belirlenenlerden başka hedeflere sapılması ve bunun sonucunda da istenilen rekabet avantajına ulaşılamaz (Baş, 2012: 20).

Strateji belirleme süreci, strateji tanımı aracılığıyla işletmeye yön vermek ve rekabet üstünlüğü sağlamak amacıyla, işletme ve çevresini sürekli analiz ederek, uyum sağlayacak amaçların belirlenmesi, faaliyetlerin planlanması ve gerekli araç ve kaynakların yeniden düzenlenmesi ile mümkün olmaktadır. Stratejilerin belirlenmesinde ilk yapılacak iş durum tespiti yaparak, örgütün o anki durumunu belirlemektir. Örgütün iç ve dış yönleriyle analiz etmeden strateji belirlemek hatalı bir işlem olacaktır (Ülgen ve Mirze, 2010: 56 -57).

Zaman Kavramı

Zaman, soyut bir kavramdır. Zaman Türk Dil Kurumu sözlüğünde “Bir işin, bir oluşun içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre, vakit” olarak ifade edilmiştir (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=ZAMAN, Erişim Tarihi: 05.03.2013).

Çağımızda zaman ya da süre yetersizliği, çoğu insanın ortak problemidir. Özellikle profesyonel çalışanlar, sınırlı zamanda bir çok işi yapmak durumundadırlar. Belli bir sürenin sonunda yapılması gerekli işlerin bitirilememiş olması, insanları zamanı değerlendirme konusunda tekrar düşünmeye itmektedir (Erdem, Pirinççi ve Dikmetaş, 2003: 191).

Bilgi çağı olarak nitelendirilen günümüzde, hemen her insanın, her toplumun, her şirketin ve her yöneticinin ortak problemi zaman yetersizliğidir. Zaman, insanların çok çalışarak artıracabilecekleri bir kaynak değildir. Bu sebeple zaman yönetiminin amacı sınırlı olan zamanı artırmak değil, sınırlı zaman içinde yapılacakların nicelik ve niteliğini artırmaktır (Gürbüz ve Aydın, 2012: 2).

Zaman yönetimi terimi yanlış kullanılmaktadır. Zamanı yönetemeyiz, fakat yaşamdaki zamanla alakalı olayları yönetiriz. Her bir gün 24 saat, 1440 dakika, 86,400 saniyeden oluşmaktadır. Bu zamanı kullanmak kişinin kendi analizleri, planları, değerlendirmeleri ve kendini kontrol etmeleri ile mümkündür (Cahapman and Rupurel, 2008: 2).

Zaman herkes için aynıdır. İnsanlar aynı yetenek ve fırsatlarla doğmasalar bile hepsi 24 saate, haftada yedi güne ve bir yılda 52 haftaya sahiptirler. Zaman herkesin bildiği fakat tanımlamakta güçlük çektiği nosyonlardan biridir. Zaman tasarruf edilemeyen, ödünç alınamayan, kiralanamayan, satın alınamayan, sadece kullanılan ve kaybedilen bir varlıktır (Erdem ve Kaya, 1998: 100).

Zaman algılanış ve kullanım biçimi, kültürlere ve toplumlara göre farklılık göstermektedir. Geleneksel toplumlarda zaman, oldukça esnek, sonsuz bir kaynak gibi görülür. Gelişmiş toplumlarda zaman, mekanik bir süreç olarak algılanmakta, dakika ve saniyelere bölünmekte, belli işlerin belirli zaman dilimleri içinde gerçekleştirilmesi gerekli

görülmekte ve planlanmaktadır. Gelişmiş toplumların zamanı etkin kullandıklarını söyleyebiliriz (Topal, 2009: 1).

Zamanın yapısı için insanlar zamanın ne demek olduğunu bilir fakat onun tam olarak ne olduğunu söylemekte güçlük çeker. Zaman kavramına en çok yaklaşabildiğimiz an, bir boyut olarak görebildiğimiz an zamandır. Zaman, değişimin yer aldığı boyuttur. Zamanın değişme hızı ve oranı, son derece çeşitli ölçülerden oluşur (İşcan, 1999: 24).

Kişi, zamanın değerini zamanı iyi korumaya ve dikkatlice harcamaya mecbur olduğu ana kaynaklardan birisi olarak görür. Eski deyim “ Vakit nakittir” yöneticilerin ve astlarının zamanları için geçerlidir. Çoğu kez saatlerin, günlerin ve haftaların hemen bittiğine şahit olmuşsunuzdur. Buna rağmen sizden beklenenleri yerine getiremediğinizi yaşamışsınızdır. Bir çok yönetici daha fazla zamanı bir yerlerden elde etmek, satın alabilmek, sahip olabilmek için çok şey verebilirdi (<http://www.ito.org.tr/Dokuman/SeminerNot/09.02.04.06.pdf>, Erişim Tarihi: 07.03.2013).

Zaman Yönetimi Kavramı

Zaman yönetiminin filozofisi milattan sonra altıncı yüzyıla dayanır. Su saatinin keşfi öncesinde, güneş saatini ilkel insanları, güneşin doğuşu ve batışı gibi değişen olayların döngüsel olduğunu anlamaları düşündürdü (Brunicardi and Hobson, 1996: 581). Bu sayede gün ışığı bölümlendirilmiştir.

Zaman yönetimi, başlangıcı ve bitişi belirlenmiş ya da tanımlanmış bir zaman dilimi içerisinde, yapılması gereken iş ya da eylemleri, tanımlanmış amaçların gerçekleşmesine yönelik olarak tüm kaynakları etkin ve verimli kullanmak olarak tanımlanmıştır (Sökmen, 2012: 128).

Zamanı etkin kullanmak, yalnızca çalışma hayatı bakımından değil aynı zamanda tüm yaşam için önemlidir. Zamanı iyi kullanan yöneticiler kendi yaşamlarına, çalışanlarının yaşamına ve işletmeye daha çok katkı yaparlar. Zaman, hemen hemen herkesin ilgilenmek zorunda olduğu bir kavramdır. Yetersizliğinden en çok şikayet edilen konuların başında zaman ve para gelmektedir. Para belki bulunabilmekte, fakat geçen zamanın geri dönüşü mümkün olmamaktadır. Aynı zamanda artık günümüzde zaman para olarak da değerlendirilebilir. Zamanı etkin kullanmak kazanç sağlarken, zamanın etkin ve verimsiz kullanımı maliyetlere katlanmayı gerektirecektir. Zaman yönetimi, yöneticilerin belirlemiş olduğu hedef ve amaçlara ulaşmada zamanı verimli kullanmaya olanak sağlar (Karagöz vd., 2010: 98).

Geçmişte başarılı olmak için önerilen reçetede tek yol vardı. Bu çok çalışmakla gerçekleştirilebilirdi. Fakat günümüz toplumunda başarıya giden yol etkili ve verimli çalışmaktan geçmektedir. Etkili ve verimli çalışmak da ancak zaman yönetimi ile mümkün olmaktadır (Başalan İz ve Özen, 2010: 125).

Bireyler için göreceli algılanan zaman kavramının yönetimi için de çok değişik tanımlar yapılabilmektedir. Herkes konuyu kendisi için ifade ettiği değerle yorumlama eğilimindedir. Zaman yönetiminde söz konusu olan, zaman kavramının açıklanmaya çalışılması değil, mevcut zamanda nelerin yapılabileceğinin planlanmasıdır (Erdul, 2005: 5).

Zaman yönetimi, kişinin özel ve iş hayatında amaçlarına etkili ve verimli bir şekilde ulaşabilmesi için planlama, organize etme ve kontrol etme gibi yönetim fonksiyonlarını kendi faaliyetlerine uygulama sürecidir (Köse, Çınar ve Akduran, 2012: 228).

İnsanlar günümüzde iş, aile, özel hayat dengesizliği yaşamaktadır. Buna neden olan bir etmende zaman bazlı dengesizliktir. Yapılan araştırmalar sonucunda çalışma saatleri arttıkça kişiler daha fazla tükenmişlik hissediler ve bunu çevrelerine yansıtırlar. Yapılan diğer bir

araştırmada ise işlerine daha fazla zaman ayıran insanların, ailelerine daha fazla zaman ayıranlardan kıyasla yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğu bulunmuştur (Aycan, Eskin ve Yavuz, 2007: 98 - 99).

Zamanı iyi yönetmek kişisel anlamda; kariyeri daha iyi planlama ve geleceğe hazırlanma, daha fazla okuma ve öğrenme, yeni gelişmeleri ve teknolojiyi takip etme, aile ve diğer insanlara daha fazla zaman ayırma, dinlenme, eğlenme, düşünme, yeni fikirler yaratma, yeni projeler başlatmak için fırsat sağlar (Başak, Uzun ve Aslan, 2008: 430).

İnsanlar zamanın önemini anlamaları ve bilincinde olmaları için zamanın insan üzerindeki etkilerini bilmek gereklidir. Zamanın bu etkileri; fiziksel, biyolojik, felsefik ve psikolojiktir (Çağlayan ve Göral, 2009: 176).

Fiziksel etki; kişinin faaliyetlerini etkileyen plan, program, iş akışı, çalışma ritmi, koordinasyon, işe başlama, işten ayrılma, geçmiş deneyimler gibi rasyonel ve planlanabilir hususlar zaman kullanımında oluşturmaktadır (Karaoğlu, 2006: 38).

Biyolojik etki; biyoloji bilimi, biyolojik saatin kişinin zaman kullanımını belirlemede önemli rol oynadığı ve organizmaların davranışlarını yönlendirdiğini göstermektedir (Çağlayan ve Göral, 2009: 176).

Felsefi etki; her insanın yaşam felsefesi vardır. Bazı insanlar kendi heves ve istekleri için yaşarken, bazı insanlar bunların tam tersi şeklinde yaşarlar. Kendi heves ve istekleri bastırırlar. Diğer bazı insanlar ise tamamen toplumsal bir fayda ortaya çıkarmak için çeşitli alanlarda faaliyet gösterirler (Karaoğlu, 2006: 39).

Psikolojik etki; işi zamanında bitirememesi stresi ya da başarısız olma korkusu sebebiyle zamanı iyi kullanamama, sorumluluğunu yerine getirememesi baskısı psikolojik etkiye örnektir. Birey iyi bir zaman yönetimi stratejisi ve uygulaması ile psikolojik baskıların ortaya çıkardığı olumsuzlukları en alt düzeye indirebilir (Çağlayan ve Göral, 2009: 176).

Zaman yönetimi, diğer kaynakların yönetiminde olduğu gibi analizlerden, planlamadan ve program yapmaktan yararlanmayı gerekli kılmaktadır. Zaman yönetimi esaslarının kişilerce anlaşılması ve uygulanması kişilerin problemlerini çözmemektedir; ancak bireylerin etkili çözümlere ve sonuçlara ulaşmasına yardımcı olmaktadır. Zaman yönetimi sadece başarı demek değil, bireylerin küçük yaşlardan itibaren öğrenmeleri gereken bir özelliktir (Akın, Çıray ve Sönmez, 2011: 3).

Zaman Yönetimi Teknikleri

Zamanı etkili kullanma kaygıyı azalttığı gibi başarıyı arttırır. Zamanı etkili kullanabilme ise zaman yönetme teknikleriyle mümkün olmaktadır. Bu teknikler şu adımları içerir:

- Amaçların ve hedeflerin belirlenmesi,
- Bu amaçlara ulaşıldığını gösterecek standartların geliştirilmesi,
- Bu amaçlara ulaşılmasına yardımcı olacak kişisel güçlü yönlerin gerçekleştirilmesine engel olacak kişisel zayıflıkların geliştirilmesine dönük stratejilerin belirlenmesi,
- Amaçlara ulaşma olanağı sağlayan gerekli adımların atılması, büyük amaçların küçük amaçlara bölünmesi,
- “Şu anda zamanı nasıl en iyi kullanabilirim?” sorusunun sorulması ve bu soruya amaçların öncelik sırasına göre yanıt verilmesi ((Erdul, 2005: 9).

Zaman yönetimi problemi ya da zaman tüketicileri olarak adlandırılan faktörlerin etkilerinin azalması için; bireylerin özel hayatlarında ve iş hayatlarında kontrol edebildikleri zaman miktarının maksimize edilebilmesi açısından büyük öneme sahiptir (Demirel ve Ramazanoğlu, 2005: 32).

Sosyal ilişkiler, kişisel ve kültürel özelliklerden kaynaklanan ve zaman kayıplarına sebep olan ya da zamanı kötü kullanmamıza neden olan faktörlere zaman tuzakları denir (Andıç, 2009: 31).

Bilişim dünyasında etkili iletişime katkıda bulunan araçlardan biri de telefondur. Taraflar arasındaki mesafeyi kapatması ve karşılıklı etkileşim süresini kısaltarak hız kazanması gibi faydaları olan telefonun gereksiz kullanımı, zaman kaybının da temel kaynağıdır. Yapılan bir araştırma sonucunda yöneticilerin çalışmasının her beş dakikada bir bu nedenle kesildiği görülmüştür. Yine benzer bir çalışmada ise yöneticilerin onda dokuzunun en az bir saatini, onda dördünün ise en az iki saatini telefona ayırdığı bulunmuştur (Yeşil, 2009: 23).

İş yaşamında önemli bir nedeni olmadan randevu olarak görüşmeye gelen, haber vermeden gelen veya işi bittiği halde gitmeyen ziyaretçiler önemli miktarda zaman kaybına neden olurlar. Bunları önlemenin yollarından biri; bu tür ziyaretçiler için koridorda görüşülebilir, başkasının ilgilenmesi istenebilir, astların odasına gidilebilir, sekretere randevuları düzenleme görevi ve sorumluluğu verilebilir (Demirel ve Ramazanoğlu, 2005: 33).

İşlerin delege edilmesi, bir kısmının elenmesi, bilgisayar ortamında çalışılması ve önemli evraklarla yüksek enerjili, verimli ve dinç olunan zamanlarda ilgilenilmesi kırtasiyecilikten kaynaklanan zaman kayıplarını yok etmeye yardımcı olabilir (Demirel ve Ramazanoğlu, 2005: 33).

Yetki devri ise insanlara yapacakları işlerle görevlendirmektir. Yetki devrinin en önemli özelliklerinden biri, yöneticileri gelişimini sağlaması ve iletişim kanallarını açmasıdır. Yöneticiler, yetki devrini bu geliştirici yönünü dikkate almalıdırlar. Yetki devri işlerin yapılması, astlardan geri bildirim sağlama ve geniş bir çevre edinme konularında etkili olmaktadır. Etkin bir yetki devri, bir yönetici olarak etkinliğinizi artırır, eve daha uygun bir saatte girmenizi sağlar ve kariyerinizde yükselme imkânını artırır. Etkin bir yetki devri ile daha iyi ve hızlı kararlar alınması sağlanır. Astlarınız daha fazla yetki verilmesinden hoşlanabilir ve bir birey olarak daha çok gelişebilir, böylece daha çok motive olur ve daha fazla yeteneklere sahip olabilir (Yeşil, 2009: 31 – 32).

Toplantılar genellikle zaman tüketicilerdir. Konuyla ilgisi olmayan konuşma yapanlar, amaç dışı tartışmalara girenler, hazırlıksız katılımcılar, kontrolü sağlayamayan toplantı başkanı, gerekli olduklarından değil, toplanmış olmak için düzenlenen toplantılar, bütün bunlar yöneticilerin zamanlarına el koyan nedenlerdendir. Yöneticiler çalışma sürelerinin önemli bir bölümünü toplantılarda harcamaktadır. Yapılan bir araştırma sonucunda yöneticilerin yaklaşık olarak haftada on beş toplantıya katıldıkları ve bu toplantıların ortalama elli dört dakika sürdüğü ifade edilmiştir. Diğer bir çalışmada ise çoğu iş görenin en büyük zaman tuzaklarından birinin toplantılar olduğu görülmüştür (Akatay, 2003: 286).

Yöneticilerin ve büro çalışanları için düzensizliğin en açık göstergesi, çalışma masalarıdır. Yerleri değişmiş nesnelere ararken, zaman harcıyorsanız ve bu durum bir işe başladıktan sonra, o işi yarısında kesmenize neden oluyorsa bir düzensizlikten söz edilebilir. Düzensizliğin ortadan kaldırılması için çalışma masasının iyi düzenlenmiş olması, hiçbir şeyin aranmaması için her şeyin düzenli olması gerekir. İşlemi biten yazılara düzenli bir

dosyalama sistemi sağlanır ve böylece masa üzerinde günü geçmiş işlemi bitmiş yazılar kaldırılarak sade ve düzenli bir masa düzenine geçilir (Yeşil, 2009: 33).

İşleri ertelemek, hedeflere ulaşmayı engelleyen, zamanı çalan ve endişe düzeyini artırarak strese girilmesine sebep olan bir sorundur. Öncelikli olan işleri zor ve sıkıcı oldukları gerekçesiyle ertelemek tamamlanmaları için gerekli olan süreyi birkaç katına çıkarma sonucunu doğurabilir. İş hayatındaki zorlukların önemli bir kısmı zamanında yapılması gerekir yapılmayan işlerin birikmesinden oluşur (Demirel ve Ramazanoğlu, 2005: 34).

Zaman Yönetiminin Yararları

Zaman yönetiminde, zaman iyi kullanılmalıdır. Zamanın kullanımı kişinin yaptığı işe göre değişmektedir. Günümüzde kişilerin almış olduğu mesleki ve eğitimsel bilgi yeterli değildir. Başarılı olmak için başka yeterliliklere de sahip olmak gerekmektedir. Bu yüzden yapılacak işlere yeterli zaman ayrılmalıdır. Bu da iyi bir zaman yönetimiyle olur. Fakat zaman yönetimi esaslarının kişilerce uygulanması ya da anlaşılması kişilerin problemlerini çözmez, daha çok zaman yönetimi, etkili çözümlere ve sonuçlara ulaşmaya yardımcı olur (Andıç, 2009: 39- 40).

Zaman yönetiminin en önemli elemanı kişinin kendisidir. Kişinin kendisi dışındakiler zaman yönetimi konusunda etkisizdir. Bu sebeple kişi kendini, zamanını yönetmeye hazırlamalıdır. Bu hazırlık kişinin zihninde başlar. Başlangıçta kişinin, zihin hazırlığıyla, olaylara bakış açısını ve kafa yapısını değiştirmeyi kabullenmelidir. Düşünmek için bile ihtiyacı olan zamanı kendisine ayırabilmesi gereklidir. Çünkü işin daha iyi yapılabilmesi için gerekli olan düşünce ve enerjinin toplanması gerekir. Bu da kişiye kazanç sağlayacaktır. Zamanı etkin kullanabilmek için yapılması gerekenler; dokümanları düzenleme, bir tek gündem ve takvim oluşturma, çalışma ortamını düzenleme, yeterli araç gereç hazırlama, hazırlanan program aksatılmamalıdır (Andıç, 2009: 38 -39).

Hayat, kişinin sahip olduğu kısıtlı zamandan oluşmaktadır. Yaşam daima değerli olarak kabul edilmesine rağmen, zamanın boşa harcandığı da bilinmektedir. Kişilerin, zamanlarının ne kadar değerli olduğunu bilmemeleri, zamanlarını geçirme tarzlarının kendi denetimleri altında bir işlev olduğunu genellikle fark edememeleri, hayatta başarıya ulaşmak için gerçekten ne kadar az zamanları olduğunu düşünmemeleri, zamanlarını yönetme konusunda bir sisteme veya stratejiye sahip olmamaları mevcut zamanlarını etkin bir şekilde kullanamamalarıyla sonuçlanmaktadır. Etkili bir zaman yönetiminde ise yapılacak olan işlerin bir listesini yapmak, işleri zaman sırasına düzenlemek, yapılacak işlerin hangi gün yapılacağına dair takvim oluşturmak ve işlerin uzun ve kısa vadeli olanlarını ayırarak acil olanları ilk sırada değerlendirmek önemli aşamalarıdır. Zaman yönetiminin söz konusu bu aşamaları birbirini tamamlar niteliktedir. Birbiri ile bağlantılı olan bu aşamalar zaman yönetimi sürecinin kontrol altına alınmasında ve bu sürecin bir bütün olarak işleyebilmesinde etkili yollardır (Varışoğlu, Şeref ve Yılmaz, 2012: 76).

Zaman yönetiminin avantajları; daha fazla başarı, daha fazla boş zaman, daha az stres sağlayacaktır. Bunun yanı sıra yaşamınızı dengelemenizi sağlayacaktır (<http://www.mayland.edu/aca111/TimeManagement.pdf>, Erişim Tarihi: 14.03.2013).

Sonuç

Bu çalışmada ülkemizdeki strateji belirleme sürecinde zaman yönetimi literatürü gözden geçirilmiş ve zaman yönetimi konusunda bazı başlıklar altında incelemeler yapılmıştır.

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010

Zaman yönetimi konusunda yapılmış çalışmalar derlendiğinde zaman yönetiminin ilk başlangıç noktası bireyin kendisidir. Bireyin gerek özel yaşamında gerekse iş hayatında kaliteli bir yaşama sahip olabilmesi için zamanını en etkin ve verimli bir şekilde yönetebilecek bir yetenek geliştirmesi gerekir. Her birey için zaman aynıdır ancak etkili ve verimli kullanmak bireyin zamanını iyi bir şekilde programlayabilmesine ve hayatına dair stratejiler oluşturabilmesine bağlıdır.

İnsanlar zamanın önemini anlamaları ve bilincinde olmaları için zamanın insan üzerindeki etkilerini bilmek gereklidir. Zamanın bu etkileri; fiziksel, biyolojik, felsefik ve psikolojiktir. Bu veriler ışığında zaman yönetimi teknikleri uygulanarak ve bireyin yaşamına adapte edilerek zaman yönetiminin literatürdeki etkin ve verimli kullanılmasına dair somut verilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Kaynakça

- 1.AKATAY A. (2003), ‘*Örgütlerde Zaman Yönetimi*’, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Konya, s. 281-300.
- 2.AKGEMİCİ T., GÜLEŞ H. K. (2009), *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, Gazi Kitabevi, s. 288.
- 3.AKIN Z., ÇIRAY F., ÇETİN SÖNMEZ B. (2011), ‘*Öğretmen Adaylarının Kullandıkları Öğrenme Stratejileri İle Zaman Yönetimi Becerileri Arasındaki İlişki*’, 1. Uluslararası Eğitim Programları ve Öğretim Kongresi, Eskişehir, s. 1-13.
- 4.ANDIÇ H.(2009), ‘*Üniversite Öğrencilerinin Zaman Yönetimi Becerileri İle Akademik Başarıları Arasındaki İlişki*’, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış), Afyonkarahisar, s. 77.
- 5.AYCAN Z., ESKİN M.,YAVUZ S. (2007), *Hayat Dengesi İş, Aile ve Özel Hayatı Dengeleme Sanatı*, Sistem Yayıncılık, İstanbul, s. 221.
- 6.BAŞ A. (2012), ‘*Rekabet Analizi ve Strateji Belirleme Süreci*’, Stratejik Yönetim Ders Notu, Fatih Üniversitesi, İstanbul, s. 20.
- 7.BAŞAK T., UZUN Ş., ARSLAN F. (2008), ‘*Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Zaman Yönetim Becerileri*’, TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(5), s. 429-434.
- 7.BRUNICARDI F. C. - HOBSON F. L. (1996), ‘*Time Management: A Review For Physicians*’, Journal Of The National Medical Association, Vol 88 (9), , Maryland, p. 581-587.
- 8.CAHAPMAN S.W. - RUPURED M.(2008), *Time Management 10 Strategies For Better Time Management*, The University of Georgia Cooperative Extension Colleges of Agriculture and Environmental Sciences & Family and Consumer Sciences, U.S., p. 1-8.
- 9.ÇAĞLIYAN V., GÖRAL R. (2009), ‘*Zaman Yönetimi Becerileri: Meslek Yüksek Okulu Öğrencileri Üzerine Bir Değerlendirme*’, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17, Karaman, s. 174-189.
- 10.DEMİREL E. T., RAMAZANOĞLU F. (2005), ‘*Yöneticiler Açısından Etkin Zaman Yönetimi Tekniklerinin Değerlendirilmesi*’, Doğu Anadolu Araştırmaları Dergisi, Elazığ, s. 30-35.
- 11.ERDEM R., KAYA S. (1998), *Çağdaş Yerel Yönetimler*, Yerel Yönetimler Araştırma ve Eğitim Merkezi, 7 (2), , Ankara, s. 99-120.
- 12.ERDEM R., PİRİNÇCİ E., DİKMETAŞ E. (2003), ‘*Üniversite Öğrencilerinin Zaman Yönetimi Davranışları ve Bu Davranışların Akademik Başarı ile İlişkisi*’, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13(2), Elazığ, s. 167-177.
- 13.ERDEM R., ADIGÜZEL O, KAYA A. (2011), ‘*Akademik Personelin Kurumlarına İlişkin Algıladıkları ve Tercih Ettikleri Örgüt Kültürü Tipleri*’, Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, 36, s. 78-79.
- 14.ERDUL G., *Üniversite Öğrencilerinin Zaman Yönetimi Becerileri ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik ve Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış), 2005, Bursa, s. 71.

- 15.GÜRBÜZ M., AYDIN H.A. (2012), ‘*Zaman Kavramı ve Yönetimi*’, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9 (2), Kahramanmaraş, s. 228.
- 16.İŞCAN Ö.F. (1999), *Bilgi Toplumunda Zaman Yönetimi ve Bankacılık Sektöründe Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama*, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış), Erzurum, s. 131.
- 17.İZ F. , ÖZEN T. A. (2010), ‘*İntörn Olmaya Aday Hemşirelik Öğrencilerinde Zaman Yönetimi ve Akademik Başarı İlişkisinin İncelenmesi*’, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11, Isparta, s. 123-135.
- 18.KARAHAN A., ÖZGÜR E. (2008), ‘*Stratejik Yönetim Modeli Olarak Kurumsal Karnenin Uygulanabilirliği*’, SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 10 (16), s. 59-81.
- 19.KARAGÖZ Y., KINGİR S., MESCİ M. VE AKBAŞ Z. (2010), ‘*Zamanın Etkin Kullanımını Sağlayan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*’, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23, Konya, s. 97-108.
- 20.KARAOĞLAN A.D. (2006), *Üst Düzey Yöneticilerin Zaman Yönetimi*, Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış), Balıkesir, s. 424.
- 21.KÖSE D., ÇINAR N., AKDURAN F. (2012), ‘*Zamanın Etkin Kullanımını Sağlayan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*’, Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 16(3), Sakarya, s. 227-233.
- 22.RAMAZANOĞLU F., BAHÇECİ B. (2006), ‘*Örgütlerde Vizyon ve Misyon Kavramı*’, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, s. 52 - 56.
- 23.SÖKMEN A. (2012), ‘*Yöneticiler Zamanı Nasıl Yönetiyor? Ankara’daki Hastanelerde Bir Uygulama*’, İşletme Araştırmaları Dergisi, 4, Ankara, s. 126-140.
- 24.TOPAL N. (2009). *Derste Zaman Yönetimi: İlköğretim 3. Sınıf Hayat Bilgisi Dersine Yönelik Bir İnceleme*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sınıf Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış), Adana, s. 95.
- 25.ÜLGEN H., MİRZE K. (2010), *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, Beta Yayınları, Ekim, s. 690.
- 26.VARIŞOĞLU B. vd. (2012), ‘*Türkçe Öğretmeni Adaylarının Zaman Yönetimi Becerileri ve Tutumlarının İncelenmesi*’, Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi, 47, Erzurum, s. 75-85.
- 27.YEŞİL F. (2009), *Hastane Yöneticilerinin Etkili Zaman Yönetimine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi*, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (yayınlanmamış), İstanbul, s. 144.
- 28.<http://www.ito.org.tr/Dokuman/SeminerNot/09.02.04.06.pdf>, Erişim Tarihi: 07.03.2013.
- 29.<http://www.mayland.edu/aca111/TimeManagement.pdf>, Erişim Tarihi: 14.03.2013.
- 30.http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=ZAMAN, Erişim Tarihi: 05.03.2013.
- 31.<http://tr.wikipedia.org/wiki/Strateji>, Erişim Tarihi: 17.11.2013

**SAĞLIK YÖNETİCİLERİ AÇISINDAN GELİR AVANTAJI OLUŞTURACAK BİR
UNSUR OLARAK HASTANELERE YAPILACAK BAĞIŞ VE YARDIMLARIN;
VERGİ MEVZUATI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İbrahim Emre GÖKTÜRK*

Mehmet Ali AKTAŞ**

ÖZET

Hastane işletmelerinin yatırım ihtiyaçlarını karşılamak günümüzde en önemli sorunlarından biri olarak görülmektedir. Hastanelerin ek gelir kaynağı arayışlarında, bu ihtiyacın bir kısmının kişi veya kurumlardan gönüllülük ve sosyal sorumluluk kapsamında sağlanacak bağış ve yardımlar yoluyla karşılanması ile mümkün olabilecektir. Sosyal devlet anlayışı içinde kamusal devlet hastaneleri ve tıp eğitim sistemi ve sağlık araştırma sürecini de içinde barındıran üniversite hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin daha etkin verilebilmesi bu kuruluşların gelir gider dengelerini iyi oluşturmaları ile mümkün olabilecektir.

Bireysel ve kurumsal olarak ister gönüllülük ister sosyal sorumluluk olsun yapılan bağış ve yardımlar ile sponsorluk harcamalarının yapılması, vergi yasalarında düzenlenen bazı özel şartlarla vergi mükelleflerince vergi matrahından indirilebilmesi yoluyla teşvik edilmiştir. Vergisel bu gücün öncelikli olarak algılanması için vergi mevzuatı ilgili konuları özümsemeli ve bireysel , tüzel kişiliklerin vergisel avantajları belirtilerek hastane işletmelerine kaynak sağlayacak bu faaliyetlere yöneltilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler : Sağlık yöneticileri, bağış ve yardım, vergi mevzuatı

*Yrd.Doç.Dr.,Necmettin Erbakan Üniversitesi, iegokturk@gmail.com

**Yrd.Doç.Dr., Aksaray Üniversitesi , maktas978@gmail.com

EVALUATION OF DONATIONS AND GRANTS TO HOSPITALS WHICH IS A FACTOR FOR CREATING ADVANTAGES IN TERMS OF TAX LEGISLATION IN THE POINT OF HOSPITAL MANAGERS

ABSTRACT

Satisfying the investment needs of hospital enterprises is seen one of the most important problems at the present days. In searches of hospitals the extra income resources, this will be able to be possible with satisfying some part of need via the donations and aids to be provided from the individuals and institutes in the scope of voluntariness and social responsibility. In the understanding of social state, being able to give more effectively the health services in public hospitals and university hospitals including medical education system and health research process will be able to be possible with forming of these organizations their income-expenditure balances well.

Individually and institutionally, whether voluntariness or social responsibility, with the donations and aids conducted, making sponsorship expenditures were encouraged via being able to discount the taxable base by tax payers with some basic terms arranged in the tax laws. In order to perceive this tax power with priority, the subjects on tax legislation should be absorbed and, specifying the tax advantages of private and legal personalities, it is necessary to go toward these activities to provide the resource for hospital enterprises.

Keywords: Healthmanagement, donations and aid, tax legislation

Giriş

Dünyada gelişen ve büyüyen ekonomik süreç sağlık harcamalarına da etki etmekte artan sağlık harcamalarını karşılamak için ise yeni gelir kaynaklarının bulunması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. (Goodacre, S. ve McCabe, C. ; 2002) özellikle bu durum hastane yönetiminde karar vericilerin kaliteli hizmet sunum imkanlarını zora sokmakta ve önceliği insan ve insan sağlığı olan bu işletmelerde karar vericilerin ekonomik anlamda düşüncelerini de zorunlu bırakmaktadır. (Kernick D ve Mcdonald R.;2002).

Sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak devletin vatandaşlarına vermesi gereken eğitim, sağlık ve benzeri kamu hizmetlerini daha etkin bir şekilde gerçekleştirmesi toplam harcamalar içinde bu hizmetlere ayrılacak payın da artırılmasını gerektirir. Fakat bütçe imkanlarının sınırlı olması nedeniyle gereği gibi gerçekleştirilemeyen bu hizmetlere şahıs ve kurumların da katkıda bulunmasının sağlanmalıdır. Gelir kaynağı olarak kullanılacak bu finansman kaynaklarından birisi de bağış ve yardımlardır. Özel finansman yolu ile elde edilecek Bağış ve yardımlar karşılığında mükelleflere belirli şartlar çerçevesinde vergi matrahından indirilmesine veya gider yazılmasına imkan verilmiştir. Vergi kanunları ile mükelleflere sağlanan bu avantaj, fayda maliyet değerlemesi içinde bu hizmetler sayesinde elde edilecek olan toplumsal faydanın, alınmasından vazgeçilen vergiye karşı daha çok fayda sağlayacak olmasıdır. (Karakoç Y.; 1997)

Bağış Ve Yardımların Vergi Mevzuatı İçindeki Yeri

Bağış ve yardımların mükelleflerin gelir vergisi ve kurumlar vergisine tabi olmalarına göre iki farklı şekilde sağlayacağı avantajlar ; Gelir vergisi Kanunu ve Kurumlar vergisi kanununda şu şekilde ifade edilmektedir.

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanununun 5228 sayılı kanunun 28'nci maddesi ile değişik 'Diğer İndirimler' başlıklı 89'uncu maddesinin 1'inci fıkrasının 5 numaralı bendinde 'Genel ve özel bütçeli kamu idarelerine, il özel idarelerine, belediyelere ve köylere bağışlanan okul, sağlık tesisi ve yüz yatak (kalkınmada öncelikli yörelerde elli yatak) kapasitesinden az olmamak üzere öğrenci yurdu ile çocuk yuvası, yetiştirme yurdu, huzurevi, bakım ve rehabilitasyon merkezi inşası dolayısıyla yapılan harcamalar veya bu tesislerin inşası için bu kuruluşlara yapılan her türlü bağış ve yardımlar ile mevcut tesislerin faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için yapılan her türlü nakdi ve aynı bağış ve yardımların tamamının gelirvergi matrahının tespitinde, gelir vergisi beyannamesinde bildirilecek gelirlerden indirileceği" hükmü yer almaktadır.

Aynı şekilde 5520 Sayılı Kurumlar Vergisi Kanununun 'Diğer İndirimler' başlıklı 10'uncu maddesinin 1'inci fıkrasının (ç) bendinde de "Genel ve özel bütçeli kamu idarelerine, il özel idarelerine, belediyelere ve köylere bağışlanan okul, sağlık tesisi ve 100 yatak (kalkınmada öncelikli yörelerde 50 yatak) kapasitesinden az olmamak kaydıyla öğrenci yurdu ile çocuk yuvası, yetiştirme yurdu, huzurevi ve bakım ve rehabilitasyon merkezi inşası dolayısıyla yapılan harcamalar veya bu tesislerin inşası için bu kuruluşlara yapılan her türlü bağış ve yardımlar ile mevcut tesislerin faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için yapılan her türlü nakdi ve aynı bağış ve yardımların tamamı Kurumlar Vergisi matrahının tespitinde, kurumlar vergisi beyannamesi üzerinde ayrıca gösterilmek şartıyla, kurum kazancından indirileceği" hüküm altına alınmıştır.

Hastanelerle ilgili olarak; Bağış ve yardımlarla ilgili Gelir ve Kurumlar Vergisi Kanunundaki hükümlere ilişkin olarak 10.03.2004 tarihinde yayımlanan 21 Nolu Gelir Vergisi Sirküleri ile 03.04.2007 tarihinde yayımlanan 1 Nolu Kurumlar vergisi Genel Tebliğinde açıklamalar doğrultusunda sağlık tesisinin yapımı ve tesisin faaliyetlerine devam edebilmesi için bu yardım ve bağışların herhangi bir sınırlamaya tabii olmaksızın vergi matrahının tespitinin mümkün olduğu fakat aynı sirkü ve tebliğlerde ancak bu durumun kamu idare ve müesseselerine yapılması durumunda mümkün olacağıda belirtilmektedir. Bu durumda sağlık bakanlığına bağlı hastaneler bu bağış ve yardımlardan faydalanabilmektedir.

Ayrıca "Sözü edilen tesislerin yapımı için bentte sayılan kuruluşlar dışında yer alan kamuya yararlı dernekler ile Bakanlar Kurulunca vergi muafiyeti tanınan vakıflara yapılan bağış ve yardımlar ise o yılki kurum kazancının %5'i ile sınırlı olmak üzere bu kapsamda indirim konusu yapılabilecektir."

Bu durumda vakıf ve kamuya yararlı dernekler tarafından yaptırılan hastanelere yapılacak yardım ve bağışlarda da bu harcamalar indirim konusunun yapılabilmekte fakat kazancın %5 i ile sınırlı kalmaktadır.

Kamu idare ve kuruluşları dışında kalan kurum veya kuruluşların hastanelerine yapılacak yardım ve bağışlar ile ilgili vergi matrahının tespitinde indirim konusu yapılabilmeyeceği veya hangi limitler içinde yapılabileceği genel hükümler çerçevesinde değerlendirileceği de ifade edilmektedir. Kanaatimizce bu durumda özel hastanelere yapılacak yardımlar ve bağışlar ile ilgili sağlık bakanlığı tarafından kamu yararı gözetilmesi yönünde kararı doğrultusunda vergi indirimi uygulanması fakat bu indirimin de kazancın %5' i ile sınırlı kalması muhtemel olacaktır.

Gelir vergisi mükellefleri açısından değerlendirildiğinde yapılacak aynı veya nakdi bağış ve yardımlar, ilgili hastaneden alınacak belgeler 213 sayılı Vergi Usul Kanununun

mükerrer 257'nci maddesindeki yetkiye istinaden indirim için geçerli belge olarak kabul edilecektir.

Kurumlar vergisi mükellefleri ise aynı veya nakdi olarak bağış ve yardımlarını makbuz karşılığı yapılmış olması gerekli ve yeterlidir.

Hastane işletmelerine yapılacak bağış ve yardımların mükelleflere sağlayacağı bir avantajda Katma Değer Vergisi açısından değerlendirilmelidir. Katma Değer Vergisi Kanunu'nun 17/2-a bendine göre sağlık hizmeti sunan işletmelerle ilgili olarak Hastane, klinik, kan bankası, laboratuvarlara yapılan bedelsiz teslimler ve hizmetlerde de K.D.V. ödenmemektedir. Fakat yine burada da belirtilen önemli durum 17. maddenin 1 nolu bendinde sayıldığı şekilde Sağlık Bakanlığına bağlı hastane, üniversite hastanesi, kamuya yararlı dernekler ile Bakanlar Kurulunca vergi muafiyeti tanınan vakıflar gibi kurumlar tarafından işletilmesi gerekir.

Yukarıda kanunlarla belirlenmiş şekli ile Türkiye' deki gerçek kişi ve tüzel kişilerin sağlık işletmelerine aktaracakları bağış ve yardımların teşviki sağlanarak sağlık işletmeleri için bir gelir kaynağı imkanı sağlanmış olmaktadır.

Hastane Yöneticilerine Gelir Avantajı Sağlayacak Bir Yöntem Olarak Bağış Ve Yardımların Kullanımı

Sağlık hizmetleri yönetimi, toplumun farklı kesimlerine sunulan tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre hizmetlerinin (Sarvan; 1995) kaliteli ve etkin bir şekilde sunumunu sağlamak için faaliyetleri ve elde edilen kaynakları, ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda gerçekleştirirken bunları kompleks bir yapının getirdiği zorluklara karşın profesyonel bir yönetim anlayışı içinde planlama, programlama, bütçeleme, örgütleme, kadrolama, yürütme ve kontrol etmektir.

Günümüzde artan rekabet olgusu içinde sağlık yöneticileri; sağlık işletmelerinde sunulan hizmetlerden fayda sağlayacak aktörlerin ihtiyaçlarını karşılarken aynı zamanda tıbbi hizmetleri sunan iç kadroların beklentilerine de yanıt vermeleri gerekmektedir. Bunları gerçekleştirmekteki en önemli sorun eldeki kıt kaynakların finansmanıdır. (Patel;2006)

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı hastanelerin kaynakları; genel bütçe ödenekleri, 4760 sayılı Kanun gelirleri ve büyük bir oranda döner sermaye gelirlerinden karşılanmaktadır. (Sayıştay Başkanlığı,2005)

Özel ve vakıf hastanelerinde ise girişimcinin koymuş olduğu sermaye ve vakfın gelirlerinden sağlanan kaynaklar oluşturmaktadır.

İster kamu ister özel nitelikli olsun Türkiye' de bir ticari işletme olarak görülmesi gereken sağlık işletmelerinin üretmiş oldukları hizmetin en önemli müşterisi ise Sosyal Güvenlik Kurumu' dur. Bu bağlamda devletin sağlık harcamalarına ayıracağı pay sağlık hizmetlerinin daha etkin ve kaliteli verilmesini sağlayacaktır.

2012 yılı (son veri) OECD verilerine göre Türkiye' de toplam sağlık harcamaları GSMH'nin % 5.4'üdür. OECD ortalaması ise % 9.3 (TKHK, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/5210,oced-saglik-istatistikleri-2014---turkiye-ozeti.pdf?0>) olmakla birlikte Türkiye OECD ülkeleri arasında en düşük orana sahip olan ülkedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Türkiye' de monopson piyasanın oluşmasına neden olmaktadır. Özel ve vakıf hastaneleri devletin uyguladığı politika olarak sağlık hizmeti alan bireylerden S.G.K' nın Sağlık Uygulama Tebliği doğrultusunda vereceği standart fiyat üzerinden bir takım sınıfsal özellikleri doğrultusunda ek ücret alabilmekte ve bu şekilde ticari

olgularını devam ettirebilmekte iken Kamu ve kamu üniversite hastaneleri ise bu imkandan faydalanamadıkları için kaynak sorunu çekmektedirler.

Türkiye’ de sosyal devlet olgusu içinde sunulacak sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesi için özel sağlık işletmelerinin de devlet üstündeki bu yükü alması beklenen bir gelişme olacaktır İster kamu ister özel hastane olsun daha iyi hizmet daha fazla kaynak ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Sağlık işletmelerindeki kaynak sınırlılığını gidermek için yeni yöntem arayışlarına gidildiği görülmektedir. Bu yöntemler ile kaynakların daha etkin dağılımı gerçekleştirilmeli ve bu şekilde özellikle gelişmekte olan ülkelerde ki sağlık sektörünün etkin hizmet unsuru haline gelmesi sağlanmalıdır. (Maceira; 1998)

OECD verilerine göre 2012 yılı (son verilere göre)Türkiye de yapılan sağlık harcamalarının finansmanının %76.8 i kamu harcamaları iken %23.2 si özel harcamalar olarak görülmektedir. (OECD, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>) Türkiye’ de daha kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulabilmesi özel harcamaların artırılmasına bağlıdır. Özel finansman içinde değerlendirilecek bağış ve yardımların hastane yöneticileri tarafından daha etkin bir şekilde gelir kaynağı olarak kullanılması özel finansmana sağlayacağı etki sayesinde sağlık hizmetlerinin etkinliğinde artıracaktır.

Hastane dışı faaliyetlerden elde edilen gelirlerden olarak belirteceğimiz bağış ve yardımlar birey ve kurumların hastane de meydana getirilen hizmetlerin devamiyetini sağlamak için yaptıkları düzenli ve devamlılığı olmayan gelirlerdir. Hastaneler bu gelirlerini gelir tablolarında faaliyet dışı gelir olarak belirtirler. (Kısa A. ;2011)

A.B.D’ ninflorida eyaletinde yapılan bir araştırmada hastanelerin %91’ i faaliyet dışı olarak bağış ve yardım gelirlerinden de önemli derecede yaralandıkları görülmektedir. (Florida Hospital;2013)

Sonuç

Türkiye’ de teknolojik gelişmeler ve sağlıkta dönüşüm projesinin etkileri ile yatırımların artması, sağlık hizmetinden faydalananların beklentilerinin artması ve nüfusun yaşlanması dolayısı ile son on beş yılda sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Fakat bu artış OECD ortalamalarına bakıldığında yetersiz kaldığı görülmektedir. Artan ihtiyaçların daha kaliteli bir şekilde karşılanabilmesi devlet üzerindeki baskının hafifletilmesi ile mümkün olacaktır.

Türkiye’ de verilecek sağlık hizmetlerinin etkinliği bu hizmeti sunan sağlık işletmelerinin profesyonel bir şekilde yönetimine bağlıdır. Profesyonel yöneticiler sağlık hizmetinin sunumunda sadece devletten elde edilecek kaynaklarla değil, yeni finansman kaynakları ile de bu ihtiyaçları karşılamalıdır. Bu kaynaklardan birisi de bağış ve yardımlardır. Türkiye’ de kanunlar bağış ve yardım yolu ile kamu sağlık kurumlarına nakdi ve aynı destek sağlayacak özel ve tüzel kişilere teşvik edecek şekilde düzenlenmiştir. Bu amaçla özellikle kamu hastane yöneticileri bu imkanı kullanarak yeni finansal kaynak sağlamak sureti ile gelirlerini artırabilirler.

Türkiye’ nin sosyal devlet olması vatandaşlarına sağlık hizmetlerini sağlamasını gerektirirken bu hizmeti daha nitelikli şekilde sunabilmesikamu sağlık kurumları yanında özel sağlık kurumlarının da varlığını gerektirmektedir. Bu amaçla özel girişimcilerin de bu sektöre yatırımını artırmasını gerekir. Sağlık hizmetinin insan öncelikli olması ve bu hizmetin özel sağlık kurumları ile de verilmesinin devlete sağlayacağı fayda düşünüldüğünde, bağış ve yardımların özel sağlık kurumlarına verilebilmesini teşvik edici kanunlarda düzenlemelerin de sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir gelişme olarak düşünülebilir.

Kaynakça

1. Florida Hospital, (2013), *Health Issues Brief*, Florida Hospital Government & Public Affairs November
2. Goodacre, Steve and McCabe Christopher. (2002), *An Introduction To Economic Evaluation*, The Emergency Medicine Journal, v. 19
3. Kernick David and McDonald Ruth (2002). *Using Health Economics To Facilitate Decision Making : The Basics Of Economic Evaluation , Getting Health Economics into Practise*, Edited by David Kernick, Radcliffe Publishing, Oxon, United Kingdom
4. Kısa Adnan, (2011) *Üniversite Hastanelerinde Finansman, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım, Sayı. 20*
5. Maceira Daniel. (1998), *Provider Payment Mechanisms In Health Care: Incentives. Outcomes And Organizational Impact In Developing Countries*. Partnership For Health Reform, Major Applied Research 2, Working Paper)
6. OECD, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> e.t. : 01.08.2014 Patel Urvashi Bhagvanji (2006), *Physician Chief Executive Officers and Hospital Performance A Contingency Theory Perspective*, A Dissertation, Virginia Commonwealth University, Virginia.
7. Sayıştay Başkanlığı, (2005) *Performans Denetim Raporu Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi Ve Tıbbi Cihaz Yönetimi*. Mart-Ankara
8. Sarvan Fulya (1995), *Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi*, Hikmet SEÇİM, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), Anadolu Üniversitesi yayın No:845, Eskişehir
9. TKHK, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/5210,oced-saglik-istatistikleri-2014---turkiye-ozeti.pdf?0> e.t.:04.07.2014

ACİL TIP DOKTORLARININ HUKUKİ SORUMLULUKLARI

Ülkü GÖKTÜRK*

İbrahim Emre GÖKTÜRK**

ÖZET

Hekim ile hasta arasında kurulacak olan hukukî ilişkinin niteliği uzun yıllar tartışma konusu olmuş, bunun bir sözleşme ilişkisi olduğu ve adının da tedavi sözleşmesi olduğu kabul edildikten sonra, bu sözleşmenin hukuki niteliği ve kuralları üzerine tartışılmıştır.

Hekimin aslî borcu hastayı sağlığına kavuşturmak için gerekli tıbbî müdahaleyi yapmaktır. Hekimin her tanı hatası hukukî sorumluluk doğurmaz. Özellikle semptomlar (hastalık belirtileri) belli bir hastalığa açıkça işaret ettiği halde teşhis edilenden farklı bir hastalık ortaya çıkarsa, hekimin yaptığı bu tanı hatası kusuru olmadığı için sorumluluğuna yol açmaz.

Özellikle hastanelerdeki acil kliniklerinde acil unsurlar ve hekimin insan sağlığı ile yasal zorunlulukları ve hukuki sorumlulukları arasında ani karar verme zorunluluğunun bulunması ve acile gelen vakalarda suç unsuru içeren olayların yoğunluğu acil hekimlerinin hukuki konularda eğitilmelerine ve sorumluluklarını bilmelerini gerektirmektedir. Hatta bu süreç tıp fakültelerinde verilen eğitim sürecine de mutlaka adapte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil Doktoru, Acil servis, Hukuki Sorumluluk

*Öğretim Görevlisi, Necmettin Erbakan Üniv., Adalet Meslek Yüksekokulu, ugokturk@konya.edu.tr

**Yrd.Doç.Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, iegokturk@gmail.com

LEGAL RESPONSIBILITIES OF EMERGENCY PHYSICIAN

ABSTRACT

The quality of legal relationship to be established between the doctor and patient has become the subject of discussions for long years and, after being accepted that this is a contract relationship and that its name is treatment contract, it has been discussed on the legal quality of this contract and its rule.

The primary debt of doctor is to conduct the necessary intervention for rehabilitating the patient. Each diagnostic error of doctor does not engender a legal responsibility. Even though especially symptoms (indicators of disease) clearly points out a certain disease, if a different disease from that diagnosed emerges, this diagnostic error made by the doctor, since it is not his/her mistake, does not lead to its responsibility.

Especially in emergency clinics in hospitals, that the doctor has the obligation to immediately decide between the emergency elements, human health and his/her legal obligations and responsibilities and, in the patients applying to emergency service, the intensity of events including element of crime require the emergency doctors to be educated on the legal subjects and to know their responsibilities. Even this process must be definitely adapted to the educational process given in medical faculties.

Keywords: emergency physician, emergency service, legal responsibility

1.Giriş

Acil servisler yirmi dört saat boyunca oldukça geniş bir hasta kitlesine hizmet veren tıp mesleğinin riski en yüksek olan sahalarından birimlerdir. Bu hizmetin duraksamaya uğramaksızın en kaliteli biçimde verilebilmesi için acil servislerde gerekli bilgi ve beceriye sahip tam donanımlı bir personele ihtiyaç olduğu kuşkusuzdur. Bu çalışmanın amacı acil servislerde hizmet veren tıp doktorlarının görevlerini ifa ederken hukuki anlamda ne gibi sorumluluklarla yükümlü olduklarını genel anlamda ifade edebilmektir.

Acil tedavi, hayatı tehlikede olan ve erken müdahale ile kurtulması mümkün olan hastalar ya da yaralıları için söz konusudur. Hastanın ivedi şekilde tıbbi müdahaleye gereksinim duyduğu ve acilen tıbbi müdahale bulunmadığı takdirde; bedeni ya da ruhsal bakımdan geçici ya da kalıcı zararlar ya da ölüm ile karşılaşma ihtimalinin söz konusu olduğu durumlarda yapılan müdahale türüne acil tıbbi müdahale adı verilir. (Güllü H. 2012)

1993 yılında acil tıp hekimliğinin ayrı bir uzmanlık olarak eğitime başlaması ile ülkemizde tüm acil tıp hizmetleri yeni bir sürece girmiştir. Yıllardır acil tıp hizmeti pratisyen hekimler ve diğer dallardan hekimler tarafından verilmekteydi. Halen birçok hastanede ve 112 ambulans hizmetlerinde pratisyen hekimler çalışmaktadır. Son yıllarda acil tıp uzmanları da acil servislerde çalışmaya başlamıştır.

Türk Ceza Kanunu'nun 4. maddesinin “Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz” hükmünden hareketle acil servislerde hekim hastanın acil servise intikalinden

itibaren hastaya tıbbi açıdan müdahalede bulunmasının yanı sıra aynı zamanda hastasıyla ya da ölüm halinde vakayla ilgili görevinin hukuki ve adli gerekliliklerini de bilmek ve uygulamak yükümlülüğü altındadır.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, genelde acil konusunda hekimi zorlayıcı önlemler almıştır. Tüzüğün 3. maddesinde *“hekimin görevi ne olursa olsun, acil olgularda kendisini engelleyici geçerlibir nedeni olmadıkça ilk yardımda bulunmakla yükümlüdür”*denmektedir. (TıbbiDeontoloji Tüzüğü; 1960)

Buna göre yer ve koşullar ne olursa olsun acil bir olgu ile karşı karşıya kalan bir hekimin sorumluluğu o andan itibaren başlar. Eğer anki mevcut sorunhekimin kendisini ve içinde bulunduğu fiziksel koşulları aşırıya, en uygun birmerkeze sevk ederek, başka bir hekim tarafındantedavisi üstleninceye kadar da sorumluluğu devam eder. Çünkü yolda olabilecek bir ölüm olayındasevk eden kişi sorumlu tutulur.(Kalemoğlu, 2005; 825)

Yargıtay 4. Ceza Dairesi nin28.2.1970, 28.2.1945/1394. sayılı kararına göre;Hekimler acil durumdaki hastaya yardım etmekle yükümlüdürler. Eğer hekim acil durumdaki bir hastaya yardım etmez ve hastanın ölümüne, hastalığının ağırlaşmasına veya hastalığının ağır durumunun sürmesine neden olursa “kusurlu etkili eylem” veya “adam öldürmeden” sorumlu olacaktır. (Bilge Y v.d.,1999)

2. Acil Serviste Çalışan Hekimlerin Hukuki Sorumlulukları

Acil tedavide hekimin öncelikle kısa sürede kişinin hayatını kurtaracak şekilde hareket etmesi gerekirken aynı zamanda hukuk kurallarından ödün vermeksizin yasal sorumluluklarını eksiksiz olarak yerine getirmesi beklenmektedir. (Kalemoğlu, 2005; 824)

Acil serviste çalışan hekimlerin hukuki sorumlulukları genel başlıklar altında şu şekilde ifade edilebilir.

2.1. Acil durumlarda hastayı kabul etme ve acil müdahale yükümlülüğü

Türk Ceza Kanunu'nun 98. maddesi yaralıya yardım etmeyi zorunlu kılar. Bu suç *“Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen yada durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır”* şeklinde tanımlanmıştır. Yine madde98/2'de ise *“Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi, dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir”* hükmü mevcuttur.

Yine Türk Ceza Kanunu'nun *“Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi”* başlıklı 83. maddesi kapsamında, acil servise hastanın kabul edilmemesi sonucu kişinin ölümü halinde, icrai davranışla müdahalede bulunması beklenen acil servis hekimi hakkında ihmali davranışla kasten adam öldürme suçu kapsamında dava açılabileceği bilinmelidir.(Tuğcu. H.,2009; 85)

Hastanın ekonomik durumunun yapılacak harcamaları karşılayamayacak durumda olması, gerekli ilk yardım ve bakım alma hakkını yok etmez. Bu çeşit hastalarda sosyal güvence veya sosyal durum aranmaz. Ayrıca asker-sivil ayrımı yapılmaksızın acil hastalarda ilk müdahalenin her hastanede yapılması zorunludur. Zira; Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği madde 24/2' e göre, *“Acil servis, hastanın sosyal güvencesi olup olmadığına, bağlı*

bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşunun nevine ve hastanın diğer özelliklerine bakmaksızın, stabilizasyon sağlanıncaya kadar bütün tıbbi hizmetleri sunar...”denilmektedir.

Özellikle travmalarda veya hayatı tehdit edici hastalıklarda, hangi hastane veya kuruluş olursa olsun hastanın hayati bulguları düzeliyor, nakli mümkün oluncaya kadar gerekli bakımı sağlamak üzere hastaneye kabule mecburdur. Hastanın nakli sırasında, hastaya ait tüm tetkik bulguları, muayene ve gözlem notları, tanı ve tedavi sürecine ilişkin bilgileri içeren bir epikriz raporu (hasta bilgilendirme formu) hastayla birlikte gönderilmelidir. Sevk edilen merkezin bilgilendirilmesi ve hastayı kabul edeceğine dair onayının alınması, gerektiğinde hekimin sevk sırasında eşlik etmesi hekimden beklenen özenli davranıştır. (Demirel B. Akar T ; t.y.)

Acil servis hekiminin görevi, hastanın acil servis kapısına başvurmasıyla başlar. Buna göre; acil olarak başvuran her olgunun muhakkak hekim tarafından muayenesi gerekir. Hekimin acil olmadığını belirleyebilmesi için ön muayene yapması şarttır. Aksi halde sorumluluktan kurtulamaz. Hekim muayene sonucunda olgunun aciliyeti olmadığına karar verirse hastayı polikliniğe yönlendirebilir. Hekim kendini yasal güvence altına almak için, bunları uygulamak durumundadır. (Kalemoğlu, 2005; 825)

2.2. Aydınlatılmış Onam Alınması

Hekimin hastaya uygulayacağı tedavi ve ameliyat hakkında bilgi vermesi ve hastanın iznini alması kanuni bir zarurettir. Yapılacak tıbbi bir girişimin hukuka uygunluğunu sağlayan hasta onamının alınmasında ilk adım, hastanın ayırt etme yeteneğine sahip olup olmadığını saptanmasıdır.

Türk Medeni Kanunu'nun ayırt etme (temyiz kudreti) yeteneğini kaldıran koşullar olarak kabul ettiği; yaş küçüklüğü, akıl zayıflığı ve akıl hastalığı durumlarında ise veli veya vasi onamı geçerli olmaktadır. Burada amaç; hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların nasıl kullanılacağı ve olabilecek yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığının yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında hekimin hastasını aydınlatmasıdır.

Buna dair 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kânununun 70. madde hükmüne göre hekim her tür ameliye için hastanın rızasını eğer hasta onay veremeyecek durumda ise veli ya da vasisinin muvafakatini alır. Büyük müdahaleler için bu muvafakat yazılı olması lazımdır. Veli ya da vasisi olmadığı ya da bulunmadığı durumlarda ya da hasta muvafakat veremeyecek durumda ise muvafakat şart olmayıp hastanın izni varsayılır ve tıbbin gerektirdiği acil girişimler yapılır, hastanın şuuru yerine geldiğinde yapılan işlemler ve gerekçeleri hastaya bildirilir.

Yapılacak aydınlatma hastanın sosyal ve ruhsal durumuna uygun olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Onayın yazılı bir belgeye dayanması hukuken uygun bir şekildir.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın “Aydınlatılmış Onam” başlıklı 26. maddesine göre, “Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin onay ya da ret kararının kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın

yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.”(Akyıldız S. 2010; 21)

Bir diğer yasal düzenleme olan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “Hastanın Rızası ve İzin” başlıklı 24. maddesine göre de hastaya acil müdahale yapılması gerekiyor ancak yakınlarıveya vasisi tarafından müdahaleye izin verilmiyor isedurum adli makamlara bildirilmelidir. Böyle bir durumdamahkemenin kararı ile acil müdahalede bulunulabilir. Ancak mahkeme kararının alınması sürecinde kişininyaşamsal tehlikesinin bulunması ve derhal müdahaleninyapılması gereken durumlarda hekimden beklenen acilgirişimde bulunmasıdır.

2.3. Adli vaka bildirimini yapma yükümlülüğü

Acil hekimlerinin temel görev ve sorumluluklarından bir tanesi de, adli olgularla karşılaşıldığı durumlarda, durumun adli makamlara ihbar edilmesi ve hasta hakkında rapor düzenlenmesidir. Hekimin ihbar yükümlülüğü Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesinden kaynaklanmaktadır. Bu maddeye göre hekimler ve diğer sağlık çalışanları herhangi bir suçbelirtisi ile karşılaştıklarında gerekli müdahalenin ardından durumu adli makamlara ihbar etmek zorundadırlar. Bu kapsamda, yasal düzenlemeile hekime çok geniş bir çerçevede adli olgu bildirimisorumluluğu yüklenmiştir.

Bu nedenle acil servis hekimlerinin hangi olguları bildirmeligerekteği konusunda bilgili olmaları gerekmektedir.Acil servislere müracaat eden olgulardan her türlü ateşli silah ve patlayıcı madde ile olan yaralanmalar, her türlü kesici, kesici-delici, delici, kesici-ezici ve ezici aletyaralanmaları, trafik kazaları, düşmeler, darp olguları ve iş kazaları, entoksikasyonlar (ilaç, ensektisit, boğucu gazlar), yanıklar (alev, kızgın cisim, yakıcı-aşındırıcı madde), elektrik çarpmaları, sindirim kanalına oral veya anal yoldan yabancı madde girmesi, mekanik asfiksi olguları (Ası,elle veya iple boğulma, suda boğulma vb.), her türlü intihar girişimleri, cinsel saldırılar, işkence iddiaları, tüm cinayet, intihar, kaza orijinli olduğundan kuşkulanılan ölümler (Şüpheli Ölümler), zehirlenmeler, yaşlı istismarı ve ihmali adli olgu olarak değerlendirilmeli ve kolluk kuvvetlerine ya da Cumhuriyet Savcılığı'na ihbar edilmelidir.(Başak E, 2013, Tuğcu H.;2009; 85)

Emniyetgörevlisinin bulunmadığı acil servislere sorumluemniyet amirliği, jandarma karakolu veya Cumhuriyet Savcılığına adli olgu bildirimini yapılmalı, düzenlenen adliraporlar imza karşılığı teslim edilmeli, telefonla yapılanihbarlar kayıt altına alınmalıdır. Tuğcu H.;2009; 86)

Bulaşıcı hastalıkların ise Sağlık Müdürlüğü'ne bildirimini zorunludur. (İbrahim İ.E.,Uçku R. 2012; 1)

Türk Ceza Kanununun 280. maddesinde “Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi” suçu, 278. Maddesinde “Suçu bildirmeme” suçu, 279. Maddesinde de “Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi” suçu düzenlenmiştir.

Kamuda görevli sağlık çalışanları 279. maddeden sorumlu iken, kamu dışında görevli sağlık çalışanları 280. maddeden sorumlu tutulabileceklerdir. Yani kamu görevlisi suçu öğrenip de yetkili makamlara bildirmez yada bildirimde gecikirse altı aydan iki yıla kadar

hapis cezası istemi ile yargılanacaktır. Diğer taraftan özelde çalışan sağlık mensubu suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşır da bildirmez yada bildirimde gecikirse bir yıla kadar hapis cezası istemi ile yargılanacaktır.

Ancak şu hususu da dile getirmek gerekir ki; hekimlerin mesleklerine başlarken ettikleri Hipokrat yemininde ve sağlık etiğinde, hastanın sırrının saklanması ilkesi mevcuttur. Hekim kendisine başvuran ancak hakkında adli olgu bildirimini yapılmasını istemeyen kişi ile karşılaştığında, kendisini meslek etiği ve ceza kanunu arasında tercih yapmak zorunda hissedebilmektedir. Ayrıca kişilerin adli birimlere bildirim endişesi duyması, sağlık hizmetinden yararlanmalarını da engelleyebilecektir. Bu hem suç şüphelisi hem de adli süreçler ile uğraşmak istemeyen mağdurun tedaviye muhtaç olmasına rağmen tedavi almaktan kaçınmasına neden olabilmektedir.

2.4. Adli raporların düzenlenmesi

Adli olgularda hekimce düzenlenen kişinin tıbbi durumunun tanımlanıp görüş ve kanaatinin bildirildiği rapora adli rapor adı verilir.

Acil hekimlerinin temel görev ve sorumluluklarından bir diğeri ise, adli olgunun adli makamlara ihbar işlemini takiben hekimin hastasının durumunu uygun dilde adli makamlara açıklayan bir rapor düzenlemesi gerekmektedir. Acil servis hekimlerinin düzenledikleri raporlar, yargı sürecinin sağlıklı şekilde işlemesine yardımcı olmaktadır. (Serinken M. v.d. 2011;24)

Adli raporların, adli makamların sorularını yanıtlayıcı nitelikte olması esastır. Adli nitelik taşıyan olgularda mahkeme tarafından belirlenecek cezayı etkileyen faktörlerden birisi de yaralanmanın ağırlık derecesidir. Bu nedenle ceza davalarında sorulmamış olsa bile, *“kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir durum bulunup, bulunmadığı”* ve *“kişinin yaralanmasının basit bir tıbbi müdahale ile düzelebilecek nitelikte olup, olmadığı”* gibi hukuken önem taşıyan, bir davanın seyrini ya da cezanın niteliğini etkileyebilecek hususların sonuç bölümünde belirtilmesi yararlıdır. (Özderin M., t.y.)

Hekimin adli rapor düzenlerken yapacağı her türlü yanlışlık ve eksiklik durumunda görevi ihmal iddiasıyla Türk Ceza Kanunu madde 257/2 gereğince yargılanması ve ceza alması söz konusu olacaktır. (Serinken M. v.d. 2011;27)

Raporların sonuç maddelerindeki ifadeler net olmalı, hekimin kanaatini doğrudan yansıtmalıdır. Raporların “kanaatini bildirir rapordur” ibaresi ile sonlanması uygulamada yaygın olarak benimsenmiş bir usul olup bir belirsizlik anlamı taşımaz.

2.5. Acil servise ölü olarak getirilenler ve acil serviste ölenler için yapılması gerekenler

Acil Servise ölü olarak getirilen kişilerin acil servis hekimince muayene edilmemesinin bazı yasal sakıncaları vardır. Her ne kadar hastane dışında ölüp hastaneye getirilen olgulara acil servis hekiminin gömme izni verme zorunluluğu yoksa da, getirilen her olgu muayene edilerek ölüm saptanmalıdır. Acil servise bir ölünün getirildiği durumlarda acil servis hekiminin görevi, ölüm halini saptamak ve cesedin varsa üzerindeki elbiseleriyle birlikte muayenesini yapmaktır. (Demirel B., Akar T ; t.y.)

Yalancı ölüm tablosunda acile getirilen şahsın ölmediği, olayın bir yalancı ölüm tablosu olduğu anlaşılır ve olgu yasama döndürülürse hekim bazı yasal sorumluluklarla

karşılaşabilir. Böyle bir sahsı, ölü kabul ederek muayene etmemek en azından bir görevi savsaklamadır. Eğer sahsın gerekli ilk yardımla kurtulabilecek durumda olduğu ancak hekimin müdahale etmeyip olayı savsaklaması sonucu öldüğü kanıtlanırsa hekim hakkında Türk Ceza Kanunu madde 83 uyarınca “*Kasten öldürmenin ihmali davranışla islenmesi*” suçundan dava açılabilir. (Kalemoğlu, 2005; 828)

Acil servise getirilen bir hastaya, acil tıbbi müdahalede bulunmak şüphesiz hekimin öncelikli görevidir. Ancak, yapılan tüm tıbbi müdahalelere rağmen hasta kaybedildiğinde, ölüm belgesini doldurmadan önce hekimin görevi; varsa hastanın üzerindeki elbiseleri incelemek, hastayı tamamen soyarak tüm vücudun muayenesini yapmaktır. Hiç muayene etmeden ölüyü morga göndermek, gerek kuşkulu ölümlerin saptanamamasına gerekse gerçekte ölmemiş bir insanın vaktinde tıbbi girişim yapılmaması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilecektir. (Demirel B. Akar T ; t.y.)

Ceza Muhakemesi Kanunu'nun “*Şüpheli Ölümün İhbarı*” başlıklı 159. madde hükmüne göre; “*Bir ölümün doğal nedenlerden meydana gelmediği kuşkusunu doğuracak bir durumun varlığı veya ölümün kimliğinin belirlenememesi halinde; kolluk görevlisi, köy muhtarı yada sağlık veya cenaze işleriyle görevli kişiler, durumu derhâl Cumhuriyet Başsavcılığına bildirmekle yükümlüdürler.*”

2.6. Delil niteliğindeki maddelerin korunması ve adli sorumlulara teslim edilmesi

Meydana gelen bir suçun aydınlatılması ve suçlu ya da suçluların tespitine yarayan her türlü ispat vasıtası delil olarak nitelendirilir. Bunlar biyolojik, fiziksel ve kimyasal izlerde olabilir.

Hastane ortamında yaralı veya cesedin üzerinde bulunan her türlü eşyaları, elbiseleri, yarayerine bastırılan tampon, mermi çekirdeği v.s. delil olarak korunması ve saklanması; gecikmeksizin ve aynen adli makamlara teslim edilmesi gerekmektedir.

Sonuç

Acil sağlık hizmetlerinde olguların genellikle adli niteliklerinin bulunması hekimlerin görev ve sorumluluklarını arttırmaktadır.

Öncelikle toplumumuzda birçok kişi kendi rahatsızlığını kendine göre acil ve önemli gördüğü için acil servise başvurduğu anda hekime kendisinin acil servise kabulü ve muayene edilmesinin zaruri olduğuna dair bir sorumluluk yükler. Bundan dolayıdır ki; acil servis hekimlerinin birincil görevi acil olduğu iddia edilen bir olgunun acil olup olmadığına hastayı muayene edip gerekli incelemeleri yapmak suretiyle karar vermektir.

Çalışmamızda da ifade ettiğimiz üzere hekimler mesleklerini icra ederken yaptıkları hatalardan dolayı ceza hukuku anlamında çeşitli müeyyideler ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Ancak bunun yanında özel hukuk yönünden de sorumludurlar. Hekim, özel hukukta düzenlenmiş olan şartların tezahürü halinde kusur durumunun tespiti ile de haksız fiilden kaynaklanan zararı ödemekle yükümlüdür. Hastanın ve hekimin kusuru neticesinde ölen bir kişinin yakınının açtığı bir tazminat davasında zararın ispatı davacı hasta veya yakınına aittir.

Her hekim gibi acil tıp hekimlerinden de beklenen sorumluluk duygusu, dikkatli olmayı, tedbirsizlik yapmamayı, özen göstermeyi ve emir ve yönetmeliklere uymayı

gerektirmektedir. Buna göre hekimlerin mesleği veya uzmanlığı ile ilgili olarak kabul edilmiş olan bilgilere hâkim olması, mesleği ile ilgili olan yasal düzenlemeleri ve değişiklikleri takip etmesi ve bunlara uyması zorunludur. Bir hekimin tıbbi bilgisi lisans veya uzmanlık eğitimiyle sınırlı kalmamalı; hekim kendisini mesleki anlamda sürekli olarak yenilemeli ve geliştirmelidir.

Kaynakça

- 1.Akyıldız S. (2010). Kısırlaştırma Operasyonlarında Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü, 3. Sağlık Hukuku Kurultayı Ankara Barosu 7-8 Mayıs Ankara 12-26
- 2.Başak E, (2013). Adli Olgu Nedir Ve Adli Rapor Nasıl Hazırlanır?, <http://www.medikalakademi.com.tr/adli-olgu-vaka-rapor> e.t: 17.07.2014
- 3.Bilge Y Gündoğmuş Ü., Gündüz T, Hancı İ.H., Katkıcı U, Kök AN, Yavuz I.C.. (1999). Hekimlerin Yasal Sorumlulukları, Adli Tıp El Kitabı, Polat Matbaası, Ankara, 11-23
- 4.Demirel B. , Akar T; (t.y.), Acil Serviste Çalışan Sağlık Personelinin Hukuki Sorumlulukları, www.ankara2khhb.gov.tr e.t. 11.07.2014
- 5.Güllü H. (2012). Acil Tıbbi Müdahale Sırasında Hastanenin Sorumlulukları Nelerdir?, <http://handegullu.blogspot.com.tr/>
- 6.Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). T.C. Resmi Gazete: Sayı: 23420 <http://handegullu.blogspot.com/2012/06/acil-tbbi-mudahale-srasnda-hastanenin.html>
- 7.İbrheem İ.E., UÇKU R. (2012). Bir Üniversite Hastanesi Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Değerlendirilmesi (2005-2008), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Nisan, 26, 1, 1-7
- 8.Kalemoğlu, M. (2005). Acil Serviste Hekim Sorumluluğu. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, Cilt 25, 6, 824-828
- 9.Özderin M., t.y. Adli tıp ders notları, <http://adlitip.blogspot.com.tr/> e.t. 19.07.2014
- 10.Serinken M., Türkçüer İ., Acar K., Özen M. (2011). Acil Servis Hekimleri Tarafından Düzenlenen Adli Raporların Eksiklik Ve Yanlışlıklar Yönünden Değerlendirilmesi, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 17 ,1, 23-28
- 11.Tıbbi Deontoloji Tüzüğü; (1960) T.C. Resmi Gazete Sayı: (10436) 4/12578
- 12.TUĞCU Harun, (2009), Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu, GATA, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara (http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/klinik_200922/13.pdf)

İLAÇ FİYATLANDIRMA YÖNTEMLERİ

Emine ÇETİN*

İsmail AĞIRBAŞ**

ÖZET

İlaçlar hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Toplumların daha sağlıklı ve daha uzun yaşamasında yenilikçi ilaçların büyük payı olduğu düşünülmektedir (OECD, 2008-a: 132). Azalan hastane kalış süreleri ilaç kullanımının yaygınlaşması ile ilişkilendirilmekte, ilaç harcamalarındaki artışın pahalı yatarak tedavileri ve girişimleri engellediği ileri sürülmektedir (OECD, 2011: 154).

Ülkelerin sağlık harcamaları hızla artmakta ve bu artışın önemli kısmı ilaç harcamaları tarafından etkilenmektedir. Bu durumun sonucu olarak, ilaç harcamaları sağlık harcamalarının kontrol altına alınma çabalarının genel hedefi haline gelmiştir (Mossialos, Walley ve Mrazek, 2004: 5).

Fiyatlar pazarlıkları, referans fiyat uygulamaları ve birçok yönetime yardımcı olarak da kullanılabilen farmakoekonomik değerlendirmeler doğrudan fiyat kontrol yöntemlerini oluştururken, kar kontrolleri dolaylı bir yöntemdir. Her ne kadar iç referans fiyat uygulamaları temelde talep temelli bir düzenleme olsa da dolaylı olarak ilaç fiyatlarını etkilediğinden, bu özelliği ile dolaylı fiyat kontrolleri arasında sayılabilmektedir (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012). Bu yöntemlere ek olarak fiyata yönelik düzenleme içermeyen serbest piyasa uygulamasına da, yöntemler için karşılaştırma olanağı sunacağından yer verilmiştir.

1. Doğrudan Fiyat Belirleme Yöntemleri

Doğrudan fiyat kontrolleri maksimum ilaç fiyatlarının makul bir düzeyde sabitlenmesini amaçlamaktadır (Mossialos, Walley ve Mrazek, 2004: 118).

1.1. Fiyat Pazarlıkları

Ödeyici ile üreticinin karşı karşıya direkt pazarlık ettiği yöntemdir. Bu yöntem ödeyiciye fiyatları aşağı çekmek için monopson gücünü kullanma şansı vermektedir. Bazen belirlenen fiyat maliyet artı yöntemi ile hesaplanmaktadır. Bu hesaplamada, araştırma ve geliştirme, üretim ve pazarlama maliyetleri ne ek olarak ürün başına belli bir kar miktarı belirlenmektedir. Bu aşamada ödeyiciye karar vermede vermesine yardım etmek için farmakoekonomik değerlendirmeler de kullanılabilir. Ek olarak fiyat-miktar anlaşmaları ve iskontolar gibi diğer yöntemler direkt pazarlıkların bir parçası olarak kullanılabilir (Healy, 2011: 24).

Olumlu Yönleri: İlaç firmalarının sahip olduğu tekel veya oligopol gücünün sigorta kurumlarının sahip olduğu monopson güç ile dengelenmesine olanak sağlamaktadır. Bu şekilde topluma daha ucuz ilaç sunma olanağı yakalanabilmektedir (Healy, 2011: 25).

Olumsuz Yönleri: Pazarlık edilecek uygun fiyatın belirlenmesi hala zor olabilmektedir. Ayrıca fiyat belirlendikten sonra üreticiye verimliliği artırmak veya maliyet tasarrufu için teşvik sağlamamaktadır (Healy, 2011: 26).

1.2.Referans Fiyatlama (Uluslararası Fiyat Karşılaştırmaları)

Ülkedeki ilaç fiyatlarının belirlenmesinde diğer bir veya birden fazla ülkedeki (sepet) ilaç fiyatlarının dikkate alındığı bir yöntemdir (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012: 13). Tek ülkenin referans alınması durumunda ilacın fiyatı referans ülkedeki fiyat olarak belirlenmektedir. Referans olarak birden fazla ülkenin belirlendiği durumlarda ise, ilaç fiyatı belirlenmesinde genellikle sepette yer alan diğer ülkelerdeki en düşük ya da ortalama fiyat seçilmektedir (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012: 14).

Olumlu Yönleri: Rekabeti artırması, toplam ilaç harcamalarının kontrol altına alabilmesi, özellikle jenerik grup ilaç üreticilerinin ürünlerinin fiyatlarını düşürmelerini sağlaması ve şeffaflığı artırarak fiyat farklılıklarını azaltmayı sağlamasıdır (Healy, 2011: 27).

Olumsuz Yönleri: Düşen ilaç fiyatları nedeni ile kullanım miktarı artma eğiliminde olduğundan, uzun dönemde beklenen etkiyi gösterememektedir (Mossialos, Walley ve Mrazek, 2004:119). Jenerik ilaç fiyatlarının orijinal ilaç fiyatı çevresinde toplanmasına neden olarak, jenerik fiyatlarının artmasına ve rekabetin azalmasına neden olmaktadır (Maynard ve Bloor, 2003:38; Healy, 2011: 28). Ülkeler arasında ürünlerin dayanıklılık, formülasyon ve paket büyüklüğü farklı olması, süreci karmaşık hale getirmektedir (Mossialos, Walley ve Mrazek, 2004: 119; Healy, 2011: 28). Üretici firmaları, ilacın ilk girdiği ülkede yüksek fiyat belirlemeye, pazarlık etmeye ve düşük gelirli ülkelere girmemeye yöneltmektedir (Healy, 2011: 28). İlaç fiyatlarının ülkelerin gelir düzeyleri, sağlık harcamaları ve sağlık ihtiyaçları ile uyumlu olması gerekliliğini yok saymaktadır (OECD, 2008,b: 5).

1.3. Farmakoekonomik Değerlendirmeler

Sağlık sektöründeki kaynaklarının kıt olması nedeni ile yalnızca etkililiğe dayalı kararlar toplumun sağlıktan elde edeceği yararı maksimize edemeyeceği gibi, verimsizlik ve hakkaniyetsizliklere de yol açabilmektedir (Maynard ve Bloor, 2003: 38). Yöntemin temel varsayımı ilacın kişi ve toplum sağlığına yaptığı katkı oranında bir fiyat belirlemesidir (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012: 20). Genellikle diğer yöntemlere yardımcı olarak kullanıldığı görülmektedir (Paris ve Belloni, 2013: 39).

Olumlu Yönleri: İlacın katkısı ile orantılı bir fiyat belirlemeyi sağlar (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012: 20). Yenilikçi ilaçların değerlendirilmesinde önemli bir araçtır (Paris ve Belloni, 2013: 40).

Olumsuz Yönleri: Yetişmiş eleman ve iyi bir veri kaynağı gerektirir. Uzun zaman gerektirir (Paris ve Belloni, 2013: 28).

2. Dolaylı Fiyat Belirleme Yöntemleri

İlacın piyasa fiyatının doğrudan belirlenmediği ancak belli kriterler getirerek, üreticinin satış fiyatını belirli bir aralıkta tutmaya zorlayan yöntemlerdir.

2.1. Kar Kontrolleri

Kar kontrolü yönteminde ilaç fiyatlarına doğrudan müdahale edilmemekte, bireysel firmanın sağladığı yıllık kar aracılığı ile dolaylı bir denetim yapılmaktadır. Belirlenen karlılık oranında (İngiltere’de %17-21) kalmak şartı ile firma istediği fiyatı belirlemekte özgürdür.

Ar-Ge için ayrıca bir miktar belirlemek mümkündür (Maynard ve Bloor, 2003: 38; Healy, 2011: 26).

Olumlu Yönleri: İlaç harcamaları kontrol edilebilmektedir. Ayrıca firmaların belirlenen sınırlara kadar geri dönüş oranını yükseltmek suretiyle verimliliği artırmak için teşvik sağlamaktadır (Maynard ve Bloor, 2003: 38). Yeni ilaçların geliştirilmesine olumlu katkı sağlamaktadır. Piyasa değişimlerine uyum sağlamaya olanak vermeyen diğer statik yöntemlere göre daha esnek görünmektedir (Healy, 2011: 27).

Olumsuz Yönleri: Belirlenen karlılık oranının objektif olmayabilmektedir. Yüksek sermayeli firmalara avantaj sağlamaktadır. Yüksek karlılık oranları ile ilaç sektörünü sübvansede ederek, ilaç harcamalarını artırabilmektedir (Maynard ve Bloor, 2003: 39).

2.2. İç Referans Fiyatlandırma

Bir ürün veya ürün grubu için bir maksimum geri ödeme tavanı oluşturulması temeline dayanmaktadır. Üreticilerin genellikle ilaçlarına istedikleri fiyatı koymakta serbest olduklarından tamamen bir fiyat kontrol mekanizması değildir (Healy, 2011: 29). Ancak geri ödeme tavanı hizmet sunucu ve kullanıcıda davranış değişikliği oluşturduğunda, fiyatlama fonksiyonu ortaya çıkmaktadır (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012: 24). Her grup için belirli bir geri ödeme fiyatı belirlendiğinden hastalar daha pahalı ilacı kullanmak istediklerinde aradaki farkı ödemek durumundadır. Bu özelliği ile maliyet paylaşımının indirekt şekli olarak kullanılmaktadır (OECD, 2008,b: 2; Healy, 2011: 29).

Olumlu Yönleri: Ödeyici kurumlar; katılım paylarının artması, fiyat düşüşleri ve kullanımın düşmesi sebebi ile tasarruf sağlamaktadır. Hasta ve hekimleri fiyata duyarlı hale getirmektedir. İlaç şirketlerini fiyat yerine pazarlama faaliyetleri yerine fiyat temelli rekabete yönlendirmektedir (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012: 25).

Olumsuz Yönleri: İç referans fiyatlama; jenerik ilaç fiyatlarının orijinal ilaç fiyatları etrafında kümelenmesine neden olmakta, jenerik üreticileri önemli karlar elde ederken, yenilikçi ilaçların geliştirilmesi olumsuz etkilenmektedir. Yöntemin getirdiği katılım payları, gelir dağılımının bozuk olduğu ülkelerde, düşük gelir gruplarının maliyet-etkili tedavilere ulaşamaması ve sonucunda toplumun genel sağlık statüsünün zarar görmesi endişesi bulunmaktadır (Healy, 2011: 30-31).

3. Pazar Temelli Fiyatlama

Bu yöntemde otoritelerin ilacın fiyatını belirlemek yönünde bir çabası yoktur. İlaç fiyatları piyasa koşullarını göz önünde bulunduran üretici tarafından, diğer bir ifade ile piyasa mekanizması tarafından belirlenir (Healy, 2011: 31). İlacı satın alanlar genellikle üreticinin belirlediği fiyatı ödemeyi kabul etmektedirler. Ancak ihtiyaçlara göre piyasada var olan ürünler arasında öncelik belirlenmesi ve rekabet üreticiyi piyasada yeterli satış hacmine ulaşmayı sağlayacak makul bir fiyat belirlemeye zorlamaktadır (Healy, 2011: 31).

Olumlu yönleri: Yenilikçi ilaçların geliştirilmesine en büyük katkıyı sağlayan yöntemdir. Yoğun rekabet nedeni ile üreticileri doğru/etkili fiyat belirlemeye zorlar (Healy, 2011: 31-34). Fiyat düzenlemeleri için zaman kaybı yaşanmaz. Kazanılan zaman toplumun sağlık statüsüne katkı sağlar (Healy, 2011: 36).

Olumsuz yönleri: Yöntemin uygulandığı ülkelerde (örn. ABD) ilaç fiyatları daha yüksektir. Fiyatlar her zaman maliyetler hesaplanarak yapılmamakta, büyük kar payları elde edilebilmektedir. Bu karlar her zaman yeni ilaçların geliştirilmesi için harcanmamakta, satışların artırılması için pazarlama faaliyetlerinde kullanılabilir (Healy, 2011: 37).

4. Tartışma ve Sonuç

- Ülkelerin fiyatlandırma ve geri ödemede politikaları genellikle bir sepet şeklinde olup, birden çok yöntemin bir arada kullanıldığı görülmektedir (Carone, Schwierz, ve Xavier, 2012: 5).
- İlaç piyasası denetleme mekanizması düzenlemeyi yapacak organın amaçları tarafından belirlenmektedir. Bu amaçlar yalnızca ilaç harcamalarının düşürülmesi, toplumun erişiminin artırılması veya yenilikçi ilaçların geliştirilmesini desteklemek olabilmektedir (Maynard ve Bloor, 2003: 31).
- Dünya genelinde ilaç piyasasını düzenlemek için geliştirilen politika yenilikleri nadiren bilimsel değerlendirmeler içermektedir.
- Birçok hasta, hizmet sunucu ve sosyal tercihler (örn. bazı ilaçların ödeme listelerinden çıkarılması) nedeni ile maliyet-etkili ilaçlara erişememektedir.
- Erişimin yaygınlaşması, maliyet-etkililiği kanıtlanmış ilaçlar ile sınırlandırılmış bile olsa, harcamaları artıracaktır. Geri ödeme kapsamındaki ilaçların maliyet-etkililik, kullanım kılavuzları ve miktar kontrolleri ile reçeteleme davranışının değiştirilmesi artan bu maliyetlerin en azından bir kısmını finanse edebilmektedir.
- Geri ödeme kararlarına 4. faz çalışmaların sıkı bir şekilde entegrasyonunu gerektirmektedir. İlaç geri ödemeleri yeni ve mevcut ürünlerin oransal maliyet-etkililiği aracılığı ile belirlenmelidir. Kısıtlı bütçeler ile toplumun sağlık statüsünü maksimize etmek ancak bu uygulama ile sağlanabilecektir.
- İlaçlara genel erişim sorunu maliyet-etkili ilaçların gerektiğinden az kullanılması ile ilişkilidir. Kullanıcı katkıları ilaç tüketimini sınırlandırır da, düşük gelir gruplarının etkili tedavileri kullanmasının teşvikine yönelik çok az çaba vardır.
- Fiyat kontrolleri birçok yerde uygulanıyor olmasına rağmen etkileri çok az görülmektedir. Genel ilaç harcamalarını kısıtlamak için fiyat kontrolleri mutlaka miktar kontrolleri ile desteklenmelidir.
- İlaçların maliyet-etkili kullanımına yönelik kılavuzlar teşvikler ve yaptırımlar ile desteklenmelidir (Maynard ve Bloor, 2003,39).

Kaynaklar

- 1.Carone, G., Schwierz, C. ve Xavier, A. (2012) Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU, European Commission - General Directorate Economic and Financial Affairs.
- 2.Healy, P. (2011) Which Price is Right? Regulating the cost of pharmaceuticals in Europe and North America.
- 3.Maynard, A ve Bloor, K. (2003) Dilemmas In Regulation Of The Market For Pharmaceuticals, Health Affairs, *Volume 22, Number*.
- 4.Mossialos, Walley and Mrazek, (2004) Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- 5.OECD (2008-a) OECD Health Policy Studies Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market.
- 6.OECD (2008-b) Healthier Markets, Drug Policy and Workforce Planning, DELSA Newsletter Issue 6.
- 7.OECD (2011) Health at a Glance 2011, OECD Indicators, Pharmaceutical expenditure.
- 8.Paris, V. ve Belloni, A. (2013) Value In Pharmaceutical Pricing, OECD Health Working Paper No. 63



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE SAĞLIK TURİZMİ'NİN İNCELENMESİ VE SAĞLIK TURİZMİ'NİN ÜLKE EKONOMİSİNE ETKİSİ

İsmail Serhat SADIKOĞLU*

Ülvan ÖZAD**

ÖZET:

Sağlık Turizmi son yıllarda popülaritesi artan ve ülke ekonomisine katabileceklerinden dolayı oldukça önemsenmesi gereken bir konudur. Özellikle Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti gibi kazancının büyük bölümünü turizmin oluşturduğu ülkelerde bu kazanç kaynağını çeşitlendirmek ve turistlerin sağlık harcamalarını da bu ülkelerde yapmalarını sağlayarak turizm sektörünün karlılığını arttırmak mümkündür. Bu olgu uzun vadede ülke ekonomisinin gelişiminde büyük rol oynayacaktır. Bu sistemi kullanan ülkelere sağladığı yaralarla birlikte Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin sağlık turizminde hangi noktada olduğu ve yapılması gerekenlerin açıklanmaya çalışıldığı bu bildiri sağlık turizmine gereken önemin verilmesi konusuna ilgilileri bilgilendirme amacını taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık turizmi, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Ekonomi

*Faculty of Dentistry, Near East University, Nicosia, Cyprus, e-mail: ismailserhat47@gmail.com

** School of Medicine and Dentistry, Barts and the London, Queen Mary University of London, London, United Kingdom, e-mail: ulvanozad@gmail.com

Turizm Kuzey Kıbrıs Ekonomisi'nin can damarı haline gelmiştir. Harcanabilir gelirin arttığı günümüzde Kuzey Kıbrıs turistlere sunduğu doğal güzellikleri ve yükselen hizmet kalitesi ile birlikte tam anlamıyla bir turizm ülkesi olma yolunda ilerlemektedir. Girişimci ve yatırımcıların adaya olan talebi her geçen gün artan tesis sayısı ile kanıtlanmıştır. Artan tesisler sayesinde ise ülkenin turist ağırlama kapasitesi başka bir deyişle yatak kapasitesi de artmıştır. 2013 yılı verilerine göre sadece Girne bölgesindeki 89 tesisin toplam 12,699 yatağı vardır. Bu sayı diğer bölgelerdeki konaklama tesisleri de dahil edildiğinde 19,369'a çıkmaktadır (Tablo 1.) 2004-2013 yılları arasındaki turizm gelirin ve bu gelirin dış ticaret açığını karşılama oranına bakacak olursak sürekli bir artış içinde olduğunu görürüz (Tablo 2). Aşağıda Devlet Planlama Örgütü'nün açıkladığı rakamları incelersek Turizm'in Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Ekonomisinin'deki yerinin hiç de azımsanmayacak kadar büyük olduğunu görebiliriz. Ülkeye talebin oldukça yüksek olduğu bu dönemlerde turizmin çeşitlendirilmesine önem vermek bu kazancın artmasına büyük katkı sağlayacaktır. Sağlık turizmi tam da bu noktada düşünülmelidir.

Tablo 1: Konaklama tesis sayısı ve yatak kapasitesinin bölgelere ve sınıflara göre dağılımı. (2013)

KONAKLAMA TESİSLERİ	GİRNE		GAZİMAĞUSA		İSKELE		LEFKOŞA		GÜZELYURT		TOPLAM	
	Tesis sayısı	Yatak sayısı	Tesis sayısı	Yatak sayısı	Tesis sayısı	Yatak sayısı	Tesis sayısı	Yatak sayısı	Tesis sayısı	Yatak sayısı	Tesis sayısı	Yatak sayısı
5 YILDIZLI OTEL	10	5,492	1	850	2	2,716	2	522			15	9,580
4 YILDIZLI OTEL	4	1,346									4	1,346
3 YILDIZLI OTEL	10	1,893									10	1,893
2 YILDIZLI OTEL	7	473	2	161	5	358					14	992
1 YILDIZLI OTEL	13	520			2	78			1	38	16	636
ÖZEL BELGELİ OTEL	1	34									1	34
BUTİK OTEL	3	246	1	204							4	450
II. SINIF TATİL KÖYÜ	4	730			1	198					5	928
TURİSTİK BUNGALOV	22	1,139	2	184	2	138					26	1,461
APART OTEL	1	60									1	60
YÖRESEL EV					2	54			1	42	3	96
TURİSTİK PANSİYON	2	32	2	20	11	134			1	10	16	196
HENÜZ SINIFLANDIRILMAYAN TESİSLER	1	48					1	120			2	168
KAPALI TESİSLER	11	686	1	102					1	138	13	926
TOPLAM	89	12,699	9	1,521	25	3,676	3	642	4	228	130	18,766
DİĞER KONAKLAMA TESİSLERİ	4	210	1	55	9	297	1	41	-	-	15	603
GENEL TOPLAM	93	12,909	10	1,576	34	3,973	4	683	4	228	145	19,369

Tablo 2: Turizm’in KKTC Ekonomisi’ndeki Yeri. (2004-2013)

YILLAR	NET TURİZM GELİRİ (MİLYON USD)	DIŞ TİCARET AÇIĞINI KARŞILAMA ORANI (%)
2004	288,3	36,4
2005	328,8	28,0
2006	303,2	23,2
2007	381,0	26,2
2008	383,7	24,0
2009	390,7	31,1
2010	405,8	26,9
2011	459,4	29,1
2012	571,9	36,0
2013*	616,1	39,0

*Gerçekleşme tahmini

Sağlık turizmini, genel olarak sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması ve sağlığın geri kazanılması amacıyla başlayan ve sağlık hizmetleri unsurlarının yanı sıra tatil unsurlarını da kapsayan seyahatler, konaklamalar ve organizasyonlardan doğan olay ve ilişkilerin bütünü olarak tanımlamak mümkündür.(GENÇAY, 2007, s.172; YILDIRIM, 2012) Sağlık turizmi literatürü sağlık amaçlı seyahatleri 3 başlık altında toplamaktadır.

1. Termal ve spa-wellness turizmi,
2. İleri yaş ve engelli turizmi,
3. Medikal turizm (AYDIN, AYPEK, AKTEPE, ŞAHBAZ, ARSLAN, 2011, s.4)

Kuzey Kıbrıs’ta termal su kaynakları bulunmaması ayrıca ileri yaş ve engelli turizminin uygulanmaması nedeniyle çalışma konumuz medikal turizm ile sınırlıdır.

Medikal turizm bu alanda yatırım yapan ve medikal turizmi önemseyen ülkelerin ekonomilerine çok büyük katkılarda bulunmuştur. ABD’deki sağlık turizmi harcamalarının 5.5 milyar Dolar, Avrupa’da 3.5 milyar Euro civarında olduğu, yaklaşık 120 yıldır sağlık turizmine hizmet veren *Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve Romanya* gibi ülkelerden Çek Cumhuriyetinin bu sektörden kazancı 1 milyar Doları aştığı belirtilmektedir (GÜMÜŞ ve BÜYÜK, 2008). Kazancının büyük kısmını turizm gelirlerinin oluşturduğu Kuzey Kıbrıs’ta ise henüz olması gereken yere gelemeyen sağlık turizmi yatırım yapıldığı ve geliştirildiği takdirde ülke ekonomisine büyük katkı sağlayacaktır.

Hindistan medikal turizm denince akla ilk gelen ülkelerdendir. Çok iyi reklam yapmakta ve hastahanelerini tüm dünyaya tanıtmaktadır. Burda açılan özellikle özel hastahaneler yenilikçi malzeme ve teknoloji anlayışıyla batıdakilerle karşılaştırılabilir düzeye gelmiştir. Bu ülkede 1990’ların ortasından itibaren ekonomik liberalleşme sayesinde özel hastaneler teknolojiyi ve diğer tıbbi malzemeyi daha kolay ithal edebilir hale gelmiş bu sayede de alt-yapılarını batılı hastanelerin düzeyine getirebilmişlerdir. Bununla birlikte, hastanelerin iyileşmesi ve maaşların artması sayesinde denizaşırı çalışan doktorlar da kendi ülkelerine geri dönmeye başlamışlardır. Geriye dönen doktorların çoğunun uluslararası

deneyimlerinin olması, potansiyel turistleri kendilerini daha rahat hissedebilmeleri için reklamlarda kullanılabilecek bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (İÇÖZ, 2009, s.2263). Çabuk, kaliteli ve ucuz sağlık hizmetleri, ayrıca özel hastahane zincirlerinin hastalara verdikleri özel hizmetler Hindistan’ın sağlık turizmi sektörünün zirvesinde yer almasının nedenlerindedir. Yabancı hastalara özel tercüman tahsisi bu hizmetlerden biridir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sağlık sektörü açısından yeni gelişmeye başlayan bir ülkedir. Ülkedeki özel hastahaneler sağlık sektörü alanına henüz yabancı durumdadır. Ancak imzalanan hasta transfer protokolleri ile bu sektörün gelişiminde Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastahanesi bir atılım yapmış, gelişime büyük katkıda bulunmuş ve diğer yatırımcılar için örnek oluşturmuştur. İmzalanan protokolleri arasında THY(Türk Hava Yolları) ile imzalanan sağlık turizmi için Kuzey Kıbrıs’ı seçecek hastalara özel indirimli uçak bileti tarifelerinin sağlanması, SGK(Sigortalar Genel Kurumu) ile imzalanan KKTC’de bulunan Türkiye vatandaşlarının Türkiye’de olduğu gibi sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesinin sağlanması, British Resident’s Society ile imzalanan ingiliz vatandaşlarına özel protokol yer almaktadır. Ulaşım sektörüyle yapılan protokoller sayesinde ulaşım ücretini azaltmak böylece hastanın giderini azaltmak, sigorta şirketleriyle imzalanan protokollerle hastaların ilgisini çekmek, tercih sebebi yaratmak ve uluslararası kuruluşlarla yapılan antlaşmalarla tanıtımın sınırlarını genişletmek mümkün olmuştur.

Kuzey Kıbrıs’ta sağlık turizmi’nin karlılığının artması için atılması gereken adım daha fazla sağlık merkezi ve hastahanelerin bu alana yatırımını sağlamaktır. Bundan sonra Hindistan’ın yaptığı gibi tüm Dünya’da tanıtımlar yapmak ve hastaya sağlığına kavuşurken tatilinde geçirebileceği fırsatlar yaratılmalıdır. En basit şekilde deniz, kum, güneş olarak vurguladığımız tatil sloganı olan 3S(sea, sand and sun) 4S (sea, sand, sun and surgery) olarak çevrilebilir.(TÜTÜNCÜ,KİREMITÇİ VE ÇALIŞKAN, 2011, s.91; ÇALIŞKAN, 2009) Konaklama, ulaşım ve sağlık firmalarının işbirliği ile bu sektör çok çabuk bir gelişim gösterecektir. Özellikle uzun vadede ülke ekonomisine getirileri yatırım bedelinden çok daha fazla olacaktır.

Kaynaklar

- 1.CORNELL John(2006),“Medical Tourism; Sea, Sun, Sand and Surgery”,Tourism Management, Vol.27,1093_1100.
- 2.GENÇAY C.(2007). Sağlık Turizmi. İçinde M. Bulu ve İ.H. Eraslan (Editörler). *Sürdürülebilir Rekabet Avantajı Elde Etmede Turizm Sektörü* (ss.172-180) Kazancı Hukuk Yayımevi, İstanbul.
- 3.YILDIRIM, H.H. (2012). Görüşme Notları (13.08.2012). Ankara.
- 4.ÖZER Özlem, Cuma SONGÖR (2012), Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(7), s.69-81.
- 5.İÇÖZ Onur (2009), “Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları”, Journal of Yasar University, 4(14), s. 2257-2279.
- 6.TÜTÜNCÜ Özkan, İpek KİREMİTÇİ ve Uğur ÇALIŞKAN (2011), “Sağlık Turizmi, Güvenlik ve Kalite”, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 22(1), s.91-93
- 7.ÇALIŞKAN, Uğur (2009), Turist Sağlığı Güvenliğinin Analizi: Türkiye Termal Tesisler Uygulaması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, Turizm İşletmeciliği Programı.
- 8.GÜMÜŞ, Fadime ve Özge BÜYÜK (2008), Sağlık Turizminde Yeni Açılımlar: Tıp Turizmi, III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi, 17-19 Nisan 2008, Balıkesir. Kongre Bildiri Kitabı, s.433-442.
- 9.AYDIN Dursun, Nevzat AYPEK, Cemalettin AKTEPE, Pars ŞAHBAZ, Sıddık ARSLAN (2011), “Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği” <https://www.byclb.com/Files/turizm/turkiyede-medikal-turizm-gelecegi.pdf>, Erişim tarihi: 12.08.2014
- 10.TPD(Turizm Planlama Dairesi), “Konaklama tesis sayısı ve yatak kapasitesinin bölgelere ve sınıflara göre dağılımı. (2013)”, <http://www.tpd.gov.ct.tr/Portals/1075/Turizm%20%C4%B0statistikleri/2013%20%C4%B0statistikleri/Y%C4%B1ll%C4%B1k/YATAKKAPAS%C4%B0TES%C4%B0.pdf>, Erişim tarihi: 15.08.2014
- 11.TPD(Turizm Planlama Dairesi), “Turizmin K.K.T.C Ekonomisindeki Yeri (2004-2013)”, <http://www.tpd.gov.ct.tr/Portals/1075/Turizm%20%C4%B0statistikleri/2013%20%C4%B0statistikleri/Y%C4%B1ll%C4%B1k/TUR%C4%B0ZM%C4%B0NKKKTCEKONOM%C4%B0S%C4%B0NDEK%C4%B0YER%C4%B0.pdf>, Erişim tarihi: 15.08.2014
- 12.Yakın Doğu Üniversitesi Duyuru Sistemi, <http://neu.edu.tr/en/node/4332>, Erişim tarihi: 14.08.2014
- 13.SGK(Sosyal Güvenlik Kurumu),KKTC’deki Türk Vatandaşları İçin Sağlık Hizmetlerinde Yeni Dönem, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/6877fa98-6e64-4d3b-b614-7946e6f031e8/haber_20140201_01.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=6877fa98-6e64-4d3b-b614-7946e6f031e8, Erişim tarihi: 14.08.2014

DİYARBAKIR İL MERKEZİNDEKİ İKİ DEVLET HASTANESİNDE GÖREV YAPAN TIBBİ SEKRETERLERİN İŞ DOYUMU DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

*Rojan GÜMÜŞ**

*İlker UÇAR***

ÖZET

Bu çalışmada Diyarbakır il merkezinde bulunan iki devlet hastanesinde çalışan 115 tıbbi sekreterin iş tatmini ölçme amaçlandı. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmayıp iki hastanedeki tüm evrene ulaşıldı. Anket olarak JSS Spector işdoyumunu ölçeği (1985) kullanıldı. İş doyumunu dokuz boyutta (ücret, yükselme olanakları, amirlerle ilişkiler, yan ödemeler ve ek gelir, performans dayalı ödüller, çalışma koşulları, çalışma arkadaşları, işin niteliği, kurum içi iletişim) ölçen ve Likert tipi sorulardan oluşan anketin güvenilirliği Cronbach Alpha testi ile ölçüldü. Denekler cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sözleşmeli –kadrolu olma, çalışma yılı ve görev birimi değişkenlerine göre karşılaştırıldı. İş doyumunu düzeyinde çalışma yılı, cinsiyet, yaş, kadrolu- sözleşmeli olma değişkenlerinde bazı boyutlarda önemli farklılıklar bulunurken, eğitim durumu ve görev birimi değişkenlerinin bir farklılık meydana getirmediği gözlemlendi. Dokuz boyutta toplam ortalamalara bakıldığında en yüksek memnuniyetin çalışma koşulları, çalışma arkadaşları ile ilişkiler, ve kurum içi iletişimde, en az memnuniyetin yükselme olanakları ve amirlerle ilişkiler boyutlarında olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: iş doyumunu, tıbbi sekreter, Spector, hastane

*Yrd.Doç.Dr., Dicle Üniv. Atatürk S.H.M.Y.O.Diyarbakır, gumusrojan@gmail.com

**İstatistikçi, Türkiye İstatistik Kurumu, ilkerucar87@gmail.com

A RESEARCH ABOUT JOB SATISFACTION OF MEDICAL DOCUMENTARISTS WORKING IN TWO STATE HOSPITALS IN THE CITY CENTER OF DİYARBAKIR, TURKEY

ABSTRACT

In In this study, it was aimed to measure job satisfaction of 115 medical documentarists working in two state hospitals in the city centre of Diyarbakır, Turkey. We didn't use any sampling method but tried to reach whole population. As a survey method, JSS Specor Job satisfaction Survey (1985) has been used. JSS is a 36 item, nine facet scale (pay, promotion, supervision, fringe benefits, contingent rewards, operating conditions, coworkers, nature of work, communication) to assess employee attitudes about the job and aspects of the job. Its reliability has been measured by Cronbach Alpha test. Employees were compared according to their sex, age, education, being contracted-permanent staff, working experience(year) and task unit. There was a significant difference between sex, age, being contracted-permanent, working experience in some of nine facets. Any significance was observed in comparing according to task unit and education. When looking at all comparings in nine facets the largest mean for job satisfaction was seen in operating conditions, and coworkers, the smallest mean was seen in facet promotion and supervision.

Key Words: job satisfaction, medical documentarist, JSS, hospital

1. Giriş

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektörü giderek artan bir hızla büyümektedir. Genel nüfusun yanı sıra, sağlık mesleğine yönelik fakülte/üniversite sayıları ile beraber mezun sayıları da artmaktadır. Nicelik kadar nitelik, hem hizmet alanlar, hem de verenler tarafından önemsenmektedir (Sencan ve ark., 2013, 104-112).

İş doyumunu her meslekte önemlidir. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, bu yüzden çok dikkatli ve sürekli çalışmayı gerektirmesi, meslek mensuplarının verebildikleri en iyi hizmeti vermeleri gerektiğinden, sağlık alanında çalışanlarda iş doyumunun daha da önemli olduğu açıktır (Oflezer ve ark., 2011:203-214).

Son yıllarda sayıları hızla artan sağlık meslek liseleri ve sağlık meslek yüksekokulları vasıtasıyla sağlık sektörünün eleman ihtiyacı katlanarak karşılanmaktadır. Bu da beraberinde yetersiz eğitim ve ihtiyaç fazlası eleman sorununu getirmektedir. Bu soruların sonucunda da tıbbi dökümanterlerin iş koşullarında çeşitli memnuniyetsizlikler görülmektedir.

Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri iş doyumudur. İş doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra; yapılan işin içeriği, ücret, yönetim politikası, çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel etkenlerin etkilediği belirtilmektedir (Locke ve ark., 1998:269-83). Bireyin günün üçte birini işinde geçirmesi, doğal olarak birtakım fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını işten bekleme, bu gereksinimlerin karşılanmaması sonucunda oluşan iş

doyumsuzluğu, çalışanın genel yaşam doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Saari ve ark. ,2004:395-407)

İş doyumunu, sadece elde edilen maddi gelir ile değil örgüt iklimi ve çalışma ortamındaki memnuniyetle de ölçülmektedir. Yapılan iş çalışanın ihtiyaçlarını ne kadar çok karşılırsa işten alacağı tatmin de o oranda artacaktır. İş doyumunu, yapılmakta olan işin özellikleri ile ihtiyaçların birbirini tamamlaması sonucu gerçekleşir (Yılmaz ve ark., 2012: 92).

Sahip olunan işin kişi için ifade ettiği anlam, kişiyle işi arasında ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz süreçler, çalışanın o işten alacağı doyumunu etkiler. Günlük yaşamının önemli bir kısmını işinde geçiren insanın, ihtiyaçlar ve motivasyon konusunda tatmin olduğunda; yani iş doyumunu tam olduğunda mutlu ve üretken olduğu gözlenmektedir. Çalışanların iş doyumunu sağlamak, örgütün mal ya da hizmet üretmek gibi amaçlarından birisi haline gelirse işletme rekabet ortamında avantaj yakalayabilir. Çünkü iş doyumunun örgüt kültürü, örgütsel bağlılık ve örgütsel davranış ile bir dinamik oluşturduğu da bilinmektedir (Lund, 2003: 222). Dolayısıyla motive olmuş bir çalışan iş doyumunu yakalayabileceği gibi iş doyumuna ulaşmış bir çalışan da daha fazla motive olabilir (Kanbay, 2012: 117).

Toplam sağlık hizmeti içinde önemli bir yere sahip olan tıbbi dökümanterler de hastanede çalışmanın getirdiği sorumluluk ve yüklerden etkilenmektedirler . Tıbbi dökümanterlerin iş verimini arttırmak ve işdoyumunu arttırmakla olur. Bu yüzden söz konusu alanda yapılan çalışmalar da her gün daha fazla önem taşımaktadır.

1.1.Kişinin iş doyumunu etkileyen Etkenler:

1.1.1.Bireysel etkenler: Kişinin demografik özellikleri ile işine ait demografik özelliklerin toplamıdır ve iş doyumunu genelde dolaylı olarak etkiler. Bu etkenler şunlardır:

Yaş: İş doyumunu ile ilişkisi güçlü olan demografi k özelliklerden birisi yaştır. Genelde, iş doyumunun erken yaşta yüksek, orta yaşlarda düşük ve ileri yaşlarda yüksek olduğu kabul edilmektedir.

Cinsiyet: Bazı araştırma sonuçları erkeklerin kadınlardan daha fazla iş doyumunu sağladığını göstermektedir. Bunun altında yatan nedenler, erkeklerin kadınlara göre iş hayatında daha çok sayıda yer alması ve kadınlara göre işten arzuladıklarına ulaşma isteklerinin daha güçlü olması olabilir. Yapılan araştırmaların çoğunda kadınların erkeklere oranla daha fazla örgütsel bağlılığa sahip oldukları görülmektedir.

Kişilik özellikleri: Kontrol odağı dışarıda olan, kendini beğenen ve yarışmacı insanların iş doyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Acelecilik ve öfkeli kişilik ile iş doyumunu arasında negatif, başarı güdüsü yüksek olma ile iş doyumunu arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hizmet süresi: Hizmet süresi arttıkça işgörenlerin gelirlerinde, pozisyonlarında ve sorumluluklarında doğal olarak bir artış beklenir. İş doyumunu ile hizmet süresi arasındaki ilişki, zaman içerisinde işgörenin emeği karşılığında örgütten elde ettiklerinde meydana gelen artışla açıklanabilir.

Eğitim: Eğitim ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin hem pozitif, hem de negatif yönde olabileceği görülmektedir. Eğitim seviyesindeki ve yeteneklerdeki artışın karşılığını örgütten alamadığını düşünen işgörenin iş doyumunu düzeyinde bir azalma meydana gelebilmektedir.

Toplumsal sınıf farklılıkları: Yapılan araştırma sonucunda, iş doyumunu ile yüksek toplumsal sınıf statüsü arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

1.1.2. İşe ilişkin etkenler: İşgörenlerin iş doyumunda önemli bir role sahip etkenler arasında örgütsel adalet, kişiler arası etkileşim adaleti, örgütsel destek, nezaret (gözetim) ve ücret yer almaktadır.

1.1.3. Çevresel etkenler: İş doyumunu oluşturan unsurlardan bir diğeri, alternatif iş olanakları, toplumsal destek, iş arkadaşları ile ilişkiler ve iş/aile arasındaki çatışma bu etkenler arasında yer almaktadır (Yılmaz ve ark.,2010:49-80).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma devlet hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin iş doyumunu ölçmek ve kişisel, çevresel örgütsel faktörlerin iş doyumuna etkisini ortaya çıkarmak için düzenlenmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini Diyarbakır merkezde bulunan iki devlet hastanesinde çalışan tıbbi dökümanterler oluşturmuştur. Örneklem seçilirken herhangi bir yöntem kullanılmayıp farklı günlerde tıbbi dökümanterlerin tümüne ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan ve sorulara cevap veren toplam 115 kişi vardır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama tekniği olarak iki bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde tıbbi dökümanterlerin genel olarak kişisel bilgileri ve durumları ile ilgili sorular, ikinci bölümde ise iş doyumunu olumlu ve/veya olumsuz yönde etkileyen faktörleri ortaya çıkarabilecek sorular yer almaktadır. İkinci bölümde, ticari olmayan kuruluşlarda iş doyumunu ölçmek amacıyla Paul Spector tarafından hazırlanmış olan İş Doyumu Ölçeği (Job Satisfaction Survey) kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan İş Doyumu Ölçeği; ücret, yükselme olanakları, amirlerle ilişkiler, yan ödeme-ek gelir, performansa dayalı ödüller, çalışma koşulları ve kurallar, çalışma arkadaşları ile ilişkiler, yapılan işin niteliği ve kurum içi iletişim olmak üzere dokuz ana madde ve her ana maddenin altında dört alt madde olmak üzere toplam 36 maddeden oluşmuştur. Her madde bir yargıyı ifade etmektedir. 17 yargı olumlu, 19 yargı da olumsuz olarak şekillendirilmiştir. Her maddenin yanıtları dereceli olmak üzere (kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, kısmen katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) altı seçeneğlidir.

Bu ölçekte 36 ana madde altında yer alan alt maddelerin, anket formundaki sıralamaları da farklıdır. Bu dağılım bir ankette dokuz farklı sonuç almayı sağlamaktadır. Bu dokuz farklı sonucun ortalaması da genel sonucu vermektedir (Spector, 1997, ss.8-11).

Tablo 2.1, Soruların Konulara Göre Dağılımı

Boyut	Konu	Soru numarası
1	Ücret	1,10,19,28
2	Yükselme olanakları	2,11,20,29
3	Amirlerle ilişkiler	3,12,21,30
4	Yan ödeme/ek gelir	4,13,22,31
5	Ödüller	5,14,23,32
6	Çalışma koşulları	6,15,24,33
7	Çalışma arkadaşları	7,16,25,34
8	İşin nitelikleri	8,17,27,35
9	Kurum içi iletişim	9,18,26,36

Tüm analizler SPSS 16.0 programı ile yapılmış, değişken gruplarının karşılaştırılmasında Non-parametrik t testi ve Anova testi kullanılmıştır. Anketlerin güvenilirlik analizi için Cronbach Alpha testi kullanılmış, Cronbach Alpha katsayısı 0,68 bulunmuştur. Bu geçerli bir seviyedir.

3. Bulgular

Araştırmanın evrenini oluşturan 115 kişinin demografik özelliklerine göre frekansları Tablo 3.1.de verilmiştir.

Tablo 3.1. Tıbbi dökümanterlerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	66	57
	Erkek	49	43
Medeni durum	Evli	59	51
	Bekar	56	49
Görev birimi	İdari	64	55
	Hizmet	51	45
Eğitim durumu	Lise	35	30
	Önlisans	80	70
Yaş	25 den küçük	61	53
	25-35	46	40
	35 den büyük	8	7
Çocuk	Var	57	49
	Yok	58	51
Görev şekli	Sözleşmeli	55	47
	Kadrolu	60	53
Çalışma yılı	10 dan az	58	51
	10dan fazla	57	49

İş doyumu tüm boyutlarda toplam ortalamalar ele alınarak hesaplandığında Tablo 3.2. deki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 3.2. Tüm boyutlarda ortalama ve standart sapmalar

	Ortalama	Standart sapma
Ücret	3,410	1,856
Yükselme olanakları	3,272	1,721
Amirlerle ilişkiler	3,332	1,634
Yan ödeme/ ek gelir	3,435	1,681
Performansadaya ödülleri	3,531	1,756
Çalışma koşulları	3,873	1,654
İş arkadaşları ile ilişkiler	3,983	1,581
Yapılan işin niteliği	3,645	1,687
Kurum içi iletişim	3,821	1,582

Tablo 3.2 ‘ye bakıldığında, Dokuz boyutta toplam ortalamalarda en yüksek memnuniyetin Çalışma koşulları, , iş arkadaşları ile ilişkiler ,ve kurum içi iletişimde görüldüğü belirlenmiştir. En az memnuniyetin ise yükselme olanakları ve amirlerle ilişkiler boyutlarında olduğu görülmüştür.

JSS ölçeğindeki dokuz boyut cinsiyet, yaş, medeni hal, çalışma yılı, kadrolu-sözleşmeli olma ,iş birimi, eğitim durumu değişkenlerine göre değerlendirildiğinde bazı boyutlarda önemli düzeyde fark görülmüştür. Bazı değişkenlere göre kıyaslandığında ise hiçbir fark görülmemiştir.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan karşılaştırmalarda sadece amirlerle ilişkilerde önemli bir fark görülmüş diğer boyutlarda bir fark bulunamamıştır.

Tablo 3.3.Cinsiyet değişkenine göre önemli fark bulunan karşılaştırmalar

	Ortalama	Std. Sapma	t, p değeri
Amirlerle ilişkiler			
Kadın	2,851	1,763	t=-2,712, p=0,008
Erkek	3,622	1,872	

Sözleşmeli/kadrolu olma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, ücret, iş arkadaşları ile ilişkiler, yapılan işin niteliği, ve kurum içi ilişkiler boyutlarında önemli fark bulunurken, diğer boyutlarda farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 3.4. Sözleşmeli/kadrolu olma durumuna göre önemli fark bulunan karşılaştırmalar

	Ortalama	Std. sapma	T,p değeri
Ücret			
Sözleşmeli	2,22	1,281	t=-2,12, p=0,036
Kadrolu	2,88	1,762	
İş ark. İle ilişkiler			
Sözleşmeli	4,04	1,891	t=-2,019, p=0,046
Kadrolu	4,60	1,463	
Yapılan işin şekli			
Sözleşmeli	3,45	1,456	t=1,768, p=0,08
Kadrolu	2,92	1,567	
Kurumiçi iletişim			
Sözleşmeli	3,53	1,983	t=-2,153, p=0,031
Kadrolu	4,15	1,234	

Çalışma yılına göre yapılan karşılaştırmalarda performansa dayalı ödüller ve kurumiçi iletişim boyutlarında önemli fark bulunurken diğer boyutlarda bir farka raslanmamıştır.

Tablo 3.5. Çalışma yılına göre yapılan ve önemli fark bulunan karşılaştırmalar

	Ortalama	Std. sapma	T,p değeri
Performansa dayalı öd.			
10 yıldan fazla	3,73	1,281	t=-1,691, p=0,048
10 yıldan az	2,99	1,762	
Kurumiçi iletişim			
10 yıldan fazla	4,27	1,891	t=-1,889, p=0,046
10 yıldan az	3,71	1,463	

Diğer değişkenlerin dokuz boyutta da yapılan karşılaştırmalarında önemli bir fark bulunamamıştır.

4. Tartışma ve Sonuç

Tıbbi dökümanterlerin iş doyumu ölçeği ortalamalarına bakıldığında dokuz boyutun ortalama ve standart sapmalarından yola çıkarak, çalışanların genel olarak kurum içindeki ve iş arkadaşları ile olan ilişkilerinden memnun olduğu görülmektedir. Çalışma koşulları ile ilgili de genel bir memnuniyet vardır. En düşük memnuniyet yükselme olanaklarında görülmektedir. Bu kısmen doğrudur, çünkü tıbbi dökümanter kadrosunda başlayıp kariyer yapma olanağı yoktur.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan karşılaştırmalarda kadınların amirlerle ilişkilerinde düşük memnuniyete rastlanmıştır. Bu da her kurumda olduğu gibi cinsiyet ayrımının amirler tarafından sürdürülmekte olduğuna işaret eder.

Sözleşmeli personelin ücret konusunda kadrolu personelden daha az memnun olduğu zaten bilinen bir gerçektir ve sonuçlar bunu desteklemektedir. Yine sözleşmeli personele yaptırılan işlerle kadrolu personele verilen görevler farklıdır ve sözleşmeli personel bu konuda daha şikayetçidir. Kadrolu personel gerek kurum içi olsun gerek amirlerle olsun kurulan iletişimden daha fazla memnuniyet göstermektedir.

Çalışma yılına bakıldığında ise, on yıldan fazla çalışan personel performansla dayalı ödüllendirilmede daha fazla memnuniyet göstermektedir. Yine kurumiçi iletişimde de on yıldan fazla çalışan personel daha fazla memnuniyet göstermektedir.

Geri kalan tüm karşılaştırmalarda arada önemli bir fark görülmemiştir.

Genel bir yorum yapacak olursak, tüm bu anketlerden çıkan bir sonuç olarak, tıbbi dökümanterlerin sözleşmeli çalışmaları en büyük sıkıntıyı yaratmaktadır diyebiliriz. Bununla ilgili Sağlık Bakanlığı'nda çalışmalar yapıldığını ama hala memur alımının çok düşük düzeyde olduğunu ve mezunların girebilmek için çok yüksek KPSS puanları almaları gerektiğini biliyoruz. Buna rağmen mesleğe rağbetin devam ettiğini ve mezuniyetten sonra iş bulamamalarının çok düşük ihtimal olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık kurumları ve hizmet şirketlerinin yöneticileri, sözleşmeli personelin iş doyumlarını arttırmak için çaba göstermelidir. Yöneticiler işçilere karşı olumlu tutum ve ilişkiler kurarak iletişimin etkinliğini arttırmalıdır. Çalışanlarına değer verdiklerini sergilemeleri, çalışanın sağlığına ve kişisel sorunlarına eğilmeleri, belli aralıklarla çalışanlar ile sorunlarına yönelik toplantılar düzenlemelidirler. Gerekli olanaklar sağlayarak çalışanların gelişimine fırsat vererek özellikle stresle başa çıkma, sorun çözme ve iletişim teknikleri konularında, hizmet içi eğitim ve seminer programlarına katılımını sağlamalıdır.

Çalışma şartlarının yoğunluğu, monotonluğu ve iş stresinin giderilmesi amacıyla çalışma arkadaşlarının birbirleri ile ilişkilerini olumlu yönde arttıracak sosyal, kültürel, sanatsal aktivitelere imkan verilmesini sağlamalıdır. Bununla ilgili olarak maddi anlamda ücretlere yapılacak zamlar, maddi ödüller, avanslar, ikramiye vb. uygulamalar bireylerin iş doyumunu yükseltecektir. Bununla birlikte çalışanlara yönelik sosyo-kültürel aktiviteler düzenlenerek, geziler, toplu yemekler organize edilerek çalışanların iş ortamlarını daha güvenli olarak algılamaları sağlanabilir.

Çalışanların ekonomik güvenliklerinin sağlanmasının yanı sıra, onlara ilişkin olarak verilen manevi ödüller de (takdir, teşekkür, oylama) çalışanların işlerini daha güvenli olarak algılamalarını sağlayabilir.

Kaynaklar

- 1.SPECTOR, P. E. (1997). Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequences. Thousand Oaks: Sage.
- 2.KANBAY, A. (2010). Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılığı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- 3.ÇETİN, Hakan,ETTER Selin, TAŞ Sabahattin, ÇAYLAK Murat, (2013), İşdoyumu ve Çalışanların Demografik Özellikleri arasındaki İlişkilerin Belirlenmesi: AntalyaAtatürk Devlet Hastanesi Örneği, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (26), s.145-163
- 4.LOCKE A. Workers in Singapore. J Behav Med. 1998;21(3):269-83.
- 5.LUND, D. (2003), Organizational Culture and Job Satisfaction, Journal Of Business & Industrial Marketing, (18),3,s.219-236.
- 6.OFLAZER C.,ATEŞ M., İRBAN G.,(2011) Bir kamu Hastanesinde Çalışan İşçilerin İşdoyumunu Etkileyen Faktörler Acıbadem Univ. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (4),s.203-214
- 7.ŞENCAN, Nazlı, YEGENOĞLU,Selen, AYDINTAN,Belgin (2013),Sağlık Çalışanları ve Eczacılar Üzerinde Yapılan İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Araştırmaları, Marmara Pharmaceutical Journal 17, s.104-112
- 8.SAARI, LM, JUDGE TA (2004), Employee attitudes and job satisfaction. Human Resource Management ,43, s.395–407.
- 9.SİĞRİ, Ü., BASIM N.(2006), İş görenlerin iş doyumunu ile örgütsel bağlılık düzeylerinin analizi: kamu ve özel sektörde karşılaştırmalı bir araştırma”, Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 12, (6),s.131-154.
- 10.YILMAZ, B., KORKUT Ş.,KÖSE E.(2010), Kütüphanecilerin İşdoyumu Üzerine Bir Araştırma , Bilgi Dünyası, 11(1), s.49-80
- 11.YILMAZ, G., KESER, A., YORGUN, S. (2010), Konaklama İşletmelerinde Çalışan Sendika Üyelerinin İş ve Yaşam Doyumunu Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, PARADOKS Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi, (6),1, s.87-107.
- 12.<http://shell.cas.usf.edu/~pspector/scales/jsspag.html> Erişim tarihi 1.8.2014

KAMU HASTANELERİNDE TIBBİ HİZMET KUSURU

İrfan ÖZCAN*

Ömer ŞAHAN**

Metin ATEŞ***

ÖZET

Çalışmanın amacı, kamu hastanelerinde gerçekleşen tıbbi uygulama hataları ile ilgili veriler aracılığı ile tıbbi hataları tespit etmek ve buna bağlı olarak bu konuda alınması gereken önlemlere ilişkin öneriler geliştirmektir. Çalışmanın birinci bölümünde, Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar ile ilgili kavramsal bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde ise, 2012 yılında İstanbul il genelinde gerçekleşen tıbbi olaylar ile ilgili şikâyetler incelenerek tıbbi uygulama hataları tespit edilmiştir.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne 2012 yılında Kamu Hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının tıbbi uygulama hataları ile ilgili yapılan 336 tane başvuruda 257'si inceleme kapsamına alınmıştır. 257 başvuru içerisinde en fazla şikâyet edilen bölüm olarak Acil Servis öne çıkmaktadır. Acil servis hizmetlerini 47 başvuru ile kadın doğum bölümü, 19 başvuru ile Cerrahi bölümü ve 15 başvuru ile Ortopedi ve Göğüs Hastalıkları bölümü izlemiştir.

257 başvurunun 176'sının İhmale Bağlı Hatalardan, 49 başvurunun Uygulamaya Bağlı Hatalardan, 30 başvuru un ise, İşleme Bağlı Hatalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Başvuruların yalnızca 221'i dava konusu yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata, Malpractice

*Yrd.Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, İİBF Fak. İşletmeBölümü,

**Uz.,SağlıkBakanlığı

***Prof.Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Yönetim Bölümü, atesmetin1@yahoo.com

ABSTRACT

The purpose of the study, which took place in public hospitals on medical malpractice through data to identify medical error sand consequentre commendations regarding the measures to be taken in this regard is to develop. In the first part of the study, Patient Safety and Medical Errors are given in formation about the concept. In the second part, which took place in 2012 in the province of Istanbul complaints about medicalevents have been identified by examining the medical malpractice.

In 2012, the Istanbul Provincial Health Directorate of health professionals working in public hospitals on medical malpractice, contact the 336 units of the 257 were included in the study. More than 257 complaints in the application as part of the Emergency Services stands out. Contact the emergency services, obstetrics and gynecology section 47, 19 surgery and 15 with reference to the application of section Orthopaedic and Thoracic Diseases department has followed.

Errors due to neglect of the 176 volunteers from 257 applicants, 49 applicants from the application-depend enterror, please contact the 30, it was determined that due to procedural error. Only 221 cases were the subject of the application.

Keywords: Patient, Patient Safety, Medical Error, Malpractice

Giriş

Kamu hastanelerinde verilen hastane hizmetlerinde son yıllarda hasta güvenliği ön plana çıkmıştır. Institute of Medicine'nin Kasım 1999'da yayımlanan “To Err Is Human” raporuna göre sağlık sektöründe her yıl yüz binlerce insan tıbbi hatalar ve bunların önemli bir kısmını oluşturan medikasyon hataları sonucu hayatını kaybetmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde, hasta güvenliği merkezinin kurulması, ülke çapında bir raporlama sisteminin geliştirilmesi, hasta güvenliği programlarının oluşturulması, hasta güvenliğine odaklı performans standartlarının belirlenmesi ve hasta güvenliğini geliştirmek için etkinliği kanıtlanmış uygulamaların hayata geçirilmesi gibi pek çok öneri yer almaktadır.

Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kişilere verilebilecek zararı önlemek amacıyla sağlık kurumlarının aldığı önlemlerin tamamı olarak tanımlayabileceğimiz hasta güvenliği, nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır. (Şen, S., Er, S., Sevil, Ü., s. 26) Sağlık kurumları, nitelikli sağlık hizmeti verebilmeleri için altı temel unsuru yerine getirmek zorundadırlar. Bu bağlamda sunulan sağlık hizmetlerinin unsurları; (Güven, R., s.412)

- Güvenli,
- Kanıta dayalı,
- Hasta odaklı,
- Zamanında ve ulaşılabilir,

- Verimli ve etkin,
- Hizmet bekleyenlere eşit dağılmış olmalıdır.

Bu unsurlar, hasta güvenliğinin sağlanması temel unsurlar olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık kurumları a güvenli ve nitelikli sağlık hizmeti vermek için, temel koşulları yerine getirerek hasta güvenliği yönünden gereken süreçleri, eksiksiz ve hatasız uygulayarak prosedüre uygun hizmet sunmaları gerekmektedir (Şen, S., Er, S., Sevil, Ü., s.24). Sağlık hizmetlerinde en önemli unsurlardan biri olan hasta güvenliği, hastalara yardım ederken oluşabilecek zararlardan kaçınmak, kaza eseri yaralanmaları, hata olasılığını azaltmak ve önlemektir. Sağlık hizmetlerinin amacı tedavi ve bakım sağlayarak hastaların tedavisi, hastalıklardan korunması ve rehabilitasyonudur (WHPA, PatientSafety ,(08.06.2012), <http://whpa.org/factptsafety.htm>).

Tıbbi Hatalar

Tıbbi hataların karşılığı olan Malpraktis, Latince “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamında kullanılmaktadır. Uygulamada ise; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır. Dünya Tabipleri Birliği’nin 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu’nda tıbbi uygulama hatalarını “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlanmıştır (Çetin, G.,s.31).

Tıbbi hatalar, “hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların” tamamını içermektedir (Polat, O.,Pakiş, I.,s.119-120).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi hatalar (Çakmakçı, M., Akalın, H.E., s.13-14);

- Tanı aşamasında (yanlış tanı veya tanı koymakta gecikme, uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan yöntemlerin kullanılması ya da tetkik sonuçlarına uygun önlemlerin alınmaması gibi),
- Tedavi aşamasında (cerrahi bir girişim, işlem veya tedavinin yanlış yapılması, ilaç doz veya verilmiş şekilde hata yapılması, tedavinin uygulanmasında gecikme ya da uygun olmayan tedavinin planlanması gibi), ya da
- Diğer basamaklarda (profilaktik tedavi uygulamada hata, tedaviden sonra yetersiz takip, kullanılan aletlerde yetersizlik/eksiklik gibi) meydana gelebilir.

Yöntem

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı kamu hastanelerinde gerçekleşen tıbbi uygulama hataları ile ilgili veriler aracılığı ile tıbbi hataları tespit etmek ve buna bağlı olarak bu konuda alınması gereken önlemlere ilişkin öneriler geliştirmektir.

Araştırma, nicel bir araştırma olup, İstanbul ilinde 2012 yılında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne tıbbi hatalarla ilgili olarak yapılan başvurular değerlendirilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın evrenini İstanbul ilinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinde gerçekleşen ve dava edilen tıbbi hatalar oluşturmuştur. Ancak, 336 başvuru arasından malpraktis konusu

oluşturacak 257 başvuru inceleme kapsamına alınmıştır. Başvurular, öncelikle konusuna göre bölümlere ayrılmış daha sonra tıbbi hata nedenleri, dava edilme durumları ve tıbbi hata türlerine göre sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 17 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir.

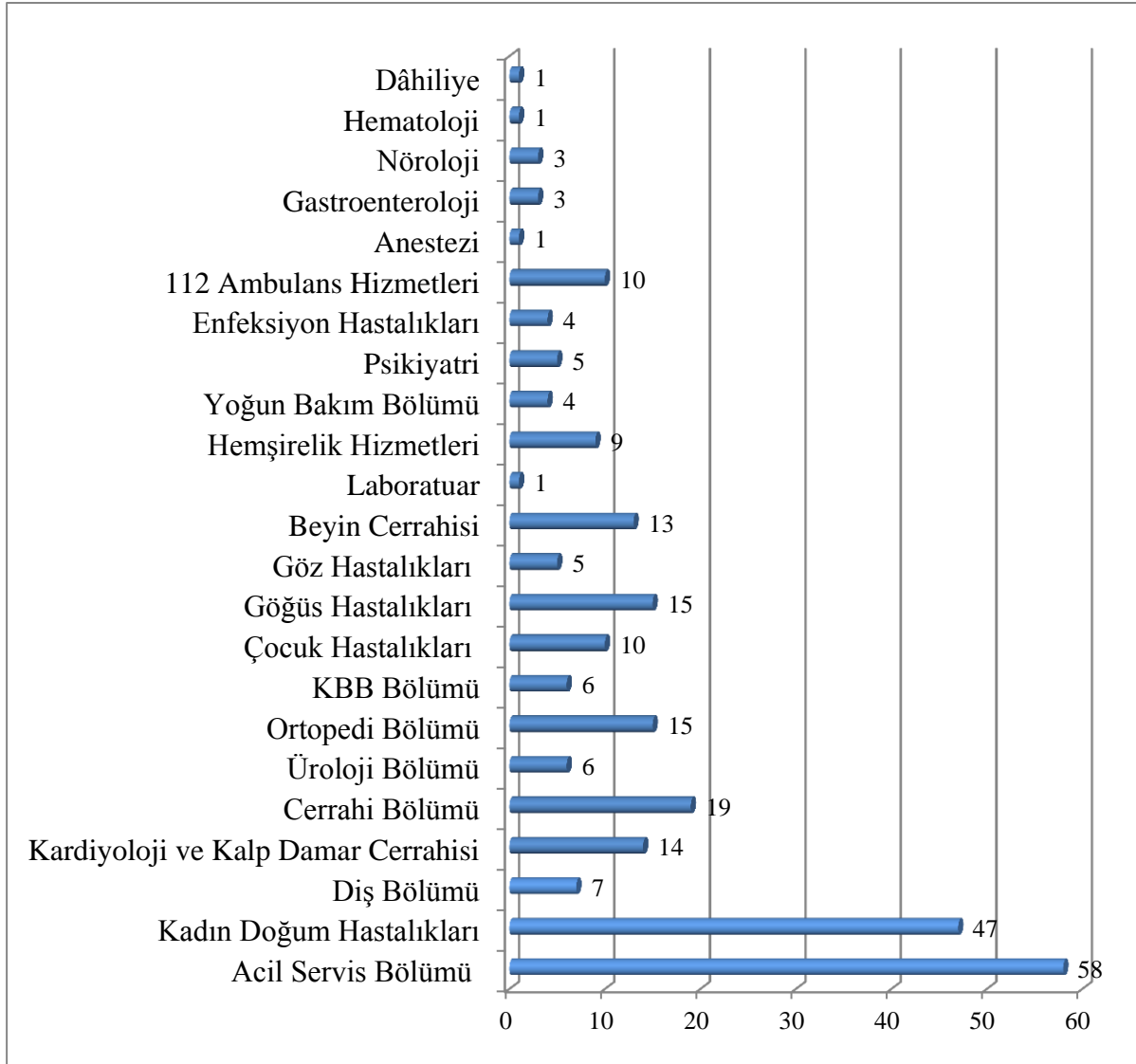
Bulgular

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne 2012 yılında Kamu Hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının tıbbi uygulama hataları ile ilgili 336 tane başvuru arasından malpraktise konu oluşturacak 257 başvurunun bölümlere dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Şikayete Konu Olan Bölümlerin Dağılımı

	Frekans	%	Geçerli %
Acil Servis Bölümü	58	22,6	22,6
Kadın Doğum Hastalıkları	47	18,3	18,3
Diş Bölümü	7	2,7	2,7
Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi	14	5,4	5,4
Cerrahi Bölümü	19	7,4	7,4
Üroloji Bölümü	6	2,3	2,3
Ortopedi Bölümü	15	5,8	5,8
KBB Bölümü	6	2,3	2,3
Çocuk Hastalıkları	10	3,9	3,9
Göğüs Hastalıkları	15	5,8	5,8
Göz Hastalıkları	5	1,9	1,9
Beyin Cerrahisi	13	5,1	5,1
Laboratuvar	1	0,4	,4
Hemşirelik Hizmetleri	9	3,5	3,5
Yoğun Bakım Bölümü	4	1,6	1,6
Psikiyatri	5	1,9	1,9
Enfeksiyon Hastalıkları	4	1,6	1,6
112 Ambulans Hizmetleri	10	3,9	3,9
Anestezi	1	0,4	0,4
Gastroenteroloji	3	1,2	1,2
Nöroloji	3	1,2	1,2
Hematoloji	1	0,4	0,4
Dâhiliye	1	0,4	0,4
Toplam	257	100,0	100,0

Tablo 1 incelendiğinde İstanbul genelinde tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak 2012 yılında 257 başvuru olmuş ve 58 (%22.6) başvuru ile en fazla şikâyet edilen bölüm olarak Acil Servis öne çıkmıştır. Acil servisi 47 (%18.3) başvuru ile Kadın Doğum ve Hastalıkları Servisi takip etmektedir. Cerrahi Servis ile ilgili malpraktise konu oluşturacak başvuru sayısı 19 (%7.4) olmuştur. Ortopedi ve Göğüs Hastalıkları Servisleri ile ilgili başvuru sayısı 15 (%5.8), Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Servisleri ile ilgili başvuru sayısı 14 (%5.4), Beyin Cerrahisi Servisi ile ilgili başvuru sayısı 13 (%5.1), Çocuk Hastalıkları ve 112 Ambulans Servisi ile ilgili başvuru sayısı 10 (%3.9), Hemşirelik Hizmetleri ile ilgili başvuru sayısı 9 (%3.5), Diş Hizmetleri ile ilgili başvuru sayısı 7 (2.7), Üroloji ve KBB Servisleri ile ilgili başvuru sayısı 6 (%2.3), Göz ve Psikiyatri Servisleri ile ilgili başvuru sayısı 5 (%1.9), Gastroenteroloji ve Nöroloji Servisleri ile ilgili başvuru sayısı ise 3 (%1.2) olmuştur. En az başvuru sadece 1(%0.4) başvuru ile Dâhiliye, Hematoloji, Anestezi ve Laboratuar hizmetleri için olmuştur. Malpraktise konu oluşturacak şikâyetlerin bölümlere dağılımı Grafik 1’de gösterilmiştir.



Grafik 1: Şikâyete Konu Olan Bölümlerin Dağılım Grafiği

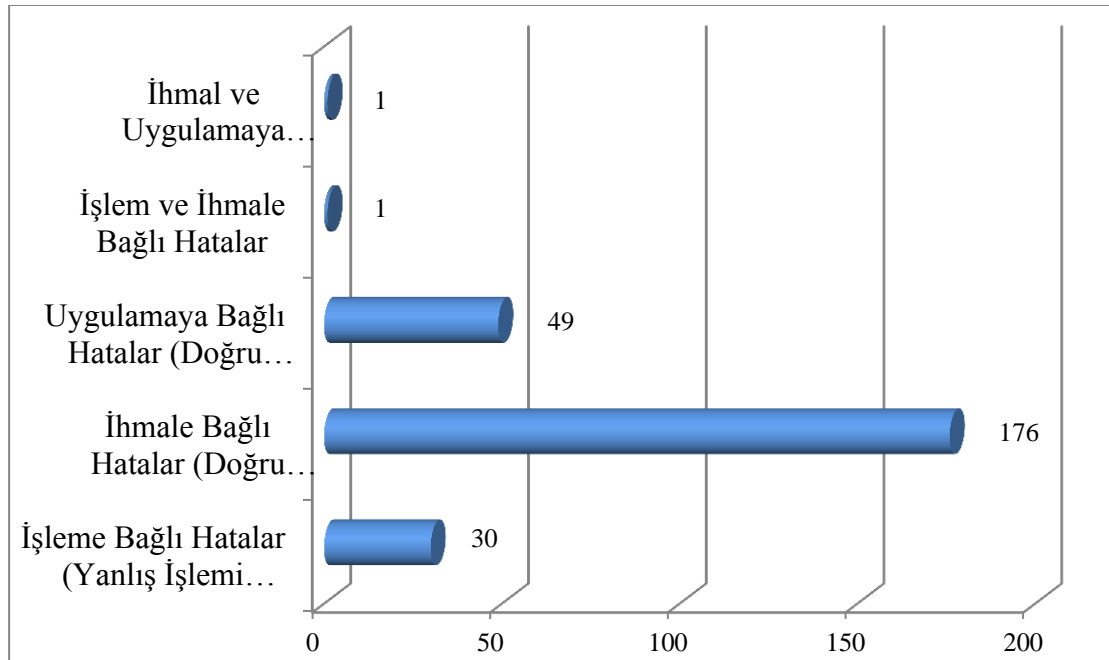
Şikayetlerin Tıbbi Hata Nedenlerine Göre Değerlendirilmesi

Malpraktis'e konu oluşturacak 257 başvurunun tıbbi hata nedenlerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Şikayetlerin Tıbbi Hata Nedenlerine Göre Dağılımı

	Frekans	%	Geçerli %
İşleme Bağlı Hatalar (Yanlış İşlemi Yapma)	30	11,7	11,7
İhmale Bağlı Hatalar (Doğru İşlemi Yapmama)	176	68,5	68,5
Uygulamaya Bağlı Hatalar (Doğru İşlemi Yanlış Uygulama)	49	19,1	19,1
İşlem ve İhmale Bağlı Hatalar	1	0,4	0,4
İhmal ve Uygulamaya Bağlı Hatalar	1	0,4	0,4
Toplam	257	100,0	100,0

Tablo 2 incelendiğinde İstanbul genelinde tıbbi uygulama hataları ile ilgili malpraktise konu oluşturacak 257 başvuru içinde tıbbi uygulama hatalarının nedeni olarak 176 (% 68.5). başvuru ile İhmale Bağlı Hataların (Doğru İşlemi Yapmama) birinci sırayı işgal ettiği görülmüştür. Tıbbi uygulama hatalarının ikinci en büyük nedeni 49 (%19.1) başvuru ile Uygulamaya Bağlı Hatalar (Doğru İşlemi Yanlış Uygulama) olmuştur. Üçüncü büyük neden ise 30 (%11.7) başvuru ile İşleme Bağlı Hatalar (Yanlış İşlemi Yapma) yer almıştır. Tıbbi uygulama hataları içerisinde hem İşlem hem de İhmale Bağlı Hatalar ile hem ihmal hem de uygulamaya bağlı hatalar için sadece 1(%0.4) başvuru yapılmıştır. Şikâyetlerin tıbbi hata nedenlerine göre dağılımı Grafik 10'da gösterilmiştir.



Grafik 2: Şikayetlerin Tıbbi Hata Nedenlerine Göre Dağılımı Grafiği

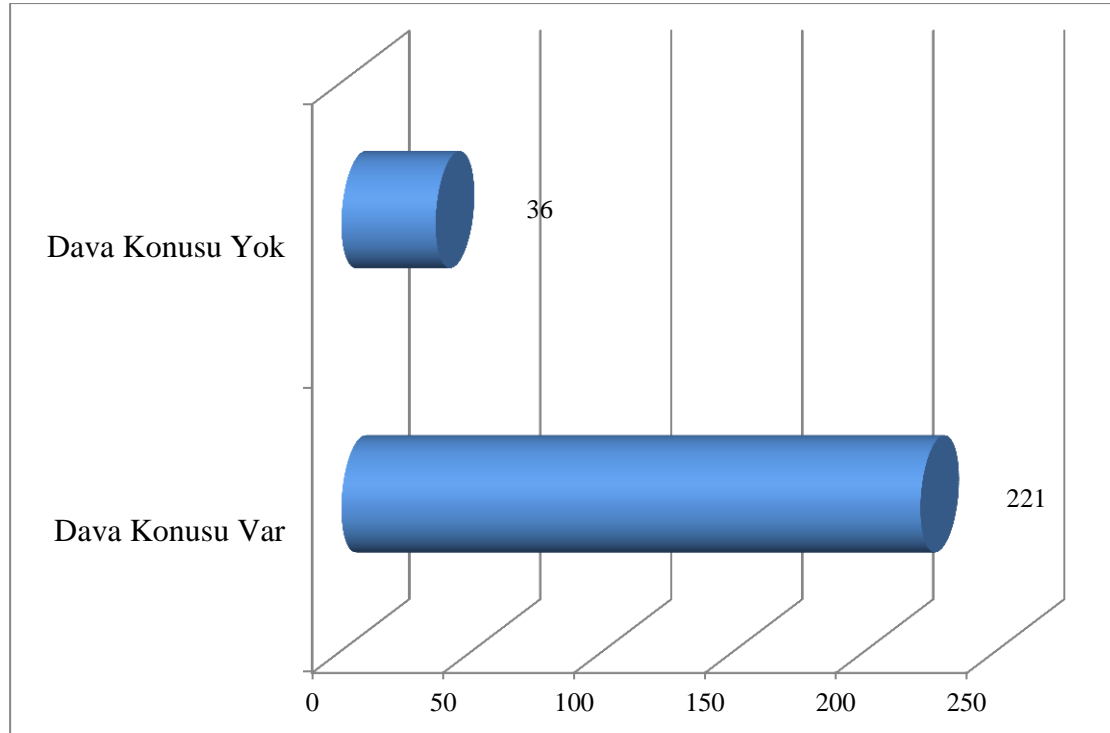
Şikayetlerin Dava Edilebilme Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Malpraktise konu oluşturacak 257 başvurunun dava edilebilme durumlarına göre dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3: Şikayetlerin Dava Edilme Durumlarına Göre Dağılımı

	Frekans	%	Geçerli %
Dava Konusu Var	221	86,0	86,0
Dava Konusu Yok	36	14,0	14,0
Toplam	257	100,0	100,0

Tablo 3 incelendiğinde İstanbul genelinde tıbbi uygulama hataları ile ilgili malpraktise konu oluşturacak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne 2012 yılında yapılan 257 başvurunun 221’inde yani % 86’sında dava konusu bulunmakta, 36’sında yani % 14’ünde ise dava konusu bulunmamaktadır. Şikâyetlerin dava edilebilme durumlarına göre dağılımı Grafik 3’de gösterilmiştir.



Grafik 3: Şikayetlerin Dava Edilebilme Durumlarına Göre Dağılımı Grafiği

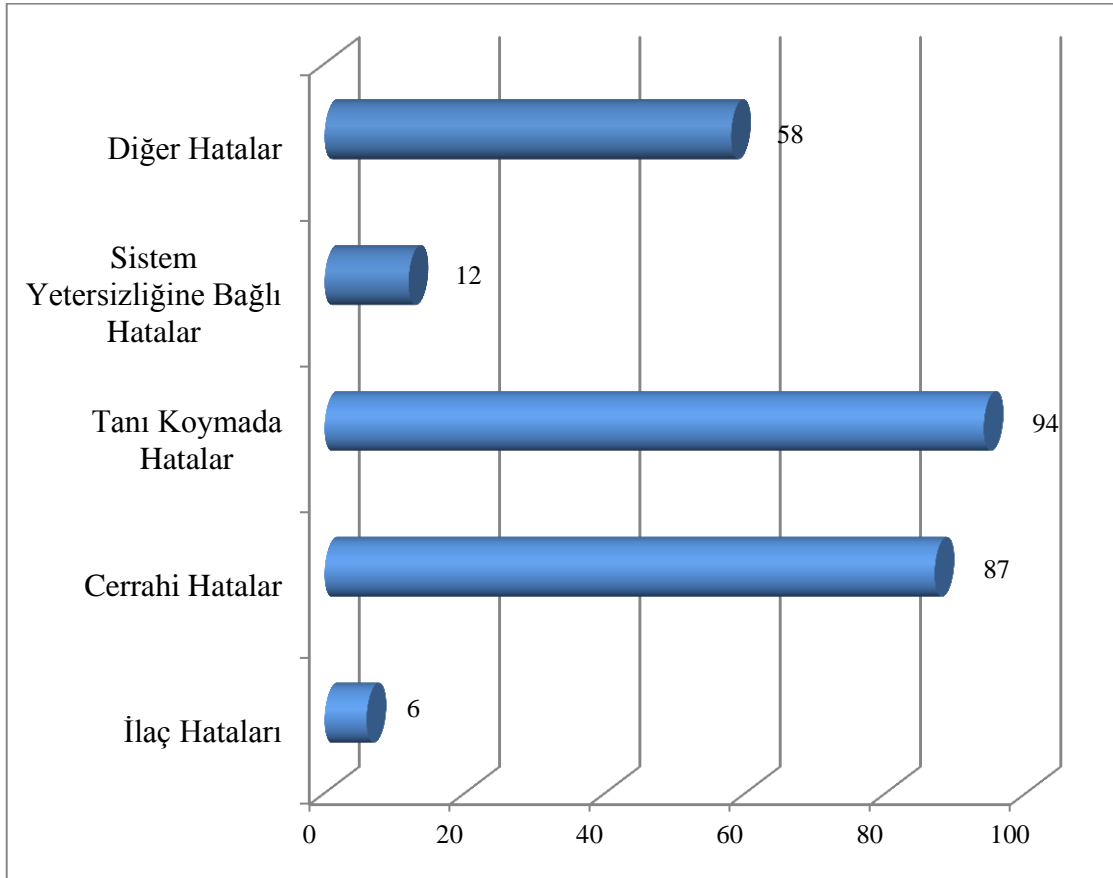
Şikayetlerin Tıbbi Hata Türlerine Göre Değerlendirilmesi

Malpraktise konu oluşturacak 257 başvurunun Tıbbi Hata Türlerine göre dağılımı Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Şikayetlerin Tıbbi Hata Türlerine Göre Dağılımı

	Frekans	%	Geçerli %
İlaç Hataları	6	2,3	2,3
Cerrahi Hatalar	87	33,9	33,9
Tanı Koymada Hatalar	94	36,6	36,6
Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar	12	4,7	4,7
Diğer Hatalar	58	22,6	22,6
Toplam	257	100,0	100,0

Tablo 4 incelendiğinde, en fazla tıbbi uygulama hata türü olarak 94 (%36.6) başvuru ile Tanı Koyma Hataları olduğu görülmektedir. İkinci büyük hata türünü 87 (%33.9). başvuru ile Cerrahi Hatalar oluşturmuştur. Üçüncü tür hata 58 (%22.6) başvuru ile Diğer Hatalardan oluşmaktadır. Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar için 12 (4.7) başvuru olmuş, İlaç Hataları için ise 6 (2.3) başvuru yapılmıştır. Şikâyetlerin tıbbi hata türlerine göre dağılımı Grafik 4’da gösterilmiştir.



Grafik 4: Şikayetlerin Tıbbi Hata Türlerine Göre Dağılımı Grafiği

Sonuç

İstanbul İl genelinde kamu hastanelerine malpraktis ile ilgili olarak yapılan 257 başvurudan en fazla şikâyet edilen bölüm olarak Acil Servis öne çıkmaktadır. Acil servis hizmetlerini 47 başvuru ile kadın doğum hastalıkları takip etmektedir. Cerrahi bölümü ile ilgili malpraktise konu oluşturacak başvuru sayısı 19, Ortopedi ve Göğüs Hastalıkları ile ilgili başvuru sayısı ise 15 olmuştur.

257 başvurudan tıbbi uygulama hatalarının nedeni olarak 176 başvuruda İhmale Bağlı Hatalar (Doğru İşlemi Yapmama) birinci sırayı alırken, ikinci nedeni 49 başvuru ile Uygulamaya Bağlı Hatalar (Doğru İşlemi Yanlış Uygulama), üçüncü nedeni 30 başvuru ile İşleme Bağlı Hatalar (Yanlış İşlemi Yapma) oluşturmuştur. 257 başvurunun 221'i davalık olmuştur.

Başvurular uygulamaya bağlı hata türü bakımından incelendiğinde; 94 başvurunun Tanı Koyma Hataları ile ilgili olduğu görülmüştür. İkinci en büyük hata türü 87 başvuru ile Cerrahi Hatalardan oluşmuştur.

Kaynakça

- 1.Çakmakçı, M., Akalın, H.E., Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Türk Tabipler Birliği Yayını, Ankara, 2011
- 2.Çetin, G., Tıbbi Malpraktis, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 48, 2006
- 3.Güven, R., Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 3.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 2007
- 4.Polat, O., Pakiş, I., Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C:2, S:3, 2011
- 5.Şen, S., Er, S., Sevil, Ü., Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, C:2, Ankara, 2009
- 6.WHPA, PatientSafety ,(08.06.2012), <http://whpa.org/factptsafety.htm>

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PERFORMANS DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Leman KUTLU*

Fergül SAYIK**

Derya KAYA***

Merve PİRECİOĞLU****

Seher ÖZEL*****

Naciye ÖZ*****

ÖZET

Hemşirelik mesleği ve hemşireler sağlık sektörünün vazgeçilmezleri arasındadır. Sağlık kurumlarında hemşireler, 24 saat boyunca aktif şekilde hizmet veren meslek grubunu oluşturmaktadırlar. Özellikle diğer sağlık personelleriyle sinerji yaratarak ortak amaçlara ulaşmada önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşirelerin başarılı ve etkin olmaları gösterecekleri performansa bağlı olarak değişebilir.

Performansın değerlendirilmesi sadece işteki verimliliği belirlemek için değil, bir bütün olarak çalışanın başarı durumunu ölçmek, kişi ve kurumların geleceğe yönelik potansiyellerini belirlemek ve potansiyeli yükseltici yönetsel faaliyetlerin planlanması açısından önemlidir.

Bu çalışma bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin performanslarını yıllara göre değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Hemşirelerin mesleki profesyonelliklerini değerlendirmek amacıyla periyodik olarak performans ölçümleri yapılarak, hemşirelik mesleğini değiştirmek isteme, sevmeme ve memnuniyetsizlik nedenlerini etkileyen faktörler saptanmalı ve bu konularda yeni düzenlemeler de yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Performans, performans değerlendirme, hemşirelik

*Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, bilgileman@gmail.com

**Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, lugref_27@hotmail.com

***Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, tanya391@gmail.com

****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, mervepir76@gmail.com

*****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, seher-ozel@hotmail.com

*****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, naciyeoz06@gmail.com

IN A UNIVERSITY HOSPITAL EVALUATION OF EMPLOYEE PERFORMANCE OF NURSES

ABSTRACT

Nursing profession and nurses are among the indispensables of the health sector. Nurses in health care facilities, 24 hours a day serving in an active way constitute professional groups. In particular, they have an important role for achieving the common goals by creating synergies with other health personel. To be effective and successful may change depending on the performance or nurses.

Performance evaluation to determine effectiveness at work not only as a whole, to measure the success of employees, individuals and organizations to determine the potential for the future and potential of the amplifier is important for managerial planning of activities.

This study of nurses working in a university hospital was performed to evaluate their performance over the years.

Periodically to evaluate the professionalism of nurses by measuring performance, change the nursing profession, dislike and dissatisfaction factors affecting why these issues should be identified and new arrangements should be made.

Key Words: *Performance, performance appraisal, nursing*

1.Giriş

Günümüzün küreselleşen ve rekabete dayalı çalışma koşulları, örgütlerin insan kaynaklarına yönelik uygulamalarını da büyük ölçüde değiştirmektedir. Sürekli gelişim ve değişim bağlamında, açık sistem özelliği gösteren günümüz örgütleri dinamik bir yapı arz etmektedir. Hem örgüt içi, hem de örgüt dışı çevre; örgütü ve içinde yer alan insan kaynağını orta ve uzun vadede bütünsel olarak evrimsel temelli bir dönüşüme zorlamaktadır. Bu bağlamda, gerek örgütün bütünü, gerekse örgüt içinde yer alan birey ya da gruplar performans düzeylerini de bir üst boyuta çıkarma eğiliminde olduklarında, bahsi geçen dinamik yapı pozitif yönde etkilenmektedir.

İnsan kaynaklarının giderek önem kazanmasıyla birlikte, insan kaynakları yönetimi işlevlerinin en önemlilerinden birini oluşturan performans değerlendirme, giderek daha karmaşık uygulamaları gerektirmeye başlamıştır. Performans değerlendirme sisteminin örgütsel ve bireysel amaçlara-beklentilere uygun şekilde oluşturulması ve etkin şekilde yürütülmesi, insan kaynakları yönetiminin yanı sıra hemşirelik hizmetleri yönetiminin de önemli bir sorumluluğu olmaktadır.

Yönetici hemşirelerin öncelikle performans değerlendirme sistemini oluşturma çalışmalarında etkin rol üstlenebilmeleri için kendilerini bu alanda geliştirmeleri, sistemi etkin

şekilde kullanabilmeleri açısından gerekli olan yetkinlikleri kazanmaya çaba göstermeleri gerekmektedir. Hemşirelerin ise çalıştıkları kurumda kullanılan performans değerlendirme sistemini bilmeleri, verilen geribildirimler doğrultusunda kişisel ve mesleki gelişimlerini arttıracak şekilde tutum ve davranış göstermeleri önerilmektedir.

2. Performans Değerlendirmesi

Performans, bireylerin veya kurumların hedeflerine hangi oranlarda ulaşabildiğinin ölçütüdür. Performans değerlendirmesi ise, kişilerin, birimlerin ya da kurumların performanslarının önceden belirlenmiş bazı standartlara göre ya da ‘benzer pozisyonda çalışanların performansları’ temelinde “ölçülmesini” içeren bir süreçtir (Sümer 2000). Örgütlerde performans (başarı) değerlendirme; çalışanların belirli bir dönemde gerçekleştirdikleri başarı durumunu, yeteneklerini ve geleceğe ilişkin gelişme göstermesi beklenen gizil gücünü, iş alışkanlıklarını, davranışlarını belirlemeyi ve diğer çalışanlarla karşılaştırarak sistematik şekilde ölçmeyi içermektedir (Bingöl 2013).

Performans yönetimi; başarı değerlendirmeyi durağan bir değerlendirme eylemi olarak değil, dinamik bir süreç olarak ele almakta ve çalışanların başarısının planlanması, değerlendirilmesi ve geliştirilmesini amaçlayan, başarı değerlendirme konusuna çok daha geniş açıdan yaklaşan örgütsel sistem olarak tanımlanmaktadır.

Performans değerlendirmeleri grup ve bireysel çalışmaları gözlemler, sonuçlar, beklenen ile mevcut durumun karşılaştırılması sonucu ortaya çıkar (Chiavenato 1994). Bu bağlamda performans değerlendirme; çalışan ile yönetici arasında ortak bir çalışmaya, bilgi alışverişine, hem hatalar hem de başarılar açısından sorumluluğunun paylaşılmasına, eğitim ve gelişime olanak sağlayan dinamik bir sistemdir (Barutçugil 2002). Performans değerlendirme, personelin etkili değerlendirilmesi ve yönetimi için esastır. Değerlendirmeler bireylerin gelişimine yardım eder, kurumsal performansı geliştirir. Formal performans değerlendirmeleri genellikle yıllık olarak yapılır.

2.1. Performans Değerlendirmenin Amaçları

Örgütlerde büyüme, kararlılık ve etkileşim gibi ana amaçları olan başarı değerlendirmenin birçok farklı amacı gerçekleştirmeye yönelik işlevleri bulunmaktadır. Bu amaçlar (Rowland 1997):

- ✓ Örgütsel hedefleri bireysel hedefler haline getirerek, örgüt kültürü ve değerlerinin benimsenmesini sağlamalı,
- ✓ Çalışanın işteki yeterliliğini ve katkısını belirlemeli, bu bağlamda çalışanın beceri ve yeteneklerine uygun görev verilmesiyle iş ile işgören uyumunu sağlamalı,
- ✓ Yüksek başarı gösterenlerin ödüllendirmelerden yararlanmasına olanak sağlamalı,
- ✓ Çalışanların eğitim ve gelişme gereksinimini belirlemeye ve yapılan eğitimin sonuçlarının değerlendirilmesine ortam oluşturulmalı,
- ✓ Başarının değerlendirilmesinde belirlenen ölçütler, çalışanların adil ve tarafsız biçimde değerlendirilmesini sağlamalı,
- ✓ Çalışanların güçlü ve zayıf yönlerini belirleyerek, kadrolama ve iş tasarımı sürecindeki yetersizlik ve eksikliklerin giderilmesine olanak sağlamalı,
- ✓ Yönetici ve ast arasında iyi bir iletişim ve işbirliği ortamının kurulmasına yardımcı olmalı,

- ✓ Kariyer planlama ve geliştirme çalışmalarına destek olmalı,
- ✓ İnsan kaynakları bölümü ve bütün olarak örgütün başarısı hakkında geribildirim sağlamalı, şeklinde sıralanmaktadır.

2.2. Performans Değerlendirmenin Yararları

Performans değerlendirmenin yararları genel olarak; örgüt, yönetici ve çalışanlar olmak üzere üç başlık altında incelenebilir (Rowland 1997).

Örgüte Yönelik Yararları:

- ✓ Örgütün etkinlik ve karlılığını artırır,
- ✓ Örgütün hizmet ve üretim kalitesini geliştirir.
- ✓ İnsan kaynağının daha etkin, verimli ve yararlı kullanımını sağlar.
- ✓ Kısa dönemli insan kaynakları gereksiniminin giderilmesinde esneklik sağlar.
- ✓ İşten ayrılacakların kararının verilmesine dayanak oluşturur.
- ✓ Örgütteki eğitim programlarının düzenlenmesine katkı sağlar.
- ✓ Çalışanların yakından tanınmasına ve kariyer geliştirme sistemine katkıda bulunur.
- ✓ Çalışanlara yönelik ücret ve diğer ödeme sistemi için veri sağlar.

Yöneticiye Yönelik Yararları:

- ✓ Planlama ve kontrol işlevlerinde daha etkin olmalarını sağlar.
- ✓ Astlarıyla iletişim ve ilişkilerinin daha olumlu hale gelmesine katkı sağlar.
- ✓ Çalışanlarının güçlü ve gelişmesi gereken yönlerinin daha kolay belirlenmesini sağlar.
- ✓ Amaçlara ne kadar ulaşıldığının kontrol edilmesini kolaylaştırır.
- ✓ Yöneticinin astlarını tanımasına olanak sağladığından daha kolay yetki devri sağlar.
- ✓ Yöneticinin yönetsel becerilerini geliştirmesine ortam yaratır.

Çalışanlar İçin Yararları:

- ✓ Çalışanların üstlerinin kendilerinden ne beklediğini ve başarılarının nasıl değerlendirildiğini öğrenmesine ortam yaratır.
- ✓ Çalışanların kendi başarılarını yönetme sorumluluğu almasını sağlar.
- ✓ Çalışanın eksikliklerini görerek iyileştirme yapmasına olanak sağlar.
- ✓ Örgütte üstlendiği rol ve sorumlulukları daha iyi anlamalarını sağlar.
- ✓ Çalışan ve üst arasında iyi iletişim ve ilişkilerin kurulmasını sağlar.
- ✓ Değerlendirme sonucunda çalışanların iş başarılarını görerek doyuma ulaşmasını ve güdülenmesini sağlar.

2.3. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Çalışanların performans düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş birçok yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerden bazıları performans değerlendirme sisteminin ilk

örneklerinden olup günümüze kadar uygulamaları devam eden klasik örneklerdir. Bazıları ise klasik değerlendirme yöntemlerini uygularken karşılaşılan sorunları çözmek ya da daha objektif değerlendirmeler yapabilmek için geliştirilmiş yeni modern tekniklerdir (Mohrman 1989).

2.3.1. Geleneksel Yöntemler

Puanlama yöntemi: Her kritere önem sırasına göre puan atanmasına dayalı bir yöntemdir. Her departman kendine ait kriterlerle değerlendirilmelidir.

Derecelendirme yöntemi: İşgöreni değerlendirmek için oluşturulan kriterlere en uygun seçeneğin işaretlenmesine dayalı bir uygulamadır.

Kontrol listesi yöntemi: Değerlendiricinin formda belirtilmiş faaliyetlerden işgörenin sahip olduğu ve gözlediği kriterleri seçmesine dayalı bir yöntemdir. Yöntemin en önemli dezavantajı, halo etkisinin görülmesi olasılığının yüksek olmasıdır.

Puan tahsis yöntemi: İşgörenlerden en başarılısından en başarısızına kadar yukardan aşağı sıralanması ve puan atanmasıdır.

Deneme (yazılı) değerlendirme yöntemi: Yönetici, çalışanın davranışlarındaki güçlü ve zayıf yönlerini yazılı bir ifade ile hazırlar.

Sıralama yöntemi: Yönetici, çalışanlarını başarılarına göre sıralar.

Karşılaştırma yöntemi: Değerlendirmeler, çalışanların birbirleri ile karşılaştırılmaları sonucunda elde edilir.

2.3.2. Modern Yöntemler

İnsan kaynakları hesabı yöntemi: Bu yöntemde, performans değerlendirmesi fiyat ve çalışana katkısı açısından değerlendirilir. Bunun içinde tazminat, yükselme, eğitim ve uygulama fiyatları dahildir.

Amaçlara göre yönetim: Bu yöntem hedeflerin nasıl başarılı olduğundan daha çok neyin başarılması gerektiğine odaklanır. Hedeflerin netliği (spesifik, ulaşılabilir, başarılabılır, gerçekçi, zamandan tasarruf) yöntemin avantajıdır. Hedefler ve standartlar, gelecek performans için, periyodik görüşme ve geribildirimlerle hazırlanır

360 derece değerlendirme: Günümüzün en yeni yaklaşımlarından biri olan 360 derece geribildirim yaklaşımı, özellikle takım çalışmasına önem veren toplam kalite yönetimini uygulayan ve çalışanların katılımını önemseyen örgütlerde sık kullanılmaktadır. Bu yaklaşımla çalışanın başarısının değerlendirilmesine; onun astları, arkadaşları, üst yöneticileri, en yakın yöneticileri, kendisi hatta müşterileri, takım içinde yer alıyorsa takım üyeleri katılmaktadır (Tziner 2002). Bu yöntemde değerlendirici sayısı 3-4 kişi olabildiği gibi 25 gibi büyük sayılar da olabilmektedir. Genellikle 5-10 kişi arasında değerlendirici olması gerektiği belirtilmektedir (Robbins 2013). Yöntem, çalışanların başarı değerlendirme sonuçları hakkında gerçek ve doğru geribildirim almasına olanak sağlamaktadır. Genellikle veriler anket yardımıyla toplanmaktadır.

Davranışsal beklenti skalası: Smith ve Kendall tarafından 1963 yılında geliştirilen bu yöntem aynı zamanda Davranışsal Temellere Dayalı Değerlendirme Skalası olarak da adlandırılır. Kişileri sahip oldukları kişilik özelliklerine göre değil, belirlenmiş iş gerekliliklerini yerine getirecek davranışları ne oranda sergileyebildiklerine göre değerlendirmektedir (Mohrman 1989).

2.4. Performans Değerlendirme Sürecinde Yapılan Yanlışlıklar

İnsana ilişkin değerlendirmelerin ne kadar nesnel davranılırsa davranılsın, çoğu kez öznel yanlılıkları da beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bu yanlılıklardan başlıcaları:

- Halo etkisi,
- Yakın geçmişten etkilenme,
- Belirli derecelere veya puanlara yönelme,
- Kişisel önyargılar,
- Ölçütlerin nesnel olmaması,
- Tek yönlü ölçüm hatası,
- Pozisyondan etkilenme.

3. Yöntem

3.1. Araştırmanın Amacı

Performans yönetimi, kurum hedefleri ile çalışanın bireysel hedefleri arasında eşgüdüm sağlayarak her iki tarafında hedeflerine ulaşmasını koordine eden önemli bir süreçtir. Bu çalışma bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin performanslarını yıllara göre değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma tanımlayıcı tipte, retrospektif olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

Çalışan hemşirelerin 2008-2012 yıllarına göre dağılımı N:884(2008), N:900(2009), N:104(2010), N:1070(2011) ve N:954(2012) olup örneklemine; ast düzeyindeki N:623(2008), N:574(2009), N:632(2010), N:742(2011), N:727(2012) hemşireler oluşturmuştur. Değerlendirmeyi yapan yönetici hemşirelerin sayısı yıllara göre; N:87(2008), N:126(2009), N:95 (2010), N:147(2011), N:134(2012) dağılmaktadır.

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri “Hemşire Performans Değerlendirme Anketi” aracılığıyla toplanmıştır. Anket Formu, temel değerlendirme kriterleri ve yönetsel değerlendirme kriterleri olmak üzere 2 ana bölümden oluşmaktadır. Temel değerlendirme kriterleri; “genel görünüm, iletişim, profesyonel davranış, kuruma/işe bağlılık, uygulama, eki anlayışı, hasta ve yakınını eğitim ve bilgilendirme, enfeksiyon kontrolü, kalite bilinci” olmak üzere 9 bölümden oluşmaktadır. Yönetsel değerlendirme kriterleri; “vizyonerlik, koçluk yapma, problem çözme” olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Anket Formu'nda toplam 100 kriter yer almaktadır. Araştırma kapsamında 2008-2012 yılları içerisinde yapılan tüm Hemşire Performans Değerlendirme Uygulaması'nın sonuçlarının yıllık olarak raporlaması yapılmaktadır.

Ast düzeyindeki hemşireler kendi performanslarını değerlendirdikten sonra yöneticiler değerlendirme yapmıştır. Bu değerlendirmeler üzerinden karşılıklı görüşme yapılmıştır. Çalışma bu verilerin ortalaması alınarak yüzde dağılımlarıyla değerlendirilmiştir.

4. Bulgular

Yıllara göre hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde çoğunun:

Eğitimi; 2008’de %45.8 önlisans, 2009’da %34.6 lisans, 2010’da %41.0 önlisans, 2011 %61.2 lisans, 2012’de %65.3 lisans mezunu,

Birimde çalışma süresi; 2008’de %38’i, 2009’da %38’i, 2010’da %47.3’ü, 2011’de %49.5’i, 2012’de %53.7’si 1-5 yıl arasında görev yaptığı,

Kurumda çalışma süresi; 2008’de %30.3’ü, 2009’da %28.6’sı, 2010’da %38.7’si, 2011’de %46.6’sı, 2012’de %45’i 1-5 yıl arasında görev yaptığı,

Meslekte çalışma süresi; 2008’de %24,5’i, 2009’da %24.5’i 21 yıl ve üzerinde; 2010’da %30.3’ü, 2011’de %36.2’si, 2012’de %36.6’sı 1-5 yıl arasında görev yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Çalışan Hemşirelerin Kendisinin Ve Yöneticisinin Temel Değerlendirme Kriterlerine Göre Performans Değerlendirme Dağılımları (%)

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı	Çok Başarılı
<i>Temel Değerlendirme Kriterleri</i>	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %
Genel Görünüm	77.5	84.7	74.2	86.5	73.2	86.2	75.6	85.4	77.5	88.7
İletişim	45.9	55.7	49.8	55.7	50.0	59.9	52.1	61.3	56.6	66.7
Profesyonel Davranış	59.2	60.1	59.2	60.1	54.7	60.1	59.5	62.9	63.8	72.6
Kuruma Bağlılık	43.8	43.1	52.7	55.9	50.7	59.6	53.5	52.8	56.3	63.5
Uygulama	57.9	54.0	67.4	64.4	62.6	69.1	63.4	63.6	66.1	74.9
Ekip Anlayışı	55.8	54.4	61.4	65.5	69.9	66.9	62.5	66.7	66.2	72.0
Hasta/Yakını Eğitimi	54.4	56.1	59.5	55.7	55.3	63.7	59.4	45.4	65.0	69.8
Enfeksiyon Kontrolü	61.7	61.4	66.2	69.8	66.1	71.8	66.8	71.6	72.4	78.8
Kalite Bilinci	40.2	44.3	41.8	37.1	44.4	44.6	45.8	44.3	51.3	52.4

Tablo 1’de çalışan hemşirelerin temel değerlendirme kriterlerine göre performans dağılımları incelenmiştir.

Tablo 2. Çalışan Hemşirelerin Kendisinin Ve Yöneticisinin Yönetimsel Değerlendirme Kriterlerine Göre Performans Değerlendirme Dağılımları (%)

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Çok Başarılı		Çok Başarılı		Çok Başarılı		Çok Başarılı		Çok Başarılı	
<i>Temel Değerlendirme Kriterleri</i>	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %
Vizyonerlik	40.4	41.8	47.3	46.5	46.0	53.3	47.4	50.8	54.1	57.9
Koçluk Yapma	48.3	43.1	56.9	56.4	55.5	62.6	57.5	58.8	61.4	66.1
Problem Çözme	47.1	46.8	57.4	55.5	54.7	60.1	56.1	58.3	60.9	64.7

Tablo 2’de çalışan hemşirelerin yönetimsel değerlendirme kriterlerine göre performans dağılımları incelenmiştir.

Tablo 3. Çalışan Hemşirelerin Kendisinin Ve Yöneticisinin Genel Performans Değerlendirme Dağılımları (%)

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Çok Başarılı		Çok Başarılı		Çok Başarılı		Çok Başarılı		Çok Başarılı	
Genel Değerlendirme	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %	Kendisi %	Yöneticisi %
	49.4	48.4	56.7	57.8	56.6	64.7	56.8	62.2	60.9	69.7

Tablo 3’de çalışan hemşirelerin performans değerlendirme anketi sonuçlarına göre genel performans değerlendirmesi yer almaktadır. 2008 yılında %49.4’ü kendisini çok başarılı değerlendirirken 2012 yılında %60.9’u kendisini çok başarılı olarak değerlendirmiştir. Yönetici değerlendirmelerinde ise 2008 yılında çalışan hemşirelerin %48.4’ünü çok başarılı, 2012 yılında çalışan hemşirelerin ise %69.7’sini çok başarılı olarak değerlendirmiştir.

5.Sonuç

Günümüz örgütlerinin hayatiyetlerini geliştirerek sürdürebilmeleri için performans konusuna bütünsel bir çerçevede önem vermeleri gerekmektedir. Bu bağlamda örgütte yer alan yöneticilere, gruplara, bireylere önemli görevler düşmektedir.

Örgütte çalışanların motivasyonunu olumsuz yönde etkilemeden, çalışanlardan daha etkili faydalanmanın yollarından biri etkili bir performans yönetim sisteminin kurulması ile sağlanabilir. Kuruluşlar misyon ve vizyonları başta olmak üzere tüm değerlerini, tüm çalışanlarla paylaşarak, örgütlerde yaşatarak geliştirdiklerinde kendiliğinden performans artışının da görüleceği açıktır.

Araştırmamızın sonucunda; hemşirelerin performanslarının kendisinin ve yöneticilerinin değerlendirmesinde çok başarılı düzeyde olduğu, değerlendirmedeki düşüşlerin ücretlendirmenin yetersizliği, çalışan sayısında azalma ve çalışma koşullarındaki zorlukların artması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1.Barutçugil İ (2002). Performans Yönetimi, İstanbul:Kariyer Yayıncılık
- 2.Bingöl D (2013). İnsan Kaynakları Yönetimi, 8.Baskı, İstanbul:Beta Yayıncılık.
- 3.Chiavenato I (1994). Gerenciando Pessoas: O Passo Decisivo Para A Administraçao Participativa, Sao Paulo:Makron Books
- 4.Mohrman A M, Resnick-West S M, Lawler E E (1989). Designing Performance Appraisal Systems, San Francisco:Jossey-Bass Publishers.
- 5.Robbins S P, Judge T A (2013). Organizational Behavior, İnci Erdem(Çeviren), Örgütsel Davranış, 14. Baskı, Ankara:Nobel Yayıncılık, s.564-572.
- 6.Rowland H S, Rowland B L (1997). Nursing Administration Handbook, 4.Edition, Maryland:Aspen Publication, s.579-595.
- 7.Sümer C H (2000). Performans Değerlendirmesine Tarihsel Bir Bakış ve Kültürel Bir Yaklaşım, Akademisyenler ve Profesyoneller Bakış Açısıyla Türkiye’de Yönetim, Liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s.57-90.
- 8.Tziner A (2002). Human Resource Management and Organization Behavior, Burlington, USA:Ashgate Publishing Company, s.224-319.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DEVİR HIZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Leman KUTLU*

Fergül SAYIK**

Seher ÖZEL ***

Merve PİRECİOĞLU****

Hülya DİZER *****

Naciye ÖZ*****

ÖZET

Hemşirelik, tarihsel olarak iş devir hızı yüksek bir meslek grubudur. Hemşire devir hızı hemşirelik hizmetlerinin bakım kalitesini ölçme ve iyileştirilmesi amacıyla, takip edilen kalite göstergelerindedir. Hemşire yetersizliği, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Hemşire devir hızı sorunu, hemşirelik hizmetleri ve hasta bakım kalitesini önemli ölçüde etkilediği için yönetici hemşirelerin öncelikli gündemi olmaya devam etmektedir.

İş devir hızının yüksek olması hasta bakımının niteliğini, niceliğini ve maliyetini etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerde iş devir hızı ve ayrılma nedenleri, sağlık ve hemşire yöneticilerinin üzerinde önemle durmaları ve etkili stratejiler geliştirmeleri gereken bir konudur.

Bu çalışmanın amacı son 8 yıl içerisindeki hemşire devir hızı profilini incelemek ve ayrılma nedenlerinin genel bir sınıflamasını yapmaktır.

Sonuçlara göre; devir hızını performans ücretlendirmesinin düşük olması, çalışma saatlerinin istenildiği şekilde ayarlanmaması, hemşire ihtiyacı, başka bir kurumda 657-4a kadrosuna geçme, özel sektör teklifleri ve iş yükü fazlalığının etkilediği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: *Hemşirelik, devir hızı, üniversite hastanesi, devir hızı nedenleri*

*Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, bilgileman@gmail.com

**Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, lugref_27@hotmail.com

***Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, seher-ozel@hotmail.com

****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, mervepir76@gmail.com

*****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, hdizer@mynet.com

*****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, naciyeoz06@gmail.com

IN A UNIVERSITY HOSPITAL EVALUATION OF EMPLOYEE TURNOVER OF NURSES

ABSTRACT

Nursing has always been a profession that has had a high turnover rate. Nurse turnover rate of nursing services in order to improve the quality of care measurement and tracking is one of the quality indicators. Nursing shortages are not only a serious problem in Turkey, but also around the world. Nurse turnover problems, nursing services and that significantly affect the quality of care for patients of nurse managers continues to be the main focus.

Therefore, under this circumstances the quality, the quantity and the cost of patient care has been influenced. For this reason, turnover rates and the reasons of this condition is the point that the managers must seriously focus on and produce effective strategies to solve this important health care problem.

The purpose of this study is to analyze the turnover profile of nurses at university hospitals over the last eight years and to determine the reasons temporary staff nurses quit their positions at this hospital.

According to the results; turnover rate performance rates are low, working hours are not set as required, the nurse needs another institution staff pass 657-4a, the private sector offers and is thought to affect the workload of excess.

Key Words: *Nursing, turnover, university hospital, reasons for turnover*

1.Giriş

Temel amacı insan sağlığına hizmet etmek olan sağlık işletmelerinde, amaca ulaşmak için kullanılan en önemli araç; yetiştirilmiş, tecrübeli, yaptığı işin diğer insanların sağlığı ve hayatı ile doğrudan ilişkili olduğunun farkında olan işgücüdür. Sağlık hizmeti olarak en kapsamlı faaliyetlerin gerçekleştirildiği hastaneler, emek yoğun işletmelerdir. Bu nedenle, teknoloji ne kadar ilerlemiş olursa olsun, işgücü, hastanelerin en önemli girdi kaynaklarından birisidir.

Hemşirelik, dünyada tarihsel olarak devir hızı yüksek bir meslek grubudur (Cavanagh 1992). Yüksek devir hızını önleme girişimlerine karşın problem devam etmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çalışmalarıyla birlikte sözleşmeli hemşire istihdamı ve işten ayrılma sorunlarının giderek büyüdüğü görülmektedir. Sözleşmeli hemşire istihdamı artan üniversite hastaneleri ile özel hastaneler hemşireleri elde tutmakta zorlanmakta; devir hızını azaltamamaktadır. Hastaneler hem yüksek devir hızı hem de sınırlı başvuru sorunuyla karşı karşıyadır.

Yüksek devir hızı deneyimli eleman kaybı nedeniyle hasta bakım kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Ayrıca kurumda kalanların ve işe yeni başlayanların sorunu artar, moral düşer ve kalanların işten ayrılma nedeni olur (Cavanagh 1992). İşten ayrılmaları

nedeniyle iş yükü artan diğer hemşirelerin de işten ayrılma eğilimlerinin artması bir kısır döngüye yol açmaktadır.

2.İşgücü Devri

İş gücü devri, belli bir dönemde işletmeye giren ve çıkan iş gücü hareketleri olarak ifade edilmektedir. Başka bir tanıma göre, bir işletmede çalışan kişilerin istihdam edildikten sonra herhangi bir nedenle ayrılmaları veya işletmeden uzaklaştırılmaları olarak tanımlanmaktadır.

2.1.İşgücü Devir Hızının Hesaplanması

İşgücü devir hızı hesaplanırken zaman biriminin (ay, yıl) ne olduğu üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Genellikle bu birim ay olarak alınmakta, küçük işletmelerde ya da personel devrinin çok düşük olduğu işletmelerde daha uzun süreler için işgücü devir hızı hesaplanmaktadır.

Genellikle insan kaynakları yöneticileri tarafından kullanılan işgücü devir hızı şu formülle hesaplanmaktadır.

$$\text{İşgücü Devir Hızı} = \left\{ \frac{\text{Ayrılan personel sayısı}}{\text{Ortalama personel sayısı}} \right\} \times 100$$

$$\left\{ \text{Ortalama Personel Sayısı} = \frac{(\text{Dönembaşı personel sayısı} + \text{Dönemsonu personel sayısı})}{2} \right\}$$

2.2.İşgücü Devrinin Sonuçları

Personel devri, işyerinde ve özellikle belirli bir tecrübe ve ustalık gerektiren işlerde arzu edilmeyen bazı durumlar meydana getirir (Eren 2001). Bu arzu edilmeyen durumlar şunlardır:

- Örgütte başarılı hizmet veren bir personelin yerine yeni birisinin atanması ve yerleştirilmesinin zaman ve harcama gerektirmesi,
- İşten ayrılan her tecrübeli personelin kurtuluş için yetişme ve kalifiye hale gelmesinin masrafları ile acemilik devresinde yapmış olduğu hataların maliyeti,
- İşe alınacak tecrübesiz bir kimsenin işe intibakı esnasında yapacağı hatalara ek olarak tecrübesizliğin vermiş olduğu verim düşüklüğünün verdiği zararların olması,
- Personel devrinin, personel servisleri için yaratmış olduğu ek yardımcı hizmetlerin de bir maliyeti vardır.
- Personel devri işletmeler için genellikle olumsuz sonuçlar doğuran bir olay olarak kabul edilmektedir. Ancak, personel devri hem işletme hem de çalışan açısından olumsuz sonuçlarının yanında olumlu sonuçlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İşletmede var olan kadronun yenilenmesi olanak sağlaması ve işletme içindeki personele terfi etme imkanı sağlaması gibi olumlu sonuçları da olabilmektedir (Erdoğan 2002).

2.3.İşgücü Devrini Azaltma Yöntemleri

Personel devir hızını azaltıcı önlemler olarak personel yönetiminin yapılması gereken faaliyetler aşağıda özetlenmiştir (Tekin 2004):

- ✓ Dikkatli bir personel seçimi ve işgörenin niteliklerine uygun yere yerleştirilmesi.

- ✓ Yönetimin, işten ayrılma nedenlerini belirlemeye yönelik bir plan geliştirmesi ve uygulamaya koyması.
- ✓ İşletmenin, personelin kendini bütünüyle işine vererek ve istekli şekilde çalışması için motivasyon kaynaklarını kullanması.
- ✓ Kötü işyeri koşullarının iyileştirilmesinin sağlanması.
- ✓ Özellikle işgöreni ilgilendiren kararların alınmasında katılımın sağlanması.
- ✓ Ücret politikalarının uygun ve adaletli bir şekilde belirlenmesi.
- ✓ Sosyal hizmetlerin artırılması ve var olanların iyileştirilmesi.
- ✓ Kurum içerisinde iyi ve hızlı bir haberleşme sisteminin kurulmasıdır.

3.İşgücü Devrinin Sağlık Kuruluşları İçin Önemi

Personel devri, çoğu sağlık kurumu için önemli bir problemdir ve gerek personel gerekse örgüt için masraflı olabilir, çünkü hasta bakımının kalitesi ve sürekliliğini tehlikeye atabilir. İş doyumsuzluğu, hastane örgütüne ilişkin iş ortamındaki baskılar, personelin mesleki uygulamalarının tanımlanması ve kontrolündeki yetersizlikler, mesleki ilerleme için fırsat yokluğu, kararlara katılmama, yönetsel destek yoksunluğu ve yetersiz ücretler personel devrine katkıda bulunan temel faktörler olarak görülmektedir.

Sağlık kurumlarında hastaların gereksinim duyduğu hizmetin yoğunluğu, tıp teknolojisi ve tedavi yöntemlerindeki bilimsel ilerlemeler sonucunda, personelin çalışma ortamının daha gerilimli hale geldiği ileri sürülebilir. Çalışma ortamındaki baskıların karşılığını alamaması, sağlık personelinin diğer kurumlara ya da mesleğinin başka alanlarına kaydırabilmektedir. Bu da personel açığına neden olabilecek bir etken olmaktadır (Stevens 1984).

3.1.İşgücü Devri ve Hemşirelik

Hemşirelik tarihsel olarak işdevir hızı yüksek bir meslek grubu olarak tanınmaktadır. Hemşirelikte işgücü devir hızının düşük ya da yüksek olması hasta bakım kalitesini direkt etkilediği için yönetimin üzerinde durması gereken bir konudur (Cavanagh 1992). İşgücü devir hızının ölçülmesi ne miktarda personele gereksinim olacağını göstereceği gibi, personelin işletmeden ne derece memnun olduğunun da göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Sağlık işletmelerinde, hemşirelerin işten ayrılma oranlarının yüksek olmasının, hasta bakımı niteliğini, sürekliliğini ve maliyetini etkileyerek genel olarak kurumun verimliliğini ve etkinliğini azalttığı belirtilmektedir. Hemşire sayısının azlığı, bir yandan yeni eleman teminine yönelik çabaları, diğer yandan halen hastanelerde çalışanların bu kurumlarda tutulmalarına yönelik çabaları gerektirmektedir (Abaan 2004).

Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin (The International Council of Nurses=ICN) yayınladığı 2008 hemşire işgücü raporunda gelişmiş ülkelerin işgücü devir hızları şöyledir: Kanada %9.49, İzlanda %11.6, Japonya %12.4, Yeni Zelanda %5-%20, Norveç %10, İsveç %6.6 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneler için ulusal ortalama %16.79'dur (ICN 2008). Hemşire devir hızının %4-12 arasında olması düşük, %12-22 arasında olması orta, %22-44 arasında olması yüksek devir hızı olarak kabul edilmektedir (VHA 2002). Türkiye'de üç üniversite hastanesinde hemşire devir hızının incelendiği bir araştırmada; 2003-2007

tarikhleri arasında kadrolu hemşirelerin işdevir hızının %2.0-%5.3 arasında, sözleşmeli hemşirelerin işdevir hızının %2.2-%17.5 arasında değiştiği gösterilmiştir (Kocaman 2008).

İşten ayrılmalar, devamsızlık ve performans düşmeleri sağlık işletmeleri açısından büyük ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Hemşire devri ile ilgili oluşan mali sonuçlar şunlardır (Jones 2007):

1. İşgücünde kısa süreli verimlilik kaybı ve dengesizlik oluşmaktadır.

2. Geçici hemşire alınması, yatakların kapatılması, hasta tedavilerinin ertelenmesi, boş kadrolarla ilgili eksikliği gidermek için hemşirelerin fazla çalışması nedeniyle rutin maliyetleri aşan mali kayıplara yol açmaktadır.

3. Yeni işe alınan hemşirelerin oryantasyon ve eğitimleri için yapılan harcamalar ve yeni hemşirelerin tam verimle çalışmamaları ile ilgili kayıplar söz konusudur.

4. Hasta-hemşire oranının yetersizliği nedeni ile güvenli ve kaliteli bakım verilmesi güçleşmekte ve hemşirelerin işyüklerinde aşırı bir artış olmaktadır.

5. Hemşire devri, bakımın iyileştirilmesine ve hemşirelerin eğitimine harcanacak kaynakları tüketmektedir.

3.2. İşgücü Devrinin Nedenleri

Hizmet sektöründe işgücü devri ile ilgili olarak yapılan çalışmalar, işten ayrılma veya çıkarılmaya kişisel faktörler ile işletme içi ve işletme dışı faktörlerin etki ettiğini göstermektedir (Tütüncü 2000).

Hemşirelerin kendi isteği ile ayrılması ya da işveren tarafından işten çıkarılmasının dışında, işgücü devrine etki eden bazı etkenler söz konusudur. Bu etkenleri; emeklilik, hamilelik, genel sağlık problemleri, evlilik, sözleşmenin sona ermesi, başka yere taşınma şeklinde sıralamak mümkündür (Yılmaz 1991).

Hemşirelerin işten ayrılma nedenlerini; iş doyumu, örgütsel faktörler, bireysel ve ekonomik faktörler olarak gruplandırabilir.

3.2.1. İş Doyumu

İş doyumu, çalışanların işlerinden duydukları hoşnutluk veya hoşnutsuzluk olarak tanımlanmakta; işe karşı pozitif tutum iş doyumuna eşdeğer olmakta, işe karşı negatif tutum ise iş doyumsuzluğu olarak adlandırılmaktadır (Tütüncü 2000). İş doyumuna ulaşmamış kişilerin işini terk etmesi daha sık görülmektedir. Hemşire sayısı ve personalizasyondaki yetersizlikler hemşirelerde; tükenmişliği, özgüven eksikliğini, yeni bir meslek arayışını, işten ayrılmaları ve mesleki gerekleri yerine getiremediği için mesleki doyumsuzluğu da beraberinde getirmektedir (Görgülü 1998).

3.2.2. Örgütsel Faktörler

Yapılan çalışmalar; iş yükü, yönetim stili, ilerleme fırsatları ve çalışma saatlerinin hemşire devir hızına katkıda bulunduğunu göstermektedir.

İş Yükü, Stres: Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stres kaynaklarını; denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile ilgili sorunlar olarak tanımlamaktadır (Pektekin 1998).

Yönetim Stili: İş memnuniyetinde hemşire liderlik stiline önemi yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır.

İlerleme Fırsatları: Yönetimsel uygulamalar çerçevesinde, işletmelerde çalışanların güdülenmesi için kullanılan bir araç olması nedeni ile işgücü devrini etkileyen faktörlerden birisi de terfi (ilerleme) konusudur.

Çalışma Çizelgeleri: Sağlık sektöründe çalışanların en çok şikayet ettikleri konulardan birisi de çalışma zamanının karmaşıklığı ve günlük çalışma sürelerinin fazla olmasıdır. İşten ayrılmaların artmasına bağlı olarak artan eleman eksikliği yüzünden hemşireler daha çok çalışmak zorunda kalmaktadırlar.

3.2.3. Bireysel Faktörler

Sağlık işletmelerinde istihdam edilen insan kaynaklarının nicelik olarak sayı fazlalığından daha önemlisi nitelik bakımından sahip olduğu değerlerdir. Bireysel özelliklerin işten ayrılma konusunda hazırlayıcı faktör olabileceği bilinmektedir.

Yaş: Yapılan araştırmalar işten ayrılma düşüncesinin zıt yönlü olduğunu yaş ilerledikçe kişilerin işten ayrılma eğilimlerinin azaldığını göstermiştir. Genç işgücünün, kendilerini gerçekleştirme arzularının yüksek oluşu, yer ve bölge değiştirme konusunda daha cesur oluşları, yeni arayışlar içerisinde olmaları duygusu ile birleşince, mevcut işlerini kolayca terk edebilmektedirler (Koçer 2001).

Cinsiyet: Yapılan araştırmaların tamamında, fikir birliği ile sağlanan konuların başında kadınlarda işgücü devir oranlarının yüksek olması gelmektedir.

Medeni Durum: Çalışanların evlenmeleri halinde şehir değişikliği yapmak zorunda kalmaları işgücü devir oranını arttıran bir faktördür.

Eğitim Seviyesi: Eğitimli işgücü, diğerlerine oranla daha yüksek ücret veya cazip şartlarda iş bulma şansına sahiptir.

Kıdem Faktörü: İşgücünün aynı işletmede uzun süre çalışmış olması, işletmeye bağlılık duygusunu sağlayacak önemli bir unsurdur.

3.2.4. Ekonomik Faktörler

Hemşirelerin işten ayrılmalarına neden olan etkenlerin başında işyerinden aldıkları ücret ve yan gelirlerdeki yetersizlik gelmektedir. Ücret, işgören motivasyonunun sağlanmasında en önemli unsurlardan biridir. Ücret ve maaş, işletmede üretimi ve üretimin verimliliğini arttıran önemli bir etken olduğu gibi, personeli işletmeye en fazla bağlayan bir ekonomik teşvik aracıdır. Bu nedenlerle işletmeler adil, doğru ve tatmin edici bir ücret politikası izlemelidirler.

Maaş ödemelerinin yanı sıra bireylere finansal bazı faydalarda sağlanmalıdır. Bunlar bireyleri direk olarak motive edemeyebilir ancak diğer bazı yollarla motive edilmeye hazır olmalarını sağlar. Örneğin bir sağlık işletmesinde personelinin, sağlık hizmetlerini kendi kurumundan ücretsiz veya düşük bir ücret karşılığı alması, mali yardımlar, ücretli izinler, hastalık yardımları, sağlık sigortası sistemleri ve emeklilik sistemleri gibi.

4.Yöntem

4.1.Araştırmanın Amacı

Hemşire devir hızı hemşirelik hizmetlerinin bakım kalitesini ölçme ve iyileştirilmesi amacıyla, takip edilen kalite göstergelerindedir. Hemşire yetersizliği, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Yaşanan hemşire devir hızı sorunu, hemşirelik hizmetleri ve hasta bakım kalitesini önemli ölçüde etkilediğinden yönetici hemşirelerin öncelikli gündemi olmaya devam etmektedir.

Bu düşünce doğrultusunda yapılan bu çalışma, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hemşire devir hızlarını ve ayrılma nedenlerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

4.2.Evren ve Örneklem

Çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2006-2013 yılları arasında çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

4.3.Veri Toplama Aracı

Yapılan bu çalışmanın verileri, kayıtlardan geriye dönük olarak elde edilmiştir. Yıllara göre (2006-2013) toplam hemşire, ayrılan hemşire sayıları, ayrılan hemşirelerin çalıştığı birimlere göre dağılımı ve ayrılma nedenleri yer almaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeleme ve personel devir hızı formülü kullanılmıştır. Ayrılanların yüzdesi Ocak verileri üzerinden hesaplanmıştır.

5.Bulgular

Yıllara göre çalışan hemşirelerin dağılımı incelendiğinde; 2006'da Ocak-Aralık:800-827, 2007'de Ocak-Aralık:838-880, 2008'de Ocak-Aralık:884-820, 2009'da Ocak-Aralık:828-1002, 2010'da Ocak-Aralık:999-1124, 2011'de Ocak-Aralık:1110-1022, 2012'de Ocak-Aralık:943-925 ve 2013'te Ocak-Kasım:920-900 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1: Yıllara Göre Ayrılan Hemşirelerin Dağılımları

Yıllar	Ayrılan Hemşire Sayısı	Devir Oranı
2006	26	%3.25
2007	58	%6.92
2008	79	%8.93
2009	17	%2.5
2010	59	%5.6
2011	71	%6.39
2012	88	%9.33
2013	61	%6.63

Tablo 1’de yıllara göre ayrılan hemşirelerin dağılımları incelendiğinde, devir oranının 2012 yılında (%9.33) en yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Ayrılan Hemşirelerin Çalıştığı Birimlere Göre Dağılımları

Yıllar	Cerrahi Birimler		Dahili Birimler	
	n	%	n	%
2006	14	%53.8	12	%46.2
2007	26	%44.8	32	%55.2
2008	38	%48.0	41	%52.0
2009	10	%58.8	7	%41.1
2010	29	%49.1	30	%50.8
2011	40	%56.3	31	%43.6
2012	38	%43.1	50	%56.8
2013	33	%54.0	28	%46.0

Tablo 2’de ayrılan hemşirelerin çalıştığı birimlere göre dağılımı incelendiğinde, dahili birimlerde çalışanların devir oranının küçük bir farkla cerrahi birimlere göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Ayrılan Hemşirelerin Ayrılma Nedenlerine Göre Dağılımları

Yıllar	Emekli		İstifa		Nakil	
	n	%	n	%	n	%
2006	16	%61.5	5	%19.2	5	%19.2
2007	27	%46.5	21	%36.2	10	%17.2
2008	19	%24.0	45	%59.4	15	%18.9
2009	9	%52.9	1	%5.8	7	%41.1
2010	27	%45.7	13	%21.9	19	%32.2
2011	25	%35.2	26	%36.6	20	%28.1
2012	26	%29.5	48	%54.5	14	%15.9
2013	22	%36.0	22	%36.0	17	%27.8

*Tablodaki yüzdeler yıllara göre toplam ayrılan hemşire sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3’de ayrılan hemşirelerin ayrılma nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde en fazla emeklilik sebebiyle ayrılmaların yaşandığı görülmektedir.

Literatür bilgisi personel devir hızını %13-14 arasında normal olarak belirtmektedir. Ancak Türkiye’de hastanelerin istihdam ettiği hemşire sayısının olması gerekenin çok altında

olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle düşük düzeyde bir devir hızı bile hem hasta bakım kalitesini olumsuz şekilde etkilemekte, hem de oluşan hemşire açığı kalan hemşirelerin iş yükleri ve çalışma saatleri arttırılarak kapatıldığı için diğer hemşirelerin çalışma şartlarını zorlaştırmaktadır.

6.Sonuç

Sağlık sektörü bilgi, beceri ve deneyim bakımından eksiksiz olan iş gücünün çalışması gereken bir sektördür. Devir hızının yüksek olması hasta bakımının niteliğini, niceliğini ve maliyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenlerle hemşirelerde iş devir hızı ve ayrılma nedenleri, sağlık ve hemşire yöneticilerinin üzerinde önemle durmaları ve etkili stratejiler geliştirmeleri gereken bir konudur.

Bu araştırmada, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde personel devir oranları ve personelin işinden ayrılma nedenleri incelenmiştir. Hemşirelerin devir hızının 2012 yılında en yüksek olduğu ve yıllara göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Devir hızını; emeklilik süresinin gelmesi, performans ücretlendirmesinin düşük olması, çalışma saatlerinin istenildiği şekilde ayarlanmaması, hemşire ihtiyacı, başka bir kurumda 657-4a kadrosuna geçme, özel sektör teklifleri ve iş yoğunluğunun etkilediği düşünülmektedir.

Hemşire yetersizliğinin ciddi bir problem haline dönüştüğü ülkemizde, devir hızını azaltmaya yönelik önlemlerin ivedilikle alınması gerekmektedir. Kurumların, iş yaşamının kalitesini artırmalarının, uzun vadede devir hızını azaltmada etkili olacağı düşünülmektedir. Ücret politikalarının yeniden düzenlenmesine ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik stratejiler geliştirilmelidir.

Kaynaklar

- 1.Abaan S, Duygulu S (2004). Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdan Ayrılmalarına Yol Açabilecek Olası Nedenlerin ve Örgüte Bağlılıklarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2), s.32.
- 2.Cavanagh S J, Coffin D A (1992). Staff Turnover Among Hospital Nurses, J Adv Nurs, 17(11), s.1369-76.
- 3.Erdoğan H (2002). Personel Devri Ve İş Tatmini İle İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi SBE, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 4.Eren E (2001). Örgütsel Davranış Ve Yönetim Psikolojisi, İstanbul Beta Yayıncılık
- Görgülü S (1998). Hemşirelik ve Anksiyete, Türk Hemşireleri Dergisi, 38, s.23-28.
- 5.ICN (International Council of Nursing) Workforce Profile (2008). http://www.icn.ch/sew_nwp08.html , Erişim Tarihi: 15.01.2010
- 6.Jones C B, Gates M (2007). “The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention” OJIN:The Online Journal of Issues in Nursing, Vol 12, No:3.
- 7.Kocaman G, Seren Ş, Kurt S, Daniş B, Erer T (2008). Türkiye’deki Üç Üniversite Hastanesinde Hemşire Hareketliliği, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2010; 7(1), s.34-38.
- 8.Koçer T (2001). İşletme Yöneticiliği, 8.Baskı, İstanbul Beta Yayıncılık
- 9.Pektekin Ç (1998). Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire, Hemşirelik Forumu, 1, s.74-78.
- 10.Stevens B J (1984). Nurse/Physician Relations: A Perspective From Nursing, Bulletin of the New York Academy of Medicine, 60(8), s.799-806.
- 11.Tekin D E, Baykal Ü (2004). Özel Bir Hastanede Hemşirelik Personeli Devir Hızının Hemşirelerin İş Doyumu Ve Hasta Doyumuyla İlişkinin Araştırılması, İÜ Hemşirelik Dergisi (53).
- 12.Tütüncü Ö (2000). Kar Amacı Gütmeyen Yiyecek İçecek İşletmelerinde İş Doyumu Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(3), s.169-191.
- 13.VHA (2002). The Business Case For Work Force Stability, VHA Research Series, <http://www.healthleadersmedia.com/content/132674.pdf> , Erişim Tarihi: 15.01.2010
- 14.Yılmaz S (1991). Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdan Ayrılma Nedenlerinin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi SBE, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Leman KUTLU*

Derya KAYA**

Merve PİRECİOĞLU ***

Serpil CENGİZ****

Seher ÖZEL*****

Serap İLERİ*****

Naciye ÖZ*****

ÖZET

Sağlık profesyonellerinin mesleki tatmin düzeyinin ölçülmesi oldukça önemlidir, çünkü stresli çalışma koşullarına rağmen, sağlık çalışanlarından hasta bakımında kaliteli hizmet beklenmektedir. İşinden memnun olan sağlık çalışanlarının daha üretken olacağı çalıştığı kuruma daha bağlı olacağı unutulmamalıdır.

Sağlık Kurumlarında sağlık çalışanları içinde hemşireler sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Bu nedenle hemşirelerin memnuniyetinin hastaların hizmetten memnuniyetini etkileyeceği düşünülmektedir. Bu düşünce doğrultusunda; bu çalışma bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin memnun olma düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, çalışanın görevlendirildiği bölümde en az 6 ay çalışmış olması şartıyla 2005-2012 yılları arasında çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, hemşirelerin genel olarak memnun oldukları, yıllara göre değişmesinin ise birimlerdeki yönetim değişikliğinin, vardiya saatlerinin, hemşire ihtiyacının, artan iş gücü ve performans uygulamasının etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Hemşire, memnuniyet, üniversite hastanesi*

*Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, bilgileman@gmail.com

**Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, tanya391@gmail.com

***Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, mervepir76@gmail.com

****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, srpltr@gmail.com

*****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, seher-ozel@hotmail.com

*****Uzm., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, serapileri@yahoo.com

*****Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, naciyeoz06@gmail.com

A UNIVERSITY HOSPITAL IN EVALUATION OF EMPLOYEE SATISFACTION OF NURSES

ABSTRACT

Health care professionals to measure the level of job satisfaction is very important because, despite stressful working conditions of health professionals high quality services in patient care is expected. Health workers who are satisfied with their jobs than would depend on the institution where the work will be more productive should be noted.

Nurses in health care workers in health institutions is an important part of health care. Therefore, nurse satisfaction is thought to affect patient satisfaction. With this in mind; this study of nurses working in a university hospital was conducted to assess the level of satisfaction. The study sample, the employee's appointment in the department have served at least 6 months between the years of 2005-2012, provided the nurses are working.

As a result, they are generally satisfied nurses, according to years of management changes in the unit of change, shift hours, the need for nurses, increasing labor and was found to affect the performance of the application.

Key Words: Nurse, satisfaction, university hospital

1.Giriş

Günümüzde çağdaş halk sağlığı anlayışına göre sağlığın bozulmadan önce korunması ve iyileştirilmesi ilk hedefler arasında yer almaktadır. Bu yüzden sağlık alanında yapılan reformlar ve sağlık çalışanlarının şikayet ve beklentileri gün geçtikçe daha da önem arz etmektedir (Biçer 2001). Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır. Çalışan insanların beden ve ruh sağlığını sürdürebilmesi, bireyin çalışma yaşamının fizyolojik ve toplumsal kaynaklı zararlı etkilerden korunması, çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur. Çalışan memnuniyetinin bireysel ve kurumsal düzeyde ele alınması gerekmektedir. Birey yönünden ele alındığında kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni durumu, gereksinimleri düşünülmelidir. Kurumsal boyuttan ele alınacak olursa, işin görünümü, işin yapıldığı yerin fiziksel koşulları, çalışana sağladığı ekonomik ve sosyal faydalar kastedilmektedir (Schemehorn 1997).

Sağlık hizmeti sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur (Özer 2007). Kurum ve kuruluşlarda çalışanların özellikle memnuniyet ve motivasyonlarının korunması ve bu duyguların yüksek olması hem kurum hem de çalışan için oldukça önemlidir. Mesleki doyum her iş alanı için geçerlidir. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, bu yüzden çok dikkatli, sürekli çalışmayı gerektirmesi ve meslek mensuplarının verebildikleri en iyi bakımı sağlayabilmeleri için, çalışan memnuniyetinin yüksek olması oldukça önem taşımaktadır (Aydın 2001). Memnuniyet duygusu çalışanın başarısını dolayısı ile kurumun başarısını direkt ilgilendiren bir konu olmakla beraber müşteri memnuniyetini de beraberinde getirecektir.

Hastaneler, oldukça kişisel bir hizmet sağlamak için; profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çok sayıda grubun çaba ve becerilerini seferber eden örgütlerdir. Bu gruplardan birisini de hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireliğin temel sorumluluğu; toplumun sağlığını yükseltmek, sağlıklı bireyin sağlığını korumak, hastalıklı bireyi tedavi etmektir. Bu sorumlulukları yerine getirirken deontolojik kavramlara uygun hareket etmek, bilgili, ahlaklı ve vicdanlı olmak bir hemşirenin temel davranış biçimi olmalıdır.

Nerede olursa olsun hemşirelerin çalıştıkları kurumun felsefesini benimsemeleri ve ait olma duygusuna sahip olmaları gerekir. Bu duygunun varlığı işi sevmeye, iş doyumunu, işe bağlılık ve motivasyonu arttıracaktır. Türkiye koşullarında hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stres kaynaklarını denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile ilgili sorunlar olarak tanımlamaktadır (Pektekin 1998). Hemşirelik mesleğinde bu stres kaynakları ile başa çıkmadaki yetersizlikten dolayı, iş doyumunda azalma ve bunun sonucunda işe karşı olumsuzluk, kayıtsızlık, işten sürekli yakınma, eleştirme, devamsızlık, işten ayrılma gibi örgütsel sonuçlar ortaya çıkacaktır. Bununla beraber hastaya verilecek kapsamlı hasta bakımının kalitesi de etkilenecek iş performansında azalma olacaktır (Yavaş 1993).

Tüm çalışanların katılımı ile gerçekleştirilecek iyileştirme stratejisi olarak tanımlanan toplam kalite yönetimi sağlık hizmetleri içinde önemli yararlar sağlayacak bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın benimsendiği kuruluşlarda müşteri memnuniyetinin tam olarak sağlanması esastır (Ünalın 2006). Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının müşterileri iki grupta toplanabilir. İç müşteri; sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır (Kavuncubaşı 2000). Toplam kalite yönetimi çalışmalarında iç müşteri olarak kabul edilen personelin memnuniyeti ve iş doyumlarına öncelik verilmeden ve doyumunu arttırıcı çalışmalar yapılmadan dış müşterilerin sürekli memnuniyetinin sağlanamayacağı kabul gören bir düşüncedir. Ayrıca çalışanların memnuniyetinin sağlık sisteminde kalitenin sürdürülebilirliği açısından önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir (Ünalın 2006).

Bütün işletmeler gibi hastanelerin başarısı çalışanlarının başarısına bağlı olarak artmaktadır. Gerçekte bir hastane için en önemli kaynak, çalışanlarıdır. Bununla birlikte hastane yönetimlerinin sorumluluklarından biri de çalışanların istek ve ihtiyaçlarını algılamak ve beklentilerini karşılamaktır (Alcan 1997). Bu nedenle hastanelerde çalışan kişilerden beklenen verimin elde edilmesi ve huzurlu bir çalışma ortamının sağlanması için, çalışanların özelliklerine göre ihtiyaçları belirlenmeli ve en iyi şekilde karşılanmaya çalışılmalıdır.

3.Yöntem

3.1.Araştırmanın Amacı

Sağlık kurumlarında dış müşteri memnuniyeti kadar iç müşteri memnuniyeti de önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü memnun olan personel daha üretken ve mesleğine daha bağlı olur.

Ölçülemeyen performansın geliştirilemeyeceği ilkesinden yola çıkarak; sağlık çalışanlarının memnuniyeti ve bu memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri saptamak amacıyla çalışma planlanmıştır.

3.2.Evren ve Örneklem

Çalışma tanımlayıcı ve analitik bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2005-2012 yılları arasında çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, çalışanın görevlendirildiği bölümde en az 6 ay çalışmış olması şartıyla 2005-2012 yılları arasında çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

3.3.Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri Yıldırım ve Kutlu tarafından geliştirilen (2004) Hemşire Memnuniyeti Ölçeğiyle (HMÖ) toplanmıştır. Araştırma kapsamındaki üniversite hastanesinde yılda bir kez hemşire memnuniyeti değerlendirilmektedir. Veriler SPSS 15.0 'de yüzdeleme ve ortalama kullanılarak hesaplanmıştır.

4.Bulgular

Yıllara göre hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde çoğunluğunun:
-Yaşı; 2005(%31.2), 2006(%31.6), 2007(%40.8), 2008(%40.8), 2009(%38.4), 2010'd (%38,7) 31-40 yaş, 2011(%43.2) ve 2012'de (%42.3) 20-30 yaşlarında olduğu,
-Eğitimi; 2005(%50.1), 2006(%52.1), 2007(%46.1), 2008(%45), 2009'da (%45.3) önlisans, 2010 (%42.1), 2011(%60.9) ve 2012'de (%64.4) lisans mezunu olduğu,
-Çalışma pozisyonu; 2005(%56.8), 2006(%57.3), 2007(%82.9), 2008(%83.1), 2009(%82.1), 2010 (%84.3), 2011(%56.2), 2012'de (%48.5) yatakbaşı hemşiresi olduğu,
-Birimde çalışma süresi; 2005(%27.8), 2006(%28.2), 2007(%26.5), 2008(%35.3), 2009(%35.1), 2010(%43.2), 2011(%36) ve 2012(%46.5) 1-5 yıl olduğu,
-Kurumda çalışma süresi; 2005(%25.6), 2006(%26.3), 2007(%25.2), 2008(%29.2), 2009(%27.5) yıllarında 16-20 yıl, 2010(%35.6), 2011(%44.3) ve 2012'de (%45.1) 1-5 yıl olduğu,
-Meslekte çalışma süresi; 2005(%28.8), 2006(%31.5), 2007(%22.4), 2008(%29.2), 2009'da (%27.5) 16-20 yıl, 2010(%29.2), 2011(%38.2) ve 2012'de (%35.1) 1-5 yıl olduğu,
-Çalışma biçimi; 2005(%53.2), 2006(%54.3), 2007(%54.9), 2008(%55.6), 2009(%49.4), 2010 (%54.6), 2011(%41.8), 2012'de (%59.9) vardiya olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. İletişim ve İlişkilerden Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	68	75.6	96.5	96.9	93.8	95.3	80.7	81.2
Kısmen memnunum	30.5	22.8	3	3.3	5.8	4.6	18.5	18.3
Memnun değilim	1.4	1.6	0.1	0.4	0.3	0.1	0.8	0.5

Tablo 1’de 2005-2012 yıllarında, hemşirelerin iletişim ve ilişkilerden memnuniyet durumlarının dağılımı incelenmiştir. Hemşirelerin iletişim ve ilişkilerden memnun oldukları görülmektedir.

Tablo 2. Çalışma Koşullarından Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	29.5	31.8	46.5	46.2	54.3	57.4	30.9	26.4
Kısmen memnunum	59.5	55.9	38.8	41.7	35.3	32.8	56	57.6
Memnun değilim	10.7	12.3	14.7	12	10.5	9.8	13.1	16

Tablo 2’de 2005-2012 yıllarında, hemşirelerin çalışma koşullarından memnuniyet durumları incelenmiştir. Çalışma koşullarından memnunum diyenlerin 2010 yılında en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Yönetimden Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	75.5	84.6	86.4	86	79	84.5	74.7	77.2
Kısmen memnunum	17.9	12.5	10.6	10.8	14.8	10.5	19.4	18.6
Memnun değilim	6.4	2.8	3	3.1	6.2	5	6	4.2

Tablo 3’de de görüldüğü gibi hemşireler, yönetimden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü’nün Kurum Politikaları’ndan Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	55.5	60.4	68.6	69	75.2	75	57.5	58.8
Kısmen memnunum	32.6	28.2	24.2	24	21.1	20.5	33.4	32.1
Memnun değilim	11.9	11.2	6	7	3.6	4.5	9	9.1

Tablo 4’de hemşirelerin, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü’nün kurum politikalarından memnuniyet görüşleri verilmiştir. 2012 yılında %58.8’i kurum

politikalarından memnun olduğunu, %32.1’i kısmen memnun olduğunu, %9.1’i memnun olmadığını belirtmiştir.

Tablo 5. İşin Kendisinden Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	31.4	38.5	58.9	59.8	90.8	85	34.8	38.8
Kısmen memnunum	62.2	53.9	34.5	35.7	5.8	26.8	56.3	56
Memnun değilim	6.4	7.5	6.5	4.5	0.3	2.6	8.9	5.3

Tablo 5’de hemşirelerin, işin kendisinden dolayı duydukları memnuniyet dağılımları yer almaktadır. Diğer memnuniyet değerlendirme kriterleri ile kıyaslandığında işin kendisinden memnunum diyenlerin oranı daha düşüktür. 2012 yılında %38.8’inin, 2010 yılında %85’inin, 2009’da %90.8’inin, 2007’de 58.9’unun, 2005’de %31.4’ünün işin kendisinden memnun olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Başarı Duygusundan Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	54.6	63.2	78	77.6	76.7	81.7	60.7	58.4
Kısmen memnunum	39.3	31.9	17.8	19	19.2	14.6	34.4	35.7
Memnun değilim	6.1	4.8	4.2	3.3	4.1	3.8	4.9	5.8

Tablo 6’da başarı duygusundan memnuniyet durumlarına göre dağılımları incelenmiştir. 2012 yılında %58.4’ü başarı duygusundan memnun olduğunu, %35.7’si kısmen memnun olduğunu, %5.8’i memnun olmadığını belirtmiştir.

Tablo 7. Saygı ve Kabul Görme Durumundan Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	62.5	70	85.9	88.5	85.2	87.9	72.6	74.6
Kısmen memnunum	32.3	26.9	11.9	8.6	11.5	9.3	24.1	22.9
Memnun değilim	5.2	3.1	1.8	2.9	3.3	2.9	3.4	2.5

Tablo 7’de çalışanların, hemşirelik mesleğinin saygı ve kabul görme durumundan duydukları memnuniyet durumları yer almaktadır. Sonuçlara bakıldığında memnun oldukları görülmüştür. 2005 yılında %62.5’i saygı ve kabul görme durumundan memnun iken, 2012 yılına kadar bu oran artış göstermiş ve 2012 yılında %74.6’sı bu durumdan memnun olduğunu bildirmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin Genel Memnuniyet Durumlarına Göre Dağılımları (%)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Memnunum	46.2	54.7	75.3	78.3	77.3	80.7	61.2	61.1
Kısmen memnunum	50.1	41.4	23.3	20.2	20.5	17.8	37.1	36.1
Memnun değilim	3.5	1.5	1.4	1.5	2.3	1.5	1.7	2.8

Tablo 8’de hemşirelerin genel memnuniyet durumlarına göre dağılımları incelenmiştir. 2005 yılında kısmen memnun oldukları, 2006-2012 yılları arasında da memnun oldukları, en yüksek memnuniyet düzeyinin 2010 yılına (%80.7) ait olduğu görülmektedir. En düşük memnuniyet oranının ise %46.2 ile 2005 yılına ait olduğu belirlenmiştir. 2012 yılında ise %61.1’i memnun, %36.1’i kısmen memnun, %2.8’i memnun olmadığını bildirmiştir.

5.Sonuç

Doğrudan insan sağlığına hizmet eden, hizmetin kalitesinde insan etkeninin çok önemli bir yere sahip olduğu sağlık sektöründe, çalışanların memnuniyetinin sağlık sisteminde kalitenin sürdürülebilirliği açısından önemli bir yeri vardır. Kişisel emek ve teknolojik olarak yoğun hizmet sunulan hastanelerde kurum ve çalışanın başarısı çalışan memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle kurum ve kuruluşlarda çalışanların özellikle memnuniyet ve motivasyonlarının korunması ve bu duyguların yüksek olması hem kurum hem de çalışan için oldukça önemlidir.

İş yaşamında çalışanlar ile çalışma koşulları arasında sürekli bir etkileşim bulunmaktadır. Yönetimin ele alması gereken önemli ve öncelikli sorunu, çalışanların mal ve hizmet üretimine üst düzeyde katılmalarını sağlayacak ve bu arada çalışanların sağlıklarının fiziksel ve ruhsal açıdan korunmasına ve tatmin olmasına olanak sağlayacak şekilde üretimi gerçekleştirebilmektedir. Bu nedenle yönetim, çalışanların örgüte, örgütün kurallarına ve kendilerine karşı olan tutumlarını bilmek ve değerlendirmek bunun sonucunda da gerekli düzenlemeleri yapmak durumundadır.

Araştırmamıza göre; 2005-2012 yıllarında çalışan hemşirelerin genel olarak memnun oldukları, yıllara göre değişmesini; birimlerdeki yönetim değişikliğinin, vardiya saatlerinin, hemşire ihtiyacının, artan iş gücü ve performans uygulamasının etkilediği saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; çalışma ortamının iyileştirilmesi, insan ilişkilerinin iyi olması, hemşire yetersizliğinin giderilmesi, ücretlendirmenin iyileştirilmesi, performans sisteminin hakkaniyetli bir düzenlemeye getirilmesi, güvenliğin sağlanması, gerçekçi çözüm önerilerinin oluşturulup ve zaman kaybetmeden hayata geçirilmesi sonucunda iş memnuniyeti, motivasyonunun yüksek oranda sağlanacağı dolayısı ile hizmet kalitesinin de artacağını düşünüyoruz.

Kaynaklar

- 1.Alcan Z (1997). Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü, Ankara:Haberal Eğitim Vakfı.
- 2.Aydın R, Kutlu T (2001). Hemşirelerde İş Doyumu Ve Kişiler Arası Çatışma Eğilimi İle Olan İlişisini Belirleme, Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi, 5(2), s.37-45.
- 3.Bıçer T, Bebiş H, İnanç N (2001). Temel Sağlık Hizmetleri Ve Toplum Sağlığı Hemşireliği Eğitiminin İrdelenmesi, Hemşirelik Forumu, 4, s.26-31.
- 4.Kavuncubaşı Ş (2000). Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara:Siyasal Kitapevi.
- 5.Pektekin Ç (1998). Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire, Hemşirelik Forumu, 1, s.74-78.
- 6.Özer A, Çakıl E (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, 5, s.140-143.
- 7.Schemehorn J R, Hunt J G, Osborn R N (1997). Organizational Behavior, Newyork.
- 8.Ünalın D, Çetinkaya F, Özyurt Ö, Kayabaşı A (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 9, s.1-18.
- 9.Yavaş Ö (1993). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Ve Örgütsel Gereksinimlerine İlişkin Bir İnceleme, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HİZMETİÇİ EĞİTİM PROGRAMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN SAPTANMASI

Leman KUTLU*

Derya KAYA**

Merve PİRECİOĞLU***

Zülfiye BIKMAZ****

Serpil CENGİZ*****

Naciye ÖZ*****

Esra GÜNGÖRMÜŞ*****

ÖZET

Bilim ve teknolojideki gelişmeler, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da, yeniliklerin izlenmesi ve bu yeniliklere ayak uydurulabilmesi için sağlık personelinin sürekli eğitimini zorunlu kılmıştır. Bu sürekli eğitim de hizmet içi eğitimle sağlanabilmektedir.

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin, hizmet içi eğitimler ile ilgili beklentilerinin ve bu eğitimlerin etkinliği konusundaki düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 2006-2012 yılları arasında çalışan ortalama 1329 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Eğitim Değerlendirme Anket Formu” aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma kapsamında 2006-2012 yılları içerisinde verilen tüm Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Sonuçlarının yıllık olarak raporlaması yapılmaktadır. Çalışma bu verilerin ortalaması alınarak yüzde dağılımlarıyla değerlendirilmiştir.

Sonuçlar doğrultusunda; Sağlık personelinin tanımlayıcı özellikleri ile hizmet içi eğitimle ilgili görüşleri dikkate alınarak, düzenlenen hizmet içi eğitimlere ve daha sonraki dönemlerde yapılabilecek araştırmalara yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, hizmet içi eğitim, mesleki gelişim

* Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, bilgileman@gmail.com

** Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, tanya391@gmail.com

*** Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, mervepir76@gmail.com

**** Öğ.Gör., Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, zbkmaz@hotmail.com

***** Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, srpltr@gmail.com

***** Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, naciyeoz06@gmail.com

***** Hem., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, esra.gungormus@gmail.com

DETERMINATION OF OPINIONS OF HEALTH PERSONNEL WORKING IN A UNIVERSITY HOSPITAL REGARDING IN-SERVICE TRAINING PROGRAM

ABSTRACT

Developments in science and technology made continuous education of health care personel necessary to follow and adapt to innovations on time in medicine. This continuous education may be provided by in-service training.

This descriptive study was planned to determine the considerations about and expectations from in-service training programs of the nurses working at Istanbul University Faculty Of Medicine. The research sample consisted of nurses 1329 per employee between the years of 2006-2012. Research data “Training Evaluation Questionnaire” was collected through. All the surveyed during the years 2006-2012 In-service Training Evaluation results reporting are conducted on an annual basis. Working with the percentage distribution by taking the average of these data was evaluated.

Results of the defining characteristics of health personel in accordance with relevant opinions considering in-service training, organized in-service training and subsequent recommendations have been developed for research that can be done.

Key Word: Nurse, in-service training, professional development

1.Giriş

Bir toplumun gelişimini tamamlamak için üyelerini amaçları doğrultusunda yetiştirmesi elzemdir. Bu zorunluluk bireyleri içinde buldukları topluma uyma, hatalarını düzeltme, mesleki yeterliliklerini artırma, ileri doğru gitme ve yükselme gibi çabaların gerektirdiği bilgi, beceri ve alışkanlıkların kazandırılması kapsamı alanına alır (Kantek 1998).

Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, her meslekte yeni bilgi ve teknolojileri öğrenmeyi ve çalışanların bu konularda yetiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Değişim ve gelişime uyum sağlayabilecek meslek üyelerinin yetişmesi o alandaki eğitimin sürekliliği ile mümkündür. Yaşam boyu eğitimin bir gereği olarak hizmet içi eğitim (HİE), çalışanlara mesleklerinde daha başarılı, üretici ve mutlu olmasını sağlayacak bilgi, beceri ve tutumlar kazandırmayı amaçlamaktadır (Atay ve ark. 2009).

2.Hizmet İçi Eğitim

2.1.Hizmet İçi Eğitim Nedir?

Hizmet içi eğitim, kişiyi işi ile kesin hukuki ilişkisinin kurulduğu tarihten, işten ayrıldığı tarihe kadar geçen süre içinde, işin gerektirdiği performans düzeyine ulaşması için gereken bilgi, beceri ve davranışların sistemli bir şekilde öğretilmesi sürecidir (Can 1995).

Başka bir tanıma göre ise, Sürekli eğitim içinde önemli bir yeri olan hizmet içi eğitim, düşünce ve eylemde uygun alışkanlıklar kazandırmak ve çalışana mevcut ve gelecekteki işine ilişkin bilgi, beceri ve tutumlarında etkinlik kazandırmak için yapılan yardım süreci olarak tanımlanmıştır (Pehlivan 1997).

Hizmet içi eğitim, personelin HİE ihtiyaçlarını belirleme, bu ihtiyaçlara uygun programlar geliştirme, bu programları planlama, uygulama ve değerlendirme gibi kapsamlı bir çalışmayı içermektedir (Atay ve ark. 2009). Bu nedenle sağlık sektöründeki hızlı gelişim ve değişime ayak uydurmak, verimliliği arttırmak, mesleki standartlarını geliştirmek için kaçınılmazdır. HİE'nin verimli ve başarılı olmasında etkili planlama ve örgütlemenin büyük bir pay taşıdığı kesindir.

Ülkemizde çalışanların gelişimine yönelik yasal düzenlemeler, hem kamu hem özel sektör için bazı yükümlülükler getirmektedir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği, personelin yetiştirilmesi ve üst görevlere hazırlanmasına yönelik hizmet içi eğitimin uygulama ilkelerini belirtmektedir.

2.2.Hizmet İçi Eğitimin Amaçları

Hizmet içi eğitimin ekonomik, toplumsal ve bireysel olarak gruplandırılabilir.

2.2.1.Hizmet İçi Eğitimin Ekonomik Amaçları

Hizmet içi eğitimin temel ekonomik amacı, üretimi ve verimliliği yükseltmektir. Kurumun her basamağında yer alan çalışanları, işletmenin personel politikasına göre çeşitli eğitim programlarıyla yetiştirmek, onları yaptıkları veya ileride yapacakları iş gereklerine uygun bir biçimde hazırlamak, verimliliğin artmasına katkıda bulunur. Bu temel ekonomik amaca uygun alt ekonomik amaçları ise şöyle ifade edilebilir (Kayrak 2000):

- Çalışanların çalışma alanları ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazanmalarını sağlamak.
- İşletmede kontrol ve denetim yükünün azaltılmasını sağlamak.
- İş kazalarının azaltılmasını ve iş güvenliğini sağlamak.
- Hata oranlarının düşürülmesi ve buna bağlı olarak da bakım ve onarım giderlerinin azalmasını sağlamak.
- Malzeme ve ham madde israfının önlenmesini sağlamak.
- Yeniliklere ve gelişmelere çalışanların uyumunu sağlamak.

2.2.2.Hizmet İçi Eğitimin Toplumsal ve Bireysel Amaçları

Hizmet içi eğitimin ana amacı olan kâra bağlı olarak, eğitimi sadece ekonomik amaçlarla ilişkilendirmek düşüncesi, insan unsuruna saygı ile çatışmaktadır. Bu nedenle eğitimi üretimi artırıcı bir etken olmaktan çıkarmak ve onun işletmede çalışanlara hizmet veren araç durumunda olduğunu da göz önüne almak gerekir. Eğitimin toplumsal ve bireysel amaçları daha somut ve ayrıntılı olarak şu şekilde sıralanmaktadır (Tutum 1979):

- Çalışanların motive edilmesini sağlamak.

- Çalışanların güven duygusunun geliştirmek.
- Çalışanların bilgi ve yeteneklerini artırarak, yükselme imkânlarını sağlamak.
- Personele fikir ve bilgi alışverişinin önemini benimseterek kurum içinde ve dışında daha etkili bir koordinasyon ve işbirliğini sağlamak.
- Örgüt yapısını, dış çevreden gelen değişmelere karşı esnek hale getirilmesini sağlamak.
- Örgüte dinamizm ve saygınlık kazandırmak.
- Eğitimin kazandıracığı maddi ve manevi faydaların neler olduğunu bütün personele duyurarak personelin moralini yükseltmek ve kuruma olan bağlılığını artırmak.
- Bilim, teknoloji, ekonomi ve iş hayatında meydana gelen gelişmelere ve yeniliklere uyum sağlamak, iş yöntem ve tekniklerini geliştirmek.
- Yönetim sorumlularına, eğitim görenlerin kabiliyetleri hakkında bilgi vermek ve gördükleri eğitim neticesinde bu görevlilerden en iyi şekilde istifade edilmesini sağlamak.

Bütün bu amaçların gerçekleşebilmesi için seçilerek hizmete alınmış personelin anlayışlarında, tavırlarında ve bilgilerinde hizmet içi eğitim yoluyla gerçekleştirilebilecek olumlu ve birleştirici değişikliklerin, yönetimin tüm birimlerinde ve birimler-kişiler arasındaki karşılıklı ilişkilerde uyumlu bir çalışma ortamı sağlaması beklenmektedir (Özdem 2007).

Görevini verimli bir biçimde yerine getirebilmesi için gerekli bilgi, beceri ve davranış biçimlerinin kişiye öğretilmesi olarak tanımlanan hizmet içi eğitimin; işe yeni başlayan kişinin kuruma uyumunu sağlamak, çalışana kurumun amaç, ilke ve politikalarını bir bütünlük içinde kavratacak becerileri kazandırmak, işin gerektirdiği temel meslek becerilerini kazandırmanın yanı sıra eğitim eksikliklerini tamamlamak, çalışanın değişik alanlarda yatay ve dikey geçişlerini sağlayacak tamamlama eğitimi yapmak, bilim, teknoloji, ekonomi ve iş hayatında meydana gelen gelişmelere ve yeniliklere uyum sağlamak, iş yöntem ve tekniklerini geliştirmek, kurumun ürettiği ürünün (mal, hizmet, düşünce) nitelik, nicelik ve verimliliği artırmak, üretim ve pazarlama aşamasında hata ve kazaları azaltmak gibi kurumsal özelliklere göre değişebilen amaçları da bulunabilmektedir (Aksoy 1984).

Kurumsal açıdan bakıldığında, hizmet içi eğitimin kurumun amaç ve politikasına uygun şekilde hizmetin gerektirdiği davranış değişikliğini sağlayacak veya yeni davranışlar kazandırabilecek nitelikte hazırlanmasına ve uygulanmasına, yaşam boyu eğitim ve kendini geliştirme kavramlarını bütünleştirebilmesine, çalışanların düzenli ve periyodik aralıklarla hizmet içi eğitime alınarak, hizmet içi eğitim-verimlilik-meslekte ilerleme bağının kurulmasına, eğitim sonunda eğitim-ücret-yükselme dengesinin kurulmasını sağlayacak yasal düzenlemelerin yapılmasına ve eğitim almış kişilerin aldıkları eğitimle ilgili alanlarda çalıştırılabilmesine, hizmet içi eğitim programlarının değerlendirilmesine ve hizmet içi eğitimde maliyet etkinliğinin sağlanmasına dikkat edilmelidir (Taymaz 1992).

3.Sağlık Hizmetlerinde Hizmet İçi Eğitimlerin Yeri ve Önemi

Sağlık bilimlerinin tüm dallarında bilgi düzeyi artmakta, sağlık ve bakım hizmetlerini sunma yöntemleri hızla değişmektedir. Tıp bilimlerinde dinamizmi yakalamak için sağlık çalışanlarının da kendilerini sürekli yenilemeleri zorunlu olmaktadır.

Bu nedenle HİE sağlık hizmetlerinin verilmesinde ve gelişmesinde kaçınılmaz bir zorunluluktur. Hizmet alanı insana yönelik olan hemşirelik mesleğinde, yenilik ve gelişmelere uyum sağlamak, hem toplumun hem de çalışanların değişen gereksinimlerini karşılayabilmek için hizmet içi eğitim bir zorunluluk haline gelmiştir (Munro 2008).

Eğitimin hizmet ve davranış üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla hizmet içi eğitim programlarının değerlendirilmesi gereklidir. Eğitimi değerlendirme yöntemlerinden biri, katılımcıların tepkisinin ölçülmesi, eğitim süreci hakkında (program, eğitmenler, eğitim, yöntem ve araçları vb.) görüşlerinin belirlenmesidir (Akyolcu 1997). Katılımcılardan alınan geri bildirimler eğitim programlarının sürekli gelişimine hizmet eder.

Dünya Sağlık Örgütü de, mezuniyet sonrası eğitimin geliştirilmesi ve sağlık üyelerinin bireysel ve mesleki niteliklerinin bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak artırılması gereğini vurgulamıştır. Çalışanlara öğrenme ve başarıma fırsatı tanımak, hizmet içi eğitimler yoluyla eğitimi özendirmek ve eğitimin etkinliğini değerlendirmek sağlık hizmetinin kalitesini artıran önemli uygulamalardır (Joint Commission International 2008).

HİE programları kapsamında, göreve yeni başlayan elemanlara yönelik hazırlanan oryantasyon eğitimi de yer almaktadır. Ancak pek çok sağlık kuruluşunda hemşireler herhangi bir oryantasyon programına katılmadan çalışacakları birimde görevlendirilebilmektedir. Oryantasyon eğitimi, özellikle kullanılan teknik araç, gereç ve işleyiş açısından karmaşık olan, özel bilgi ve beceri gerektiren birimlerde çalışanların işe uyumunu sağlamada çok önem taşımaktadır (Göçmen 2004).

4.Yöntem

4.1.Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetleri alanında çalışan personele, ilgi ve ihtiyaçları doğrultusunda, kurumun olanaklarıyla, kurum yöneticilerinin katılım ve işbirliği ile düzenlenen hizmet içi eğitim programları; iş kazaları ve hatalarının önlenmesi, bireysel ve kurumsal verimliliğin artırılması, çalışanların mesleki güven duygusunun geliştirilmesi, kurum içi ilişkilerin güçlenmesi gibi pek çok konuda faydalıdır. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma, bir üniversite hastanesinde hemşirelere yönelik düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılan hemşirelerin ve diğer katılımcıların eğitime ilişkin görüşlerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

4.2.Evren ve Örneklem

Çalışma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Örneklemine ise 2006-2012 yılları arasında çalışan ortalama 1329 hemşire oluşturmuştur.

4.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri “Eğitim Değerlendirme Anket Formu” aracılığıyla toplanmıştır. Anket Formu, 23.03.2011 tarihinde revizyonu yapılmış olup, sosyodemografik özellikler (10 soru), sağlık personelinin hizmet içi eğitim programının organizasyonuna ilişkin görüşleri (10 soru) ve eğitimin etkinliğini değerlendirmeye yönelik (11 soru) toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Araştırma kapsamında 2006-2012 yılları içerisinde verilen tüm Hizmet İçi Eğitim Değerlendirme Sonuçlarının yıllık olarak raporlanması yapılmaktadır. Çalışma bu verilerin ortalaması alınarak yüzde dağılımlarıyla değerlendirilmiştir.

5. Bulgular

HİE’ e katılanların demografik özellikleri incelendiğinde çoğunun: 20-30 yaş (%41,2) , kadın(%96,4), lisans mezunu (%48,8), hemşire (%95) ve servis hemşiresi olduğu, üniversite hastanesinde çalıştığı (%54,6), 1-5 yıl arasında meslekte (%23,1) ve kurumda (%24,1) çalıştığı belirlenmiştir. Çalışma şeklinin vardiya olduğu (%56,9), serviste çalıştığı (%69,6) belirlenmiştir.

Programla ilgili görüşler incelendiğinde: Programa katılımda yaşanan güçlük incelendiğinde; %13,4’ü güçlük yaşadığını ifade ederken, programa katılımda herhangi bir zorluk yaşamadıklarını ifade edenler %86,6 olarak saptanmıştır. HİE programına katılmada güçlük çektiğini ifade edenlerden; %35,5’inin yoğun çalışma koşulları, %24,1’inin nöbet öncesi ya da sonrası olması, %20,9’unun yetersiz hemşire sayısı nedeniyle güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Programla ilgili eleştiri ve önerilere göre; %57’sinin programı beğendiği, %6,9’unun tekrarını istediği, %4,7’sinin görsel ve işitsel alana hitap etmesini istediği, %3,5’inin konuları çok ayrıntılı bulduğu, %3,2’sinin bu eğitimi yararlı bulduğu, %3,2’sinin sunum yapanları yetersiz bulduğu, %2,9’unun da süreleri uzun bulduğu saptanmıştır.

Ele alınması istenen konulara göre; çoğunluğu %60,5 ile hastalıklar ve hemşirelik bakımı ile ilgili konuların oluşturduğu görülmüştür. %10’unun Özlük Hakları ve TCK konusunu, %5,5’inin stresle baş etme yöntemlerini, %4,5’inin sosyal konuları, %3,7’sinin hemşireliğin yeri ve sorunlarını istediği belirlenmiştir.

Eğitim hakkındaki genel değerlendirmeler incelendiğinde: Eğitimin duyurulma yöntemi ve süresini (%92,4), eğitimin sunulduğu fiziki ortamın yeterliliğini (%80,6), eğitimde yer alan konuları (%93,0), eğitim içerisinde yer alan faaliyetleri (%80,9), program görevlilerinin rehberliğini (%90,8), konulara ayrılan süreleri (%91,3), eğitimin uygulamaya yansıtılabilir olmasını (%89,6) ve katılımcılara sağladığı katkıyı (%91,5) çoğunluğun yeterli bulduğu saptanmıştır. Eğitim programını başkalarına önereceklerini (%97,9) belirtmişlerdir.

6. Sonuç

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi’nde görev yapan hemşirelerin, hizmet içi eğitimden beklentileri ile verilen hizmet içi eğitimlerin etkinliği konusundaki düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma ile verilen hizmet içi eğitimlere katkı sağlanması hedeflenmiştir.



Verilen hizmet içi eğitimlerin beklentileri büyük ölçüde karşıladığı tespit edilmiştir. Hizmet içi eğitime katılanların çoğunun eğitim değerlendirmesine yönelik; toplantının kapsamı, konuya ayrılan süre, fiziki ortam, görsel işitsel materyal, toplantının yeni bilgiler kazandırması, konuşmacıların konuya olan hâkimiyeti gibi kriterleri genel olarak yeterli düzeyde buldukları saptanmıştır.

Sonuç olarak hemşirelerin büyük çoğunluğu, eğitim konularının ve eğitimcilerin ihtiyaçlarını karşıladıklarını ve verilen eğitimlerin içerik olarak uygun olduğunu söylemişlerdir.

Araştırmamız doğrultusunda, hemşirelerin değişimlerden haberdar olabilmeleri ve sağlık alanındaki yenilikleri takip edebilmeleri için hizmet içi eğitimlerin sürekli olması, hazırlanacak olan hizmet içi eğitim programlarında hemşirelerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması ve hizmet içi eğitimlerin bu konularda yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- 1.Aksoy Ş (1984). Verimlilik Ve Hizmet İçi Eğitim: Türk Kamu Yönetiminde Yasal Durum, Uygulama ve Değerlendirme, Amme İdaresi Dergisi, 17(4), s.48-61.
- 2.Akyolcu N (1997). Klinisyen Hemşirelerin Gerçekleştirdikleri Hizmet İçi Eğitim Programlarının Etkinliğini Arttıracak Öğretim Stratejileri, IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Çevik Matbaacılık, Kıbrıs, s.286-288.
- 3.Atay S, Gider D, Karadere G, Şenyüz P (2009). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitime Yönelik Görüşleri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6(1), s.84-93.
- 4.Can, Halil, Ahmet Akgün ve Ş. Kavuncubaşı (1995). Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara, s.195.
- 5.Joint Commission International (JCI) (2008). Staff Qualifications and Education, Joint Commission International Accreditation Standarts for Hospital 3nded., U.S.A., s.195-213.
- 6.Göçmen Z (2004). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 8(1), s.12-24.
- 7.Kantek F (1998). İzmir İl Merkezi Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanelerinde Hemşirelere Yönelik Hizmet İçi Eğitim Programlarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 8.Kayrak T (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi, II. Baskı, Dönence Basım ve Yayın, İstanbul, s.169.
- 9.Munro K M (2008). Continuing Professional Development And The Charity Paradigm: Interrelated Individual, Collective And Organisational Issues About Continuing Professional Development, Nurse Education Today, 28, s.953-961.
- 10.Özdem C (2007). Uzaktan Hizmet İçi Eğitim Sistemiyle Bilgisayar Eğitimi Uygulamasının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, s.3.
- 11.Pehlivan İ (1997). Örgütsel Ve Bireysel Gelişme Aracı Olarak Hizmet İçi Eğitim, Amme İdaresi Dergisi, 30 (4), s.105-120
- 12.Taymaz H (1992). Hizmet İçi Eğitim Kavramlar-İlkeler-Yöntemler, II. Baskı. Ankara: Pegem Yayınları, s.6-79
- 13.Tutum, Cahit (1979). Personel Yönetimi, TODAİE Yayın, Ankara, s.120.

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDEKİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN PROFİLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Leman KUTLU*

Serpil CENGİZ**

Seher ÖZEL***

Naciye ÖZ****

ÖZET

Sağlık profesyonellerinin eğitimi, hasta tedavisine yönelik uygulamalar ve sağlıkla ilgili araştırmalar, üniversite hastanelerinin aynı önemde ele almaları gereken üç temel işlevidir. Üniversite hastanelerinin varlık nedeni, üç işlevin denge içinde yürütülmesini gerektirmektedir. Bu işlevlerin yürütülmesinde ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetleri yönetimine önemli görevler düşmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye'deki üniversite hastanelerinin hemşirelik hizmetleri yönetiminin organizasyonel yapısı, faaliyetleri, yaşadığı sorunlarla ilgili bilgi toplayarak profil oluşturmaktır. Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel olup örneklemini 2010 Ağustos-Ekim tarihlerinde çalışmaya gönüllü 25 üniversite hastanesi hemşire yöneticisi oluşturmaktadır.

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yöneticilerin yaşadığı genel sorunlar belirlenmiştir. Sonuçlar doğrultusunda yaşanan sorunların paylaşılmasında, çözümlerin üretilmesinde, deneyimlerin paylaşılmasında periyodik ve geleneksel toplantılar yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Üniversite hastanesi, hemşirelik hizmetleri, profil

* Dr., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, bilgileman@gmail.com

** Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, srpltr@gmail.com

*** Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, seher-ozel@hotmail.com

**** Uzm., İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, naciyeoz06@gmail.com

EVALUATION OF THE PROFILE OF NURSING SERVICES IN UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Training of health care professionals, patient care practices and health-related research for the university hospitals should deal equally important is the three basic functions. Reason for the existence of a university hospital, requires three functions carried out in the balance. Execution of these functions in development and management of nursing services is an important role.

The purpose of this study; nursing management of a university hospital in Turkey, the organizational structure, activities, collect information about the problems is to create the profile. The study is descriptive and cross-sectional sample of 25 volunteers in the study between August to October 2010 university hospital nurses constitute manager.

General problems faced by the management of nursing services managers have been identified. In line with the results of the problems experienced in sharing solution for producing, sharing of experiences, we recommend making the periodic and traditional meetings.

Key Words: *University hospital, nursing services, profiles*

1.Giriş

Hastaneler her ülkenin sağlık sisteminde ayrı bir önem taşımaktadır. Temel işlev olarak tedavi ve bakım hizmeti sunan hastanelerde en büyük iş gücünü hemşirelerin oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri içinde yer alan hemşirelik; hasta bakımı, sağlığı koruma ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır. Hemşireler, sağlık sisteminde en kalabalık meslek grubu olarak önemli bir rol oynamaktadır. Pek çok ülke ve pek çok yerde hemşireler, hastaların sağlık hizmetleri sistemi ile bağlantılarının en önemli ilk ve son noktasıdır. Bu meslek grubunun sisteme katkıları artan bir şekilde kabul görmektedir. Bununla birlikte işlevlerinin güçlendirilmesi ve geliştirilmesine olan ihtiyaç konusu da dile getirilmektedir (Arcak 2006). Sağlık bakım hizmeti sunulmasında ve hasta memnuniyetinin sağlanmasında sağlık hizmeti sunucularının önemli aktörlerinden olan hemşireler hastanelerin başarısını etkilemektedir (Görak 1990).

Hemşirelik sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası ve sağlıklı/hasta birey yeteneğiyle, hemşirelik hizmetlerini planlayarak uygulayabilen, ekip çalışmasını başarıyla yürütebilen, sağlık ekibi üyeleriyle uyum içinde çalışabilen sorumlu insan gücüdür. Hemşirelik hizmetleri ise hastanelerde hem tedavinin etkinliğinin artırılmasında hem de toplumun bu kurumlara olan olumsuz inançlarının saygı ve güvene dönüştürülmesinde etkili bir rol oynamaktadır. Ayrıca hastanın bedensel, psikolojik ve sosyal tüm bakım ihtiyaçlarının karşılanmasının yanı sıra, hasta ve ailesine sağlık eğitimi vermeyi de kapsar. Hemşirelik hizmetleri; etkili hasta bakım hizmeti vererek, yönetsel standartları destekleyerek ve toplumla

olumlu ilişkiler kurarak hastane organizasyonunun başarısını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle, her alanda olduğu gibi, beklenen kalite ve verim düzeyinin elde edilebilmesi için, hemşirelik hizmetlerinin de profesyonelce yönetilmesi gerekmektedir (Karadağ 2006).

Hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri, hastaya verilen hemşirelik bakımı ile hasta ve ailesine verilen sağlık eğitimini içine alır. Bu hizmetlerin hastane içerisinde organizasyonu, yürütülmesi ve denetimi görevi başhekime bağlı başhemşireye verilmiştir. Başhemşire ve hemşirenin görevleri yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde belirtilmiştir (Gül 2000). Hemşirelik hizmetleri üst yöneticisi (Başhemşire, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Hemşirelik Hizmetleri Direktörü), sağlık kuruluşu en üst yöneticisine karşı sorumludur ve yönetici personelin seçiminde, bütçenin planlanmasında ve anahtar noktalarda karar verme süreçlerine diğer üst yöneticiler ile birlikte katılır.

Tıp ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde, uygulama merkezleri olarak önemli işlevleri olan üniversite hastaneleri, diğer kurumlara göre farklı özellikler taşırlar. Bu farklılıklarda amaç, yapı, işleyiş ve yönetim biçimleri, sahip oldukları insan gücü ve teknolojileri ve kabul ettikleri hasta çeşiti gibi alanlarda görüldüğü belirtilmiştir. Tıp, hemşirelik ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitimi, sağlıkla ilgili araştırmalar ve hasta tedavisi üniversite hastanelerinin üç temel görevidir. Üniversite hastaneleri, yönetim ve organizasyon açısından da farklılıklar gösterir. Üniversite hastanelerinde hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan hemşirelik hizmetleri müdürü, devlet hastanelerindeki başhemşirenin görevini üstlenmiştir. İyi kurulmuş ve yönetilmiş hastaneler olmadıkça toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastanın iyileştirilmesi mümkün değildir. Hastaneler sağlıklı ve hasta bireylere yarar sağlayan hizmet organizasyonlarıdır. Hemşirelik hizmetleri, hem sağlık ekibi içerisindeki rolü, hem de hastanelerin başarısındaki etkileri gereği önemli bir konuma sahiptir. Bu da hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin iyi bir şekilde yönetilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır (Velioğlu 1986). İş ve çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin daha verimli çalışacakları ve bu verimli çalışmanın sonuçlarının hastanelerin başarısını olumlu etkileyeceği yadsınamaz bir gerçektir.

2.Yöntem

2.1.Araştırmanın Amacı

Araştırma Türkiye’deki üniversite hastanelerinin hemşirelik hizmetleri yönetiminin organizasyonel yapısı, faaliyetleri, yaşadığı sorunlarla ilgili bilgi toplayarak profil oluşturmak ve saptanan sorunlara ilişkin çözüm önerileri geliştirmek için planlanmıştır.

2.2.Evren ve Örneklem

Bu çalışma 2010 Ağustos-Ekim tarihlerinde yapılan, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 74 üniversite hastanesi hemşire yöneticisi, örneklemi ise çalışmaya gönüllü 25 üniversite hastanesi hemşire yöneticisi oluşturmaktadır.

2.3.Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin toplanmasında, hastanenin özelliklerini ve hemşirelik hizmetlerini sorgulayan 59 soruluk bilgi formu kullanılmıştır. Bilgiler, üniversite hastanelerinin web sayfasından, e-maile ve telefonla görüşülerek toplanmıştır. 74 üniversite hastanesinin 61’inin web sayfasına ulaşılmıştır. Hemşirelik hizmetleri yöneticisinin 55’iyle

önce telefonla görüşülmüş ve e-maillerine bilgi formu gönderilmiştir. 25 Üniversite hastanesinin hemşirelik hizmetleri yöneticisi çalışmaya katılmıştır.

Bilgiler SPSS 15.0 programında, yüzdelemeyle değerlendirilmiştir.

3.Bulgular

Web sayfasından 61 hastanenin özellikleri incelendiğinde; çoğunun yatak sayısının 900 ve üstünde olduğu (n:20), hemşirelik hizmetleri yönetiminin isminin başhemşirelik olduğu (n=29), yönetmeliğinin olduğu (n:38), kalite belgesinin olmadığı (n:31), kalite belgesi olmayan hastanelerden İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nün kalite belgesi aldığı saptanmıştır.

Çalışmaya alınan üniversite hastanesinin 18'inin yönetmeliği olduğu, hemşirelik hizmetleri yönetiminin isminin Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü olduğu (n:15), hemşirelik hizmetleri yönetiminin isminin yönetmelikte Yönetim Kurulu içinde geçtiği (n=9), belirlenmiştir.

Çalışan hemşire sayısının 9 ile 1106 arasında değiştiği, çoğunun çalışan hemşire sayısının 10-150 arasında olduğu (n:8) saptanmıştır. Yönetici Hemşirelerin çoğunun lisans mezunu (n:15), en az bir yardımcısı olduğu (n:8) ve üst yönetim olarak Hastane Baş Müdürlüğüne (n=21) bağlı çalıştığı belirlenmiştir.

Yönetici hemşirelerin, yeni başlayan hemşirelerle görüşme yaptığı (n:25) ve hemşireleri ihtiyacı olan birimlere görevlendirdikleri ve görev yerlerini üst yönetime yazılı olarak bildirdikleri (n:25) ve hemşirelerin sicillerini doldurdıkları (n:16) saptanmıştır.

Eğitim Faaliyetlerinde; genel ve birime özgü oryantasyon eğitimi programlarını yaptıkları (n:21), son 5 yıl içinde kongre/sempozyum (n:17), kurum içinde kurs (n:15) ve Sağlık Müdürlüğü işbirliğiyle sertifikalı kurslar (n:15) düzenledikleri, hasta eğitimleri (n:23), dış kurumlardaki sağlık çalışanlarına rehberlik danışmanlık yaptıkları (n:15), öğrenci eğitimlerini destekledikleri (n:20), son bir yıl içinde araştırma yaptıkları (n:13), yayın (n:21) ve proje (n:16) yapmadıkları belirlenmiştir.

Bakım faaliyetlerinde; bakım standartları oluşturma çalışmalarının (n:16) enfeksiyon kontrolüne yönelik eğitim, denetim ve surveyansların (n:25) yapıldığı, olağan üstü durumlara (n:18) ve hasta ve çalışan güvenliğine yönelik eğitim, denetim ve uygulamaların geliştirilmesi için çalışmalar (n:25) yapıldığı, kayıt sistemi oluşturma (n:18) ve bakım indikatörleri çalışmalarının ise olmadığı (n:13), saptanmıştır.

Başhekim/Başmüdürle ihtiyaç doğrultusunda, alt kademe hemşire yöneticilerle planlı toplantılar yaptıkları, hemşirelerle telefon ve yazışma yoluyla haberleştikleri (n:25) belirlenmiştir.

4.Sonuç

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yöneticilerin sorunlar yaşadığı; hemşire sayısının yetersizliği, insan gücü planlamada zorlanma, mesleği dışındaki alanlarda çalışmaya zorlanma, üst yönetimin sık değişmesi ve çatışma, yetki ve sorumlulukları uygulamada zorlanma, destek hizmetlerin denetimiyle ilgili sorunlar, bakım hizmetlerinde standart yaklaşımların yetersizliği, hemşirelik hizmetlerine müdahale, hemşirelik hizmetlerinin performans değerlendirme dışında bırakılması, hastane yönetiminde söz sahibi olamama hemşire eğitimlerinin desteklenmemesi (n:25) olarak belirtmişlerdir.

Sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik hizmetleri yönetiminde genel yönetim politikalarında otokratik yaklaşımdan uzak katılımcı yaklaşımla hareket edilmesi,
- Hemşireler arasında işbirliği ve amaç birliği oluşturularak ortak platformda toplanılmasının sağlanması,
- Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yetki devri etkin bir şekilde gerçekleştirilerek, hemşirelerin bağımsız karar verebilmeleri için yetki ve sorumluluklarının artırılması,
- Hemşirelik hizmetleri yönetiminde hiyerarşi düzeyinde ast-üst ilişkileri geliştirilerek, kararlara katılma ve üst yönetimde yer alma, etkin haberleşmenin sağlanması,
- Hemşirelik hizmetleri yönetiminde dökümantasyon süreci geliştirilerek, iş tanımları yapılması; görev, yetki ve sorumlulukların açık ve net bir şekilde belirlenmesi,
- Hemşirelerin görev yerleri belirlenirken bilgi, beceri, eğitimi ve uzmanlık alanlarının dikkate alınması ve bu bağlamda kişisel gelişim ve kariyer geliştirme olanaklarının sağlanması,
- Her branşta ve her bölümde, her kademedan hemşirelerin katılabileceği, hizmette aksayan yönler ve karşılaşılan problemler hakkında belli periyotlarla paylaşım toplantılarının yapılarak, ortak karar verme ve bölümler arası iletişimin sağlanması,
- Hemşirelere gerek okul döneminde gerekse göreve başladıkları dönemde oryantasyon eğitimi kapsamında görev, yetki ve sorumluluklar konusu üzerinde önemle durulması,
- Kurumda çalışanların birbirleriyle uyum içinde olmaları için sosyal ortamlar oluşturulması, dolayısıyla bireysel motivasyon ve iş doyumunun sağlanması,
- Çalışma ortamlarının fiziksel sağlıklarını gözeterek şekilde düzenlenmesine önem verilmesi,
- Hemşire kadrolarının teknolojik gelişmeler ve ihtiyaçlar doğrultusunda sürekli gözden geçirilerek güncel tutulmasının sağlanması, iş yüküne ve ihtiyaca dayalı bir personel politikasının izlenmesi önerilmektedir.



Kaynaklar

- 1.Arcak R, Kasımoğlu E (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane Ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü Ve İş Memnuniyeti, Dicle Tıp Dergisi, 33(1), s.23-30.
- 2.Görak G (1990). Hastane Hizmetleri Ve Hastane Yönetiminden Kaynaklanan Sorunlar, Hemşirelik Bülteni, 4, s.23-26.
- 3.Gül H (2000). Türkiye’de Kamu Yönetiminde Hizmet İçi Eğitim, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2, s.15-17.
- 4.Karadağ G, Uçan Ö (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3), s.42-51.
- 5.Velioğlu P (1986). İstanbul Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanelerindeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor, Hemşirelik Bülteni, 2, s.15-17.

ARTROSKOPİK ÖN ÇAPRAZ BAĞ YIRTIĞI TAMİRİ SONUÇLARIMIZ, 5 YILLIK TAKİP

Bülent KILIÇ*

Ali Serdar YÜCEL**

Aylin ZEKİOĞLU***

ÖZET

Ön çapraz bağ (ÖÇB) yaralanmalarına en çok sebep olan faktörler arasında spor aktivitelerinde yapılan dönme ve kesme hareketleri yer almaktadır. Ayrıca ÖÇB yaralanmasına yol açan etiyolojik faktörler arasında femurinterkondiler çentik boyutlarının etkili olabileceği ve ÖÇB ninlateralfemoralkondilinmedial kenarı üzerindeki zedelendiği özellikle interkondiler çentik darlığının ÖÇB zedelenme riskini arttırdığı savunulmaktadır. ÖÇB yaralanmalarında tanı koymada ve tedavide fizik muayene ile birlikte artroskopi yöntemi uygulanır. Çalışmamızda; 62 amatör ve profesyonel sporcu hastamıza uyguladığımız smitendinöz ve grasilistendonuotogrefliartroskopikÖÇB tamiri uyguladığımız hastalarımızın tümünün 4,3 ayda aktif spora dönmesi sağlanmıştır, 5 hastamızda travmatik ÖÇB rerüptürü gelişmiştir, 14 hastamız diz önü ağrısından şikayet etmiştir, 9 hastamızda tibialstaple tahrişine bağlı şikayet ve 7 hastamızda patellartendon çevresi tibial tünele yakın kronik ağrı oluşmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ön Çapraz Bağ, Artroskopi

* Ortopedi Uzmanı Bülent Kılıç Tekirdağ,

** Ali Serdar YÜCEL Fırat Üniversitesi Besyo

***Aylin ZEKİOĞLU Celal Beyar Üniversitesi Besyo

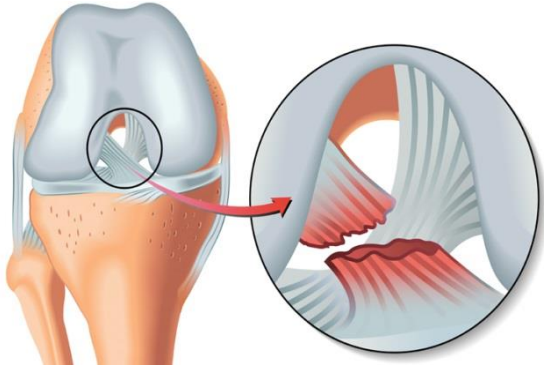
Giriş

Diz eklem travmaya en açık eklemlerden biridir. Travmaya daha çok trafik kazaları ya da sportif faaliyetler sebep olmaktadır. Diz yaralanmaları sonucunda, eklem stabilitesini sağlayan ligamentler zarar görürler. Bunlar arasında ÖÇB % 48 ile birinci sıradadır [1],[2]. Ön çapraz bağ (ÖÇB), diz hareketlerini farklı serbestlik derecelerinde stabilize etmek üzere düzenlenmiş bir anatomik yapıdır[3],[4]. Yani çapraz bağların temel görevi, dizin hareket genişliğine izin verirken sağlamlığını korumaktır. Çapraz bağlar temel olarak ön-arka kaymayı önlerken yan bağlara da destek olurlar. Aynı zamanda çapraz bağlar tam açık dizde kilit mekanizmasına katkıda bulunarak az bir enerji harcamayla uzun süre ayakta kalabilmemizi sağlamaktadırlar[5]. ÖÇB, tibianın dönmesini ve femura göre öne kaymasını engeller, dizin 30° fleksiyon pozisyonundan tam ekstansiyona gelişi sırasında tibiayifemur üzerine doğru eksternal rotasyona getirerek stabilize eder [3],[4]. Ön çapraz bağ; diz içerisinde femur ve tibiakemiklerini birbirine bağlayan, bacak kemiğinin öne kaymasını kısıtlayarak dizin stabilitesine katkı sağlar yani ÖÇB, tibianın öne yer değiştirmesini primer olarak (%86) engelleyen yapıdır.[6]. Ayrıca ÖÇB diz eksenini oluşturan fleksiyonun her safhasında, dizde varus ve valgus için sekonder bir sınırlayıcıdır. Ayrıca iç rotasyon ve hiperekstansiyonu engeller[7]. Çok güçlü olmasına rağmen doğal esnekliği az olan ÖÇB dinlenme halindeki boyunu %5'ten daha fazla gerdirecek bir yüklenme ile karşılaştığında kopar. Akut ön çapraz bağ yaralanmasından sonra dizde menisküs yırtığı görülme oranı %45-68 arasındadır[7].

ÖÇB yırtıkları genellikle ya bir hiperekstansiyon hasarlanması ya da dize gelen valgus kuvveti sonucu[8],[9],[10],[4] ani yavaşlama, dönme ve yön değiştirme ile dizin dönmesi, zıpladıktan sonra yere inerken dizin dönmesi ya da dize gelen direk darbeler ile ortaya çıkabilir. Daha nadir olarak arkadan öne doğru direk darbeler sonucu ortaya çıkar [10]. Ayrıca ÖÇB yaralanmasına yol açan etiyolojik faktörler arasında femur interkondiler çentik boyutlarının etkili olabileceği ve ÖÇB nin lateral femoral kondilin medial kenarı üzerindeyken zedelendiği özellikle interkondiler çentik darlığının ÖÇB zedelenme riskini arttırdığı savunulmaktadır [2].

Yırtılma sonrası boşluk hissi ortaya çıkar, hasta dizi üzerine basmakta zorlanır. Sonrasında dizde şişme ve ağrı görülür. Fizik muayenede ön çekmece, lachman, pivot shift testlerinin pozitif olması beklenir. Tedavi hastanın yaşına, mesleki ve sportif aktivitesine göre belirlenir [11], [4].

Ön çapraz bağ yırtıkları ile birlikte menisküs yırtığı ve kıkırdak zedelenmesi görülebilir. ÖÇB tedavi yapılmadığı takdirde yukarıdaki hasarlarla birlikte rotasyonel instabilite ilerler ve dejeneratif değişiklikler daha hızlı gelişir. Ön çapraz bağ yaralanması olan hastanın cerrahi tedavisi ve sonrasında rehabilitasyon programının belirlenmesi önemlidir [4].



Şekil 2 Ön Çapraz Bağ Yaralanması[34].

ÖÇB Yaralanma mekanizmalarını kontakt ve non-kontakt olarak ikiye ayırabiliriz. Kontakt yaralanmalardan ilki diz dış rotasyonda iken valgus kuvveti etkisinde olan kontaktyaralanmadır. Bu mekanizma ile birlikte sıklıkla İYB ve medial destek yapıları zarar görür. İkinci ise diz hiperekstansiyonda iken görülür ve % 30 oranında menisküs yırtıkları içerir. Ciddi derecede kontakthiperekstansiyon yaralanmaları AÇB ve posterior kapsül ile birlikte nörovasküler yapıların da hasarına yol açabilir. Üçüncüsü ise diz fleksiyonda iken direkt darbe ile oluşur. Tibia femur üzerinde posteriora deplasmana zorlanır ve beraberinde AÇB sıklıkla zarar görür [12]. Nonkontaktyaralanmalar daha çok kayak sporu yapanlarda görülür. Bu yaralanmaların ilki klasik olarak öne doğru düşerken kayağın iç tarafının kara saplanarak dize gelen valgus ve dış rotasyon kuvvetlerinin etkileşmesi ile oluşur [12]. İkinci dengesi yitiren ve arkaya doğru düşmekte olan kayakçının tekrar dengesini sağlamak için oluşturduğu ani ve kuvvetli quadiceps kasılması ile birlikte yüksek kayak ayak kabalarının arkauzantılarının yarattığı pasif ön çekme kuvvetlerinin birleşmesidir [13]. Üçüncüsü ise kuvvetli ve ani quadiceps kasılmasına bağlı ÖÇB yırtıkları, basketbol ve futbol oyuncularının yöndeğiştirmek için ani yavaşlama sırasında ayakları sabit durumda yere basarken gövdelerinin dönecekleri yöne çevirdiklerinde femur tibia üzerinde dış rotasyona zorlanması sonucu oluşur [12]. Diğer ÖÇB yaralanması çeşidi isporcuların hızla yükseldikten sonra diz ekstansiyonda iken yere düşmeleri veya yüksek bir yerden ayakları üzerine atlamaları sonucunda oluşur [14], [2].

ÖÇB yaralanmalarında en sık yakınmalar koşamama, spor yapamama, ani durma ve sıçramalarda dizin boşa çıkması ve ağrıdır. Hastalar ağrıdan çok kopma hissi ve patlama tarzında ses (pop sesi) duyduklarını ifade ederler [15], [10]. Bu hissi iki yumruğun birbiri üzerinde kayması ile tarif ederler (=iki yumruk belirtisi=two fists sign) [7]. Hasta dizindeki travma sonrası hemartoz ile baş vurur. Spor esnasında ÖÇB yetersizliği bulunan ekstremite üzerine yük verirken yapılan ani dönüş ve yön değiştirmeler sırasında tibianın öne translasyonu nedeni ile dizde boşalma (giving-way) ortaya çıkar. Bu ataklar sırasında şişlik veya ağrı oluşmaz. Ancak bu ataklarla ikincil menisküs lezyonu veya kıkırdak lezyonları oluşabilir. Bu lezyonlardan dolayı ağrı ve şişlik gelişebilir [16], [7].

Ağrı diz eklemindeki diğer yapılarda meydana gelen hasarlardan kaynaklanır. Yaralanma sonrası kişi yaptığı aktiviteye devam edemez [17]. Daha ağır vakalarda ise çoklu bağ yaralanmasına bağlı olarak eklem kombine instabilite olur. Hematomun cilt altından görülmesi eklem kapsülü yırtığı ile beraber ağır bir yaralanmayı gösterir. Bunun yanında dizde hareket kısıtlılığı olabilir [8], [10].

Ön çapraz bağ yaralanmalarında görüntüleme, direk radyografiler, manyetik rezonans görüntüleme (mrg), ultrasonografi (usg), artroskopi yoluyla yapılır.

Tedavi

Güncel ortopedik uygulamaları sportif ve bedensel aktivitesi yüksek insanlarda ÖÇB'nin ameliyat ile yeniden oluşturulmasını önermektedir. Ameliyat esnasında yırtılmış bağ uç uca dikilmediği için bu bir tamir değil, farklı yöntemlerle bağın yeniden oluşturulması, rekonstrüksiyonudur[6]. Ancak cerrahi tedaviden önce dizdeki ödem, hareket kısıtlılığı konservatif tedavi edilip inflamasyon azaltılmalıdır[18], [10].

ÖÇB'inrekonstrüksiyonumenisektomi oranı azaltır ve objektif stabiliteyi sağlar. Pivot-shift testi negatif olan, akut, kısmi izole ÖÇB yaralanmalarında konservatif tedavi önceliklidir. Fakat bu olguların yaklaşık üçte birinin daha sonra cerrahiye gideceği bilinmelidir. ÖÇB cerrahisinde amaçlar; normal diz kinematığını ve stabiliteyi sağlamak dizin işlevsel kapasitesini arttırmak, diğer anatomik yapıları koruyarak yeni yaralanmaların önüne geçmek, yaralanma öncesindeki güç, hareket açıklığı ve işlevselliği yeniden kazanmaktır[7]. ÖÇB rekonstrüksiyonlarında en iyi sonuçlar, tamir edilemez menisküs ve kırıkardak yaralanmaları oluşmadan önce dizde stabilitenin sağlanabildiği olgularda elde edilmektedir. En iyi cerrahi zaman; dizdeki şişlik ve hassasiyetin dinip, normal diz hareket açıklığının kazanıldığı andır.

Yaralanmış ÖÇB cerrahi tedavisinin başarısında greft seçimi önemlidir. Greft seçimi, cerrahi deneyim, tercih, doku durumu, hastanın yaşı, aktivite durumu, eşlik eden hastalıklar, cerrahi öncesi durum ve hastanın kararına bağlıdır [19],[20],[21],[22],[23]. Bunun için kadavradan alınan allogreftler ya da sıklıkla olduğu gibi kişinin kendi vücudunun farklı bölgelerinden tendongreftleri kullanılmaktadır. Sıklıkla kullanılan otogreft alanları; uyluk iç tarafından hamstringtendongrefti, diz önünden kemik-patellartendon-kemik grefti ve uyluk önünden quadricepstendongreftidir[6]. Günümüzde greftler, 1- Otogreftler, 2- Allogreftler, 3- Sentetik Greftler olmak üzere üç ana başlık altında toplanabilir. Otogreftlerinbaşlıcaları; Kemik- patellartendon – kemik (K-Pt-K) grefti, hamstringtendonları (semitendinosus ve grasilis)ve quadrisepstendon (QT) greftidir[24],[25],[26],[7], [18], [10].

Ameliyat esnasında artroskopik olarak uyluk ve bacak kemiklerine tüneller açılmakta, hazırlanan yeni tendongrefti bu tünellere yerleştirilip çeşitli emilebilen veya metal enstrümanlarla tespit edilmektedir. Artroskopi için diz kapağı kenarlarından açılan küçük deliklerden çeşitli enstrümanlar ve görüntüleme cihazları diz içerisine sokulmakta ve kapalı devre kamera sistemi ile ekrandan diz içerisi izlenebilmektedir. Hem tanı hem de tedaviye yönelik uygulamalar yapılabilmektedir[6].

ÖÇB rekonstrüksiyonunda genel, spinal, ya da epidural anestezi uygulanır Hasta supin pozisyonunda yatar ve diz yan destek ile desteklenir. Uyluğa turnike sarılır ve mümkün olduğunca proksimale çekilir. Diz fleksiyonu en az 70°-90° olacak şekilde ayarlanır ve artroskopi işlemine geçilir. Artroskopi sırasında, önceliklepatolojiler çıkarılır. Menisektomi yapılır, menisküs tamiri esnasında dikişler geçilir ancak bağlanmaz. ÖÇB artıkları, tibial ve femoral tarafta temizlenir. Kronik vakalarda ise daralmış olan interkondilernotchu genişletmek için notchplastisi yapılabilir[8],[27],[28].Tibiyaltüberkülün yaklaşık 2 cm mediyalindekiperiost tabanı mediyalde olacak şekilde kaydırılır. Tünel uzunluğunun uygun olması için bu bölgeden tibia uzun eksenine 55° açı yapacak şekilde bir kılavuz teli ekleme doğru yerleştirilir[10].Kılavuz telin intraartiküler çıkış yeri ÖÇB yapışma yerinin merkezinin birkaç mm posteriorunda olmalıdır. Bu nokta anatomik olarak lateralmenisküs ön boynuzunun arka sınırının 7 mm mediyali ve arka çapraz bağın 7 mm önüdür [8],[27]. Kılavuz tel uygun biçimde gönderildikten sonra 10 mm'likkanüllüdrill ile tibial tünel açılır [10].Diz 90° fleksiyonda iken tibial tünelden geçirilen 7 mm ofsetli çengel uçlu kılavuz interkondiler

çentiğın posterior duvarına sağ diz için saat 11, sol diz için saat 1 22 hizasına yerleştirilir ve kılavuz teli femuranterior korteksten çıkana kadar ilerletilir Tel üzerinden 10 mm kanüllüdrill ile femoral tünel açılır Yedi milimetrelık ofset kullanıldığı için 10 mm uyma sonrası femurposteriorunda 2 mm korteks sağlam kalır. K-T-K greft için açılacak tünel, kemik blok uzunluğundan 2 mm daha uzun olmalıdır. [8],[27],[28],[10].

Normal diz fonksiyonunu sağlamak üzere ÖÇB'nin her iki bandı darekonstrükte edilir. Bu yöntem“çift band tekniğı”denir.Portaller açılıp artroskopik muayene ile ÖÇB'ninfemur ve tibiadakeromediyal ve posterolateral yapışma yeri izleri ortaya çıkarılır. Açılan posterolateral femoral tünelile ÖÇB'ninfemoral yapışma yeri dizin pozisyonu ile değışiklik gösterir. Kılavuz tel posterolateral bant yapışma izine yerleştirildikten sonra diz 120°'ye kadar fleksiyona getirilir, ve 7 mm drill ile 25-30 mm tünel açılır Tibiyal tüneller için tibiyanınanteromediyalindentüberkül seviyesinden yaklaşık 4 cm likinsizyon yapılır. Öncelikle kılavuz 55°'ye ayarlanır ve tibiyalposterolateral yapışma izinin üzerine yerleştirilir ve kılavuz tel gönderilir. Daha sonra anteromediyaltibiya tünel için kılavuz 45°'ye ayarlanır. Bu tünelin tibia korteks üzerindeki başlangıç yeri daha önde ve daha proksimaldedir. Kılavuz anteromediyal[29].yapışma izinin üzerine yerleştirilir ve kılavuz tel gönderilir Tibiyal tüneller 7 ve 8 mm drilller ile açılır. Son olarak transtibiyaal olarak femuranteromediyal tünel açılır[30],[10]. Tünellerin açılmasından sonra ilk olarak greftinfemoral ucu tespit edilir. Femoral tespit alınan grefte bağı olarakinterferans vidası, vida pul kombinasyonu, çapraz çivi, kanca ve düğme ile tespit edilebilir.Tibial tarafta da alınan grefte göre interferans vidası, staple, pul-vida, vida-staple, sütür post yöntemleriyle tespit yapılabilir. [31] Tespitler sonrası dize fleksiyon ve ekstansiyon yaptırılıp greftininterkondiler çentikte sıkışıp sıkışmadığı kontrol edilir. Eklem içi yıkanır, menisküs dikişi varsa bağlanır. Stabilite muayene edilir [10].

Metod Ve Bulgular

Çeşitli tarihlerde spor travmalarına bağı tarafımızdan akut ve kronik ÖÇB yırtığı tanısı konan 62 sporcu çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalarımızın ortalama yaşı 38,3 tür. Hastalarımızın 46 sı erkektir. Tüm hastalarımıza fizik muayene sonrası radyografik inceleme ve magnetikrezonans görüntüleme yapılmıştır. Hastalarımıza preop tam kat ÖÇB yırtığı tanısı konduktan sonra, ameliyat hazırlıkları yapılmıştır.

Hastalarımıza durumuna göre genel ve spinal anestezi uygulanmıştır. İlgili bacak a turnike uygulanmıştır, steril hazırlanmıştır. Öncelikle diagnostikartroskopi yapılmış, ÖÇB yırtığı tanısı kesinleştirilmiş, beraberindeki diğەر patolojilere(menisküs yırtığı vs) uygun tedavi, yapılmış, ÖÇB kalıntıları temizlenmiştir. Patellartendonmedialinden yapılan mini oblikinsizyonla, semitendinöz ve grasilisgreftleri alınmıştır.

Greft hazırlanmış ve gerekli ölçümler yapıldıktan sonra, artroskopikguideler yardımıyla tibial ve femoral tüneller hazırlanmış, greftimplante edilmiş, greft hareketi kontrol edilmiş ve femoral kısım transfiksasyon vidası ile,tibial kısım bioabsorbable vida ile pressfit tespit edilmiş, 1 adet staple ile tibial tespit güçlendirilmiştir. Artroskopik olarak greftinstabilitesi, sıkışma durumu vs kontrol edilmiştir. Portaller 1 adet dren konularak ve insizyonlar usulüne uygun kapatılmıştır.Turnike açılmış, bandajlama yapılmış ve menteşeli alt ekstremitebrase i ameliyathanede takılmıştır. Tüm hastaların postop 1.günde drenleri alınmış, yürütölmüş ve aktif güçlendirme egzersizleri başlanmıştır. Tüm hastalarımız fizik tedavi programına alınmıştır. Postop 1.günden itibaren tam yük vererek yürütölmüşler ve 3. haftada braseleri çıkarılmıştır. Hastalar poliklinikten takip edilmişlerdir.

Çalışmamızda; 62 amatör ve profesyonel sporcu hastamıza uyguladığımız smitendinöz ve grasilistendonuotogreftliartroskopik ÖÇB tamiri uyguladığımız hastalarımızın tümünün 4,3 ayda aktif spora dönmesi sağlanmıştır [Şekil2], 5 hastamızda travmatik ÖÇB rerüptürü gelişmiştir, 14 hastamız diz önü ağrısından şikayet etmiştir, 9 hastamızda tibialstaple tahrişine bağlı şikayet ve 7 hastamızda patellartendon çevresi tibial tünele yakın kronik ağrı oluşmuştur.

Şekil 2: ÖÇB rüptürü olan hastamıza uyguladığımız transfiksasyon yönteminin post op grafisi



Tartışma

Ön Çapraz Bağ yırtılması , spor aktiviteleri ve günlük aktivitelere bağlı olarak gelişen ve oldukça sık görülen bir yaralanmadır.ÖÇB tibianın öne yer değiştirmesini primer olarak (%86) engelleyen yapıdır. [6]. Ayrıca iç rotasyon ve hiperekstansiyonu engeller [7]. ÖÇB yırtıkları genellikle ya bir hiperekstansiyon hasarlanması ya da dize gelen valgus kuvveti sonucu[8],[9],[10],[4] ani yavaşlama, dönme ve yön değiştirme ile dizin dönmesi, zıpladıktan sonra yere inerken dizin dönmesi ya da dize gelen direk darbeler ile ortaya çıkabilir. Yırtılma sonrası boşluk hissi ortaya çıkar, hasta dizi üzerine basmakta zorlanır. Sonrasında dizde şişme ve ağrı görülür. Fizik muayenede ön çekmece, lachman, pivotshift testlerinin pozitif olması beklenir. Tedavi hastanın yaşına, mesleki ve sportif aktivitesine göre belirlenir [11],[4]. Tedavi; farklı yöntemlerle bağın yeniden oluşturulması, rekonstrüksiyonudur[6]. Ancak cerrahi tedaviden önce dizdeki ödem, hareket kısıtlılığı konservatif tedavi edilip inflamasyon azaltılmalıdır[18], [10].

Çalışmamızdaki tüm hastalar genç ve aktif hastalardır. Akut travmalı tüm hastalar, akut doku reaksiyonu geçene kadar takip ve tedavi edilmişler, daha sonra cerrahiye alınmışlardır. Tüm hastalarımızın yaşam tarzlarını ciddi düzeyde etkileyen şikayetleri mevcuttu. Hastalarımızın tamamında başarılı bir şekilde yaşamlarına dönmelerinin sağlanması, ÖÇB cerrahisinin önemini ortaya koymaktadır. Erken dönemde harekete izin verilmesinde, press fit olarak yaptığımız tibial tespitinin önemi vardır. Hastalarımızda, travmaya bağlı bağ rüptürü (5 hasta) dışında nüks olmaması önemlidir. Staple tahrişi olan 9 hastamızınstaplelarilokal anesteziyle alınmıştır. Diz önü ağrısı olan 14 hastamız, quadriceps güçlendirici egzersizlerle tedavi edilmiştir.Patellartendon çevresi kronik ağrısı olan hastalarımıza lokal enjeksiyon yapılarak tedavi edilmişlerdir. Çalışmamızda tektipotogreft kullanılmış olması dezavantajdır. 5 yıllık takibimiz anlamlıdır. Revizyon uygulamalarının olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızdaki tüm hastaların sporcu olması ve güçlü bacak kaslarına sahip olmaları sonuca olumlu yansımıştır. Çalışmamızda tek tip cerrahi yöntem (tranfiksasyon ve tibialvidalama+staple) kullanmamız, çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Sonuç

Özellikle genç aktif ve ÖÇB yırtığına bağlı şikayetleri olan hastalarda, ÖÇB rekonstrüksiyon cerrahisi uygulanmalıdır. Çalışmamızda uyguladığımız teknikle ve 5 yıllık takibimizle elde ettiğimiz başarı anlamlıdır. Ototegreft kullanımının başarıda önemine inanmaktayız. Tibial ve femoral tespitlerin gücünün, hastanın erken aktif yaşamına dönmesini kolaylaştırdığına inanmaktayız. Şikayetleri olan tüm genç hastaların ÖÇB cerrahisi ile yaşam kalitelerinin artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynakça

- 1.Mink JH, Deutsch AL. Magneticresonanceimaging of theknee. ClinOrthopRelatRes 1989;244:29-47.
- 2.Kalaycı, Cem Burak. (2009). Femurİnterkondiler Çentik Genişliği Ve Ön Çapraz Bağ Yırtıkları İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, T.C.Sağlık Bakanlığı, Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul.
- 3.Ece Kaptanoğlu, Erkan Mestçi, Mete Özyurt. Ön Çapraz Bağ Tamiri Sonrası Uygulanan Hızlandırılmış Rehabilitasyon Programının Sonuçları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Reha. Dergisi, 1998;44:46-50.
- 4.Altındağ, Özlem; Kocabey, Yavuz; Soran, Neslihan; Tabur, Hasan. (2009). Artroskopik Ön Çapraz Bağ Tamiri Sonrası Hızlandırılmış Rehabilitasyon Programı, Gaziantep Tıp Dergisi, 15(1):16-19.
- 5.<http://www.ibrahimyanmis.com/belge/oncaprazbaglar.pdf>.
- 6.<http://karahan.dr.tr/wp-content/uploads/2013/05/ocb-bilgilendirme-onur.pdf>
- 7.Kılınçoğlu, Volkan. (2006). Otojen Hamstring Tendonlarıyla Artroskopik Ön Çapraz Bağ Rekonstrüksiyonu (Cross PınTekniği), Sağlık Bakanlığı, Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Iı. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 8.Tandoğan NR. Ön Çapraz Bağ Yaralanmaları. Tandoğan N R, Alpaslan A M. Diz Cerrahisi. 1.Baskı, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, 1996: 157-177
- 9.Marzo JM, Warren RF. Acute Anterior Cruciate and Medial Collateral Ligamentinjuries. Insall J, Windsor R. Surgery Of TheKnee. 2nd Ed, United States Of America: Churchill Livengstone, 1993: 403-424
- 10.Türkoğlu, Kerim. (2010). Ön Çapraz Bağ Yaralanmalarının Cerrahi Tedavi Sonuçları, Uzmanlık Tezi, TC Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı
- 11.Fanelli GC, Edson CJ. Arthroscopically assisted combined anterior and posterior cruciat eligamentre construction in themultipl eligament injured knee: 2-to 10-year follow- up. Arthroscopy. 2002;18:703-14.
- 12.Johnson DL, Warner JJ. Diagnosis for anterior cruciat eligament surgery. Clin Sports Med. 1993;12: 671-84.

13. Feagin JA. Principles of diagnosis and treatment of crucial ligaments, Churchill-Livingstone New York 1988 , pp. 3-154.
14. Zarins B, Nemeth VA. Acute knee injuries in athletes. Orthop Clin North Am. 1985 ; 16:285-302.
15. Guillodo Y, Rannou N, Dubrana F, Lefevre C. Diagnosis of Anterior Cruciate Ligament Rupture in an Emergency Department. The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care November 2008
16. Alturfan A., Atalar A.: ÖÇB Yaralanmalarında Klinik Görüntüleme ve Kantitatif Enstrümanlı Ölçüm. Acta Orthop TraumaTurc. 1999;33-5; 374-380
17. Miller RH. Knee İnjuries. Canale, S.T. Campbell's Operative Orthopaedics. 10th Ed, United States Of America: Mosby 2003: 2253-2323
18. Johnson D. Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Techniques in Knee Surgery. Techniques in Knee Surgery 2006; 5(2):107-120
19. Demirağ B, Öztürk Ç, Bilgen ÖF, Durak K. Knee dislocations: an evaluation of surgical and konservative treatment. Ulus Travma Derg 2004;10:239-44.
20. Aşık M, Atalar AC. Sporcularda diz yaralanmaları. Klinik Gelişim 2009;22:88-93.
21. West RV, Harner CD. Graftselection in anteriorcruciateligamentreconstruction. J Am Acad Orthop Surg 2005;13:197-207.
22. Romanini E, D'Angelo F, De Masi S, Adriani E, Magaletti M, Lacorte E, et al. Graft selection in arthroscopic anterior cruciate ligamentre construction. J Orthop Traumatol 2010;11:211-9.
23. Aslan Ahmet; Özer, Özgür; Baydar, Metin Lütfi ; Yorgancıgil, Hüseyin; Özerdemoğlu, Remzi Arif ; Aydoğan, Nevres Hürriyet. (2012). Ön Çapraz Bağ Yaralanmaları: Ototgreft Ve Allogreft Seçenekleriyle Cerrahi Tedavi Klinik Sonuçları Etkiler Mi?,Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi; 18 (2):153-161 Klinik Çalışma Doi: 10.5505/Tjtes.2012.90767
24. Frank C.B., Alberta C., Jackson D.W.: Current Concepts Review the Science of Reconstruction of the Anterior Cruciate Ligament J Bone JointSurg. 1997:79-A/10; 1556-1576.
25. Fu F.H., Bennett C.H., Lattermann C., Berjamine C.: Current Conceptcurrent Trends in Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Am J Sports Med. 1999:27-6; 821-130.
26. Gür S.:Greft Seçimi. ActoOrhopTraumaTurc. 1999:33-5; 401-404.
27. Yerys P. Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using Allograft Single Tunnel Technique. Sports Med Arthrosc Rev 2007;15:191-198
28. Jabara M, Clancy W. Anatomic Arthroscopic Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using Bone-Patellar Tendon-Bone Autograft. Techniques in Orthopaedics 2005; 20(4):405-413
29. Larsen L, Rasmussen O. Case Report. Diagnosis of acuterupture of anterior cruciate ligament of the knee by sonography. European J Ultrtrasound 2000; 12:163-7.
30. Cohen S, Starman J, Fu F. Anatomical Double-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. Techniques in Knee Surgery 2006; 5(2):99-106

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



8. KONGRESİ

SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ
Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2013

- 31.Sarpel Y. Tespit Yöntemleri ve Materyalleri. 8.Ege Diz Cerrahisi Artroskopi Günleri. İzmir, 5-7 Şubat 2009: Kongre CD si
- 32.Turan, Sualp; Uçaner, Ahmet. (2010). Sporcularda Ön Çapraz Bağ Yaralanmaları, Ortadoğu Tıp dergisi, Haziran, Yıl:2 Sayı:2,S.10-11
- 33.<http://karahan.dr.tr/wp-content/uploads/2013/05/ocb-bilgilendirme-onur.pdf> ize dönmeniz geç olabilir.
- 34.<http://www.burakdemirag.com.tr/on-capraz-bag-yirtigi/>

KRONİK AŞİL TENDİNİTİNDE LOKAL STEROİD VE SERUM FİZYOLOJİK ENJEKSİYONU SONUÇLARIMIZ, 2 YILLIK TAKİP

Bülent KILIÇ*

Ali Serdar YÜCEL**

Aylin ZEKİOĞLU***

ÖZET

Aşiltendonu (AT) insan vücudunun en sağlam ve en kalın tendondur. Bu tendonun lifleri tamolarak vertikal değildir ve bir miktar spiralleşme gösterir. Bu sayede tendon daha sağlam olur ve lifler arasındaki sürtünmede az olur. Aşiltendiniti, aşiltendonunun aşırı kullanması, kötü kanlanması, fleksibilite yetersizliği, genetik yapı, cinsiyet, yaş, boy ve ağırlık, pes kavusdeformitesi, lateral ayak bileği instabilitesi, ayak önü varusu, yürüme sırasındaki lateral topuk vuruşu ve aşırı kompensatuarpronasyon, ayak bileği dorsifleksiyonunda azalma, alt ekstremitte dizilim bozuklukları, endokrin ve metabolik faktörler gibi daha birçok faktörün sebep olduğu bir yaralanma çeşitidir. Daha çok atlerde görülür. Aşiltendinitine histopatolojik açıdan bakıldığında tendonun anjiyofibroblastik hiperplazisi olduğu görülür. Tendonun dejeneratif sürecine karşı oluşturduğu tepki ise peritenon da inflamatuvar bir yanittir. Tedavide ağrı ve hassasiyet azaltılmaya çalışılır. Bu amaçla istirahat, soğuk uygulama, enjeksiyon ve NSAİİ kullanılabilir. Topuğun yükseltilmesi tendona binen yükü azaltacağı için uygulanması önerilir. Kronik aşamada tendonun restorasyonuna yöneltilir. Çalışmamızda; 98 hastamızın 38 inde tendinitli dokuya ve etrafına 30 cc lokal anestetik ve serum fizyolojik enjeksiyonu, 60 hastamızda 15 cc kortikosteroid ve lokal anestetik karışımı enjeksiyonu yapılmıştır. Lokal anestetikli serum fizyolojik enjekte ettiğimiz hastalarımızın % 82 sinde ortalama 6 haftada klinik rahatlama elde ettik ve 2 yıllık takibimizde nüks oluşmadı, bunun yanında kortikosteroid lokal anestetik karışımı enjekte ettiğimiz vakalarımızın %92 sinde 10 gün içinde klinik rahatlama elde ettik fakat ortalama 7,3 ayda bu hastalarımızın şikayetleri nüks etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aşil Tendonu, Tendinit

* Ortopedi Uzmanı Bülent Kılıç Tekirdağ,

** Ali Serdar YÜCEL Fırat Üniversitesi Besyo

*** Aylin ZEKİOĞLU Celal Beyar Üniversitesi Besyo

GİRİŞ

Aşiltendonu bacağın arka yüzeyelkompartmanı içinde bulunur, gastroknemius ve soleus kaslarının tendinöz kısımlarının distalde birleşmesiyle oluşur [1], [2] [3]. Aşiltendonu ve çevresindeki yapılar klinik açıdanbüyük öneme sahiptir[4]. Aşiltendonu vücudun en büyük tendonudur ve baldır kaslarını topuk kemiğine bağlar. Yürümek, koşmak ve atlamak için kullanılır.Aşiltendinit genellikle belirli bir yaralanma ilgili değil. Tendonlar için tekrarlayan stres sorunu sonuçlarından biridir[5].

Aşiltendonu, travmaya en çabuk uğrayan ve rüptüreolan tendondur[6]. Aşiltendonunundejenerasyonu ve inflamasyonu ile ortaya çıkan hastalıklardan olan aşiltendinit;tendonun gövdesinin inflamasyonudur. Tendinozise göre çok nadirdir ve sıklıkla romatizmalhastalıklarla birlikte görülür[7].Aşiltendinit arka topuk yanında bacak boyunca ağrı neden olan yaygın bir durumdur. En sade şekliyle tendinittendon iltihabıdır. Vücudun tendinit karşısında gösterdiği tepki olarak gösterdiği sık sık şişmenin nedenleri, ağrı tahriş iltihaptır [5].Aşiltendinit ile ilişkili gösterilen ağrı topuk arkasındaki bir ağrıdır. Genellikle ağrı topuk için 2-4 cm yukarıda kan akımının en çok olduğu [TendonHavza alanı](#), adı verilen konumda daha çok görülür [8].

Aşiltendonugastroknemius ve soleus kaslarından oluşur (trisepssurae). Kalkaneusun üçte birlik posterior kısmına santralden yapışırken sarmal bir yapı oluşturur. Tendonun görevi, yürüme döngüsü sırasında ayağı yavaşlatmak, stabilize etmek ve daha sonra hızlandırmaktır. Ayağın ve ayak bileğinin kötü mekaniği ve aşırı kullanımı hastayı yaralanmaya yatkın hale getirir. Aşiltendinit aslında bir aşırı kullanım yaralanmasıdır ve “tendinosis” terimi bu durumu daha iyi tanımlar çünkü histopatolojik olarak olay tendonunanjiyofibroblastikhiperplazisidir. Tendonundejeneratif sürecine cevaben peritenon da inflamatuvar bir yanıt oluşturmaktadır[9].

Aşiltendinitte cinsiyet ve yaş, fiziksel sorunlar, ayakkabı seçimi, tıbbi durumlar, kullanılan ilaçlar risk faktörlerini oluşturmaktadır[10].

Aşiltendinopatisi ise, dahaçok atletlerde karşılaşılan aşırı kullanmaya bağlı birpatolojidir. Aşırı kullanma, tendonun kötü kanlanması, fleksibiliteyetersizliği, genetik yapı, cinsiyet, yaş, boy veağırlık, pes kavusdeformitesi, lateral ayak bileğinstabilitesi, ayak önü varusu, yürüme sırasındakilateral topuk vuruşu ve aşırı kompensatuarpronasyon,ayak bileği dorsifleksiyonunda azalma, altekstremite dizilim bozuklukları, endokrin vemetabolik faktörler aşiltendinitine yol açar [11],[12].Ayrıca antrenman yoğunluğunda aniartış, koşu yüzeyindeki değişiklikler, spor öncesiyetersiz ısınma ve germe, koşu sırasında agonistantagonistkas gruplarının senkronize olmayanhareketi ve kötü ayakkabı kullanımı [6],[11] aşiltendonunun bağlı olduğu topuk kemiğinde kemik büyümesine bağlı kemik çıkıntısı, sıkı baldır kasları, [5] diğer nedenlerdendir [11] [12] [13].

Yapılan çalışmalarda kalkaneal yapışma yerinin 3-6 cm proksimalindeki bölgedeintravaskülvolumün azaldığı ve bunun tendinopati ve spontanrüptüreyol açabileceği görülmüştür [14]. Romatoidartrit, hiperürisemi, psöriasis, hiperkolesterolemigibi sistemik hastalıklar [16] ve florokinolon grubu antibiyotikler de aşiltendinitine yol açan diğer nedenlerdendir [11] [16].Klinisyen, alt ekstremite dizilimini kontrol etmeli, Aşiltendonuna aşırı stres yükleyecek kısa bacak veya pelvik rotasyon varlığını araştırmalıdır. Bir ayak pronasyonda karşı ayak rölatif supinasyonda olduğunda, sıklıkla Aşiltendonunda artmış ve eşit olmayan stres mevcuttur [17]. Kas güçsüzlükleri ve azalmış fleksibilite de sorunun nedeni olabilir[18]. Yine tendonun kısılmasına neden olan hipomobil bir pes avus varlığında, ayak

önü ekin pozisyonuna gelerek orta basma evresinde anormal yüksek tensil yüklenmeye neden olur. Subtalarpronasyon da, Aşiltendonu üzerinde patolojik stres yaratan ve sıklıkla gözden kaçan bir patolojidir. Fonksiyonel biyomekanik ortezler, ayağın normal fonksiyonu içinyardımcı olabilir[19]. Çok yumuşak topuk fordlu, ayağın yan stabilitesini sağlamayan veya yetersiz topuklu olup yumuşak zeminlerde ayağın nötraldenevreladorsifleksiyona gelmesine neden olarak tendon üzerinde aşırı gerilme yaratan ayakkabılar, sorunun nedeni olabilir[11].

Aşiltendonu’nu ilgilendiren tendinopatiler gibi patolojik durumların tanı ve tedavisinde süregelen sorunlar Aşiltendonu’nun fonksiyonel anatomisinin detaylı bir şekilde bilinmesini gerektirir. Aşiltendonu’nun çevre nörovasküler yapılar ile ilişkisini bilmek ise özellikle bu tendonun cerrahi tedavileri sırasında iyatrojenik yaralanma riskini azaltmak açısından önemlidir[4].

Aşiltendinit belirtileri şunlardır:

- Aşiltendonunda ağrı ve sertlik.
- Aktivite ile tendon boyunca ya da kötüleşir topuk arkası ağrısı
- Antremandan sonra şiddetli ağrı.
- Kemik çıkıntısı (insertionaltendinit) [5].

Aşiltendinitin, tendonuniltihaplı olduğu bölümlere göre iki türü vardır[5].İnsersiyonel(yapışma bölgesinde)İnsersiyonaltendinit , kemik-tendon bileşkesinde oluşan mikro yırtıkların zamanla Aşiltendonunun en distal kısmında ve kalkaneusa yapışma yerinde dejeneratif bir süreçle sonlanmasıdır [20], [21],[11]. İnsertionaltendinit, aşiltendonunun topuk kemiğine eklendiği noktadaki enflamasyondur . Bu durumda olan insanlarda eklem noktası ile ilişkili olan Aşiltendonu eklemi üzerinde sık sık kalsiyum oluşumu sonucu oluşan kemik çıkıntısı ile hassasiyet ve ağrı oluşur. Bu durum retrocalcanealbursit (aşağıya bakın) ve bir 'pompa şişlik adlandırılan [Haglund Bozukluğu](#), olarak bilinen topuk kemiği kemikli bir genişleme ile birlikte ortaya çıkar[22] .

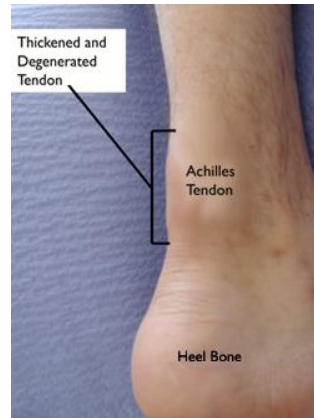
a) İnsersiyoneltendinopati, daha çok orta ve ileri yaşlarda Aşiltendonunun yapışma yerinde kronik ektopikossifikasyon şeklindedir ve iki değişik şekilde karşımıza çıkar[11]:

1. Yapışma yerinde diffüz bir kalınlaşma, ısı artışı, osseöz çıkıntı ve palpasyonla belirgin duyarlılık izlenir. Hasta, iki veya üç kezden fazla parmak ucunda yükselme hareketini yapamaz [5].
2. Yapışma yerinde daha iyi lokalize ve sınırlı, duyarlı bir alan vardır. Parmak ucunda yükselme hareketi daha rahattır [5].



Şekil 3:İnsertionalAşilTendinit[5]

- b) Non-insersiyonel(yapışma bölgesinden uzakta): Bu grup tendinitler içinde en sık görülendir.İnatratendinözinflamasyonun herhangi birhistolojik veya klinik belirtisi olmadan ortaya çıkar [11] .NoninsertionalAşiltendinit tendonun orta kısmındaki liflerin bozulmasıyla kabarması ve kalınlaşmasıdır. Genellikle genç, aktif insanlar etkiler[5].



Şekil 4:NonisertionalAşilTendinit[5]

Aşiltendinitinin akutevresinde, tendon yaygın olarak şiş ve ödemli olupözellikle tendonun orta 1/3'ünde palpasyonladuyarlılık, eritem ve ısı artışı bulunur. Krepitasyon görülür.Sabah yürüme başlangıcında ağrı belirgin olup ısındıkça azalır. Sportif aktiviteler kısıtlanır [23],[18],[24]. Daha kronik evrelerde ise, egzersizleartan ağrı yine ön plandadır; krepitasyon ve efüzyonazalmıştır. Sık olarak tendon çevresinde nodüller vediffüzkalınlaşma görülebilir. Daha ileri olgularda,yürümeyle bile ağrı hissedilir [23] ,[11], [12].Aşiltendinopatisi saptanan hastalarda altta yatmasıolası biyomekanik, metabolik,endokrinolojikfaktörler de aranmalıdır[11],[12].

Konservatif Tedavi

Aşiltendinitinin erken evrelerinde, değişik konservatif tedavi yöntemleri uygulanabilir. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen olgularda, cerrahi tedavi önerilebilir [25],[12],[11]. Amaç, hastanın en kısa sürede ağrısız bir şekilde istediği düzeyde spora veya aktiviteye dönmesini sağlamaktır [23] ,[12],[11]. Eğer neden aşırı kullanım ise ve erken dönemde

yakalanmışsa aşırı kullanımın önlenmesi ve istirahat, iyileşme için yeterli olacaktır. Eğer mekanik problemler mevcutsa, iyileşme için bunların saptanıp düzeltilmesi gerekir [11].

Tedavide başlangıçta ağrı ve hassasiyet azaltılmaya çalışılır. Bu amaçla istirahat, soğuk uygulama ve NSAİİ kullanılabilir[9].

Amaca uygun bir kurtarmanın en önemli bileşenleri, Aşılı dinlendirmek, ağrı ve aşırı kullanım sorunları için egzersiz rejimi değiştirmektir[9],[22]. Akut tendinitlerde Lokal soğuk ve NSAID uygulamaları, aktivite modifikasyonları ile kısa sürede olumlu yanıt alınır. Kronikleşmiş olgularda aynı tedavi başarılı olsa da tedavi genellikle daha uzun sürmektedir[7].

Topuğun yükseltilmesi aşiltendonu üzerindeki gerimi azaltabilir. Topuğun yükseltilmesi tendona binen yükü azaltacağı için uygulanması önerilir. Kronik devrede rehabilitasyonun hedefi tendonun restorasyonuna yöneltilir. Bu amaçla ultrason, iyontofrez, derin transvers friksiyon masajı, germe ve kuvvetlendirme egzersizlerinin birlikte uygulandığı protokoller uygulanır. Terapötik egzersizlerle kuvvet, dayanıklılık ve esneklik hedeflenir. Arkası alçak ayakkabılar veya topuk kısmında aşil için U şeklinde çentik olan lastik ayakkabılar bu bölgedeki enflamasyonu azaltmada yardımcı olabilirler. Arka bacak ve hamstring kaslarının germe ve kuvvetlendirme egzersizleri aşiltendonunun daha etkin işlev görmesini sağlar. Günde 10 kez, 30 saniye 2 kez yapılacak ayak bileği dorsifleksiyon germe egzersizleri ağrının azalmasına yardımcı olabilir. Theraband egzersizleri veya parmak ucuna yükselme egzersizleri şeklinde yapılacak ev güçlendirme egzersizleri de etkili olabilir. Aşiltendonu içine kortizon enjekte edilmesi önerilmemektedir. Kortizon tendonun zayıflamasına ve rüptürüne neden olabilir [9].

Özellikle iltihaplanma söz konusu olduğunda, Aşiltendonu hasarı akut durumlarda, [non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar](#) ibuprofen gibi ilaçlar yararlı olabilir. Ayrıca, tedavide germe egzersizleri ile güçlendirme ve bir hekim, athletictrainer veya fizyoterapist gözetiminde hizalama sorunlarını düzeltmek, buzla masajlar, içerir. [Kortizon enjeksiyonu](#) veya [trombosit açısından zengin plazma](#) rahatlatmak için düşünülebilir [22].

Aşiltendonu hasarını önlemek için yoğun ve zorlu bir egzersiz programı yavaş yavaş artırılmalı, *uygun ayakkabı kullanılmalı*, aşiltendon ve baldır kaslarına *germe yapılmalı*, yaralanma riskini azaltmak için egzersiz yapılmalıdır[22].

Aşiltenditinin konservatif tedavisinde uygulanabilecek teknikler aşağıda verilmiştir:[5],[10],[8],[10],[5],[9].

- **Dinlenme:** Ağrıyı dindirmek için ilk adım faaliyetleri durdurmak veya azaltmak etmektedir. Egzersizler daha düşük etkili ve düzenli olarak yapılır. Bu sayede, aşiltendonu daha az strese girer.
- **Buz**Aşiltendonu en acı alan üzerinde buz yerleştirerek yardımcı olur ve gün boyunca gerektikçe yapılabilir. Bu 20 dakika kadar yapılabilir ve cilt uyuşuk hale gelirse daha önce kesilmelidir.
- **Non-steroidal anti-inflamatuvar ilaç.**İbuprofennaproxen gibi ilaçlar, ağrı ve şişme azaltmak için kullanılabilir. Ancak, dejeneretendon kalınlaşmasını azaltmaz.
- **Egzersiz.** Aşağıdaki alıştırmalar, baldır kasları güçlendirmek ve Aşiltendonu üzerinde stres azaltmak için yardımcı olabilir.
- **Fizik tedavi.** Fizik tedavi aşiltendinit tedavisinde çok yararlıdır.
- **Eksantrik Protokolü güçlendirilmesi**

- **Kortizon enjeksiyonu:** Kortizon, steroid, bir tür, güçlü anti-enflamatuar bir ilaçtır. Aşiltendon içine kortizon enjeksiyonu, tendonRüptürüne neden olabilir, nadiren tavsıye edilir.
- **Destekleyici Ayakkabı ve Ortez.**İnserionalAşiltendinit gelen ağrı, sık sık bazı ayakkabı gibi tarafından ortotik cihazlar yardımı ile tedavi edilebilir. Örneğin, topuğu yumuşak ayakkabılar tendon tahrişini azaltabilir.
- **Sıkıştırma:** Elastik Bandaj, şal veya basınç tekniği ile şişme azaltmak ve bu sayede tendon hareketini azaltmak yardımcı olur.
- **Elevasyon:** Ayak şişliğini azaltmak için etkilenen ayağı kalp seviyesinin üzerine yükseltmek geceleri uyumak.
- **EkstrakorporealShockwave Terapisi (ESWT).** Bu işlem sırasında hasarlı tendon doku iyileşme sürecinde yüksek enerjili şok dalgaları verilir. Ancak ESWT tutarlı sonuçlar göstermemiştir. Bu nedenle değil yaygın değildir. Bir cerrahi kesi gerektirmez.

İyileşme, üç evreye bölünebilir. Evre I inflamatuarevre, evre II proliferasyon veya fibroblastik evre ve evreIII de yeniden yapılanma (remodeling).

Evre I'de geleneksel tedavi PRICE Protection(koruma), Rest (istirahat), Ice (buz), Compression(kompresyon), Elevation (elevasyon) uygulanabilir [5],[11].

Evre I ve II egzersizleri, çok şiddetli değildir ve ağrı toleransına göre yapılır. Egzersizlerin elevasyondayapılması, dolaşım sal geri dönüşe yardımcı olur [26]. Hasarlı dokularda erken dereceli stres,fonksiyonel olarak kollajen lifi formasyonunustimüle eder. Rehabilitasyon egzersizlerine buzmasajı, aktif dorsifleksiyon (elastik bant dirençli),nazik baldır germe ve eksantrik baldır egzersizleri ile başlanabilir[26]. Uygun geçici topuk yükseltmesi,günlük ayakkabı ve spor ayakkabılar içineyerleştirilebilir[27]. Yükseklikleri, ağrısız eklemhareket açıklığı arttıkça azaltılabilir[26]. Nonstreoidantiinflamatuvar ilaçlardan (NSAİ) buevrelerde faydalanılabilir[11].

EvreII'de normal esneklik, güç ve nöromuskülerkontrolün sağlanması hedeflenir[23]. EvreII'de egzersizler, erken evreII'deki nazik aktif eklemhareket açıklığı (EHA) ve germe egzersizlerinden, evreII'nin geç dönemlerinde kas güçlendirme, agresifgerme, endurans ve kardiovasküler ve daha komplikenöromuskuler kontrol programlarına ilerler [26],[11]. Ayak ve ayak bileği eklemhareket açıklığını artırmak için, subtalar ve midtarsalmobilizasyon ve Aşiltendonununmedial ve lateralgermesini de içeren manuel mobilizasyon kullanılır. Anterior kas gruplarının, topuk vuruşundan midstanssevreye kadar dorsifleksörlerin eksantrik aktivitesini ve ayağın kontrolünü artırmaları için,dorsifleksiyon hareketi hızlı yapılır.EHA (Eklem HareketAçıklığı) kontrol edilmeli ve hasarlı dokuları rahatsızetmeyecek açılarda serbest dirençli harekete izinverilmelidir. Proksimal kasların özellikle de gluteusların güçlendirilmesi ve gastroknemius vesoleus kaslarının multiplanar germe ve eksantrikgüçlendirilmesi bu evrede çok önemlidir[28].

Optimal iyileşme için hem izotonikhem de izokinetik egzersizler önerilir. Buevrede koruyucu cihazlar kullanılabilir [11],[26],[27].



Şekil 5:AşilTendinitte Kemik Çıkıntısı

Evre III, kollajeninmaturasyonunu (skar) içerir.Uygun alanlarda kollajenin stres çizgileri boyuncaoluşması için dokulara progresif stres uygulanabilir.Ağrı ve şişlik geçinceyekadar agresif germe ve aktif dirençli hareket ertelenmelidir.Enflamasyon geriledikten sonra, egzersizdenönce sıcak uygulanabilir.Yine bu dönemde uygun ayakkabı, ortez veantrenman için değerlendirme yapılmalıdır. Tabandesteği evre ile darbe etkisini kesen, sağlam ve sıkıtopuk destekli bir ayakkabı topuk vuruşu sırasında şok emilimini artıracak ve ayak arkasının stabilitesinisaylayacaktır. Koruyucu bantlama veya elastikbandaj, ağrıyı azaltmak ve aktiviteye dönüş sırasındatekrar yaralanmalara karşı koruyucu olabilir [11],[26],[27],[23].

Metod Ve Bulgular

Kliniğimize başvuran ve kronikaşiltendiniti tanısı koyduğumuz 98 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalarımızın yaş ortalaması 41,8 dir. 62 hastamız erkek ve 36 hastamız bayandır. Hastalarımızda profesyonel sporcu bulunmamaktadır. Hastalarımızın kronik rahatsızlıkları; 2 hastamız HBV taşıyıcısıdır, 8 hastamız diabetusmellitus hastasıdır, 4 hastamız hipotiroidi hastasıdır ve 6 hastamızda hipertansiyon mevcuttur. Tüm hastalarımıza gerekli bilgilendirme yapılmıştır. 38 hastamıza 30cc serum fizyolojik ve lokal anestetik karışımı tendinit alanına infiltre edilmiş, dokuda cilt altı ve tendon etrafında sıvı hacmi oluşturulmuştur. 60 hastamızadaaşiltendiniti alanına 15cc steroid ve lokal anestetik karışımı infiltre edilmiştir. İnfiltrasyon sahalarına masaj yapılarak sıvılar dağıtılmıştır. Bandajlama yapılmış ve 2 hafta yüksek topuklu ayakkabı tavsiye edilmiş, zorlu hareketler kısıtlanmıştır. Tüm hastalar poliklinikten takip edilmiştir. Hastalara herhangi bir analjezik ve antienflamatuvar verilmemiştir. Kronik hipotiroidi, diabetusmellitus ve HBV taşıyıcısı olan hastalarımız serum fizyolojik enjekte edilen gruptadır.

Çalışmamızda; 98 hastamızın 38 inde tendinitli dokuya ve etrafına 30 cc lokal anestetik ve serum fizyolojik enjeksiyonu, 60 hastamızda 15 cc kortikosteroid ve lokal anestetik karışımı enjeksiyonu yapılmıştır. Lokal anestetikli serum fizyolojik enjekte ettiğimiz hastalarımızın % 82 sinde ortalama 6 haftada klinik rahatlama elde ettik ve 2 yıllık takibimizde nüks oluşmadı, bunun yanında kortikosteroid lokal anestetik karışımı enjekte ettiğimiz vakalarımızın %92 sinde 10 gün içinde klinik rahatlama elde ettik fakat ortalama 7,3 ayda bu hastalarımızın şikayetleri nüks etmiştir.

Tartışma

Aşiltendonu, travmaya en çabuk uğrayan ve rüptüre olan tendondur[6].Tendonundejeneratif sürecine cevaben peritenon da inflamatuvar bir yanıt oluşturmaktadır[9].Aşiltendinitte cinsiyet ve yaş, fiziksel sorunlar, ayakkabı seçimi, tıbbi durumlar, kullanılan ilaçlar risk faktörlerini oluşturmaktadır[10].Aşiltendonunun en distal kısmında ve kalkaneusa yapışma yerinde dejeneratif bir süreçle sonlanmasıdır [20],[21],[11]. Koruyucu bantlama veya elastik bandaj, ağrıyı azaltmak ve aktiviteye dönüş sırasında tekrar yaralanmalara karşı koruyucu olabilir [11],[26],[27],[23].Aşiltendonu içine kortizon enjekte edilmesi önerilmemektedir. Çalışmamızda çok yoğun klinik uygulaması yapılan kortizon enjeksiyonu ile kısa sürede (ortalama 6 hafta) % 92 lik rahatlama elde etmemize rağmen, 7.3 ayda nüks oluşmuştur. Serum fizyolojik enjekte ettiğimiz hastalarımızda steroid uygulanan gruba göre daha uzun sürede yanıt almamıza (6 hafta) 2 yıllık takipte nüks oluşmaması çok anlamlıdır. Kronik hastalıklı hastalarda serum fizyolojikli karışım enjekte edilen gruptadır ve budurum sonuca daha anlamlı yapmaktadır. Özellikle diabetusmellitus ve HBV taşıyıcılığı olan hastalar gibi hastalarda steroid uygulamasının oluşturacağı muhtemel sorunların serum fizyolojikli karışım enjekte edilenlerde olmaması avantajdır. Kortizon tendonun zayıflamasına ve rüptürüne neden olabilir[9]. Çalışmamızda serum fizyolojikli karışımla elde ettiğimiz sonucun, tendonda kan dolaşımını arttırarak iyileşme sağladığını düşünmekteyiz. Çalışmamızdaki hasta sayısı istatistiksel olarak anlamlıdır fakat daha büyük serilerde ve daha uzun takipli çalışmaların çok daha faydalı sonuçlar vereceğine inanmaktayız.

Sonuç

Kronik aşiltendinitigerk sporcularda ve gerekse orta yaş grubunda klinik olarak sık karşılaştığımız bir rahatsızlıktır. Klinik uygulamalarda, kısa sürede yanıt veren steroid uygulamasını çok kullanmaktayız fakat erken dönemde nüks ve tendon yapısında oluşturacağı muhtemel hasarların riskleri çok fazladır. Serum fizyolojik lokal anestetik karışımı enjekte ederek, bölgesel kan dolaşımını arttırarak elde ettiğimiz iyileşme, steroide göre daha geç sürede oluşsada ve başarısı biraz daha düşük olsada, 2 yıllık takibimizde nüks olmaması çok anlamlıdır, yan etkisi yoktur, steroidin kullanılmadığı durumlarda güvenle kullanılabilir.

Kaynakça

- 1.Dönmez, Gürhan. (2011). İmmobilizasyon ve Titreşim Uygulamasının AşilTendonu Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- 2.Karahan, M.; Erol, B. (2004). AşilTendon Yırtıklarına Yaklaşım, TOTBİD Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1-2
- 3.Doral MN, Alam M, Bozkurt M, Turhan E, Atay OA, Dönmez G, Maffulli N. Functional anatomy of the achil tendon. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2010;18(5):638-643
- 4.Apaydın, Nihal; Ünlü, Serhan; Bozkurt, Murat; Doral, Mahmut Nedim. (2011). AşilTendonu'nun Fonksiyonel Anatomisi ve Biyomekanik Özellikleri, TOTBİD Dergisi;10(1):61-68
- 5.<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=a00147>
- 6.Wren TA, Yerby SA, Beaupre GS, Carter DR: Mechanical properties of the human achillestendon. Clin Biomech 2001, 16(3):245-51.
- 7.Kılıçoğlu, Önder. (2009). Sporcularda Ayak Ve Ayak Bileği Sorunları, Klinik Gelişim Dergisi, 22/1/12. Ss. 78-87.
- 8.Cluet,Jonathan.(2014).Aşiltendinit,
<http://orthopedics.about.com/cs/ankleproblems/a/achilles.htm>
- 9.<http://www.drdenizdogan.com/2012/06/asil-tendiniti.html>
- 10.<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/achilles-tendinitis/basics/definition/con-20024518>
- 11.Tatari, Hasan; Gülbahar, Selmin; Manisalı, Metin.(2005). Aşil Tendinopatisi, TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi, Cilt: 4 Sayı: 3-4 S 77-86
- 12.Kader D, Saxena A, Movin T, Maffulli N: Achillestendinopathy: some aspects of basic science and clinical management.Br J Sports Med 2002, 36(4):239-49.
- 13.Jarvinen TA, Kannus P, Paavola M, Jarvinen TL, Jozsa L, Jarvinen M: Achillestendon injuries. Curr Opin Rheumatol 2001, 13(2):150-5.
- 14.Stein V, Laprell H, Tinnemeyer S, Petersen W: Quantitative assessment of intravascular volume of the human Achilles tendon. Acta Orthop Scand 2000, 71(1):60-3.
- 15.Mathiak G, Wening JV, Mathiak M, Neville LF, Jungbluth K: Serum cholesterol is elevated in patients with Achillestendon ruptures. Arch Orthop Trauma Surg 1999, 119(5-6):280-4.
- 16.Van der Linden PD, van Puijenbroek EP, Feenstra J, Veld BA, Sturkenboom MC, Herings RM, Leufkens HG, Stricker BH: Tendon disorders attributed to fluoroquinolones: a study on 42 spontaneous reports in the period 1988 to 1998. Arthritis Rheum 2001, 45(3):235-9.
- 17.Taunton J, Smith C, Magee DJ: Leg Foot and Ankle Injuries. In: Athletic Injuries and Rehabilitation, Zachazewski J E, Magee DJ, Quillen WS (eds). WB Saunders Co, Philadelphia, Pennsylvania, 1996, s:371-439.

- 18.Paavola M, Kannus P, Jarvinen TA, Khan K, Jozsa L, Jarvinen M: Achillestendinopathy. J Bone Joint Surg Am 2002, 84-A(11):2062-76.
- 19.Duane A, Hoke BR: Techniques in Achillestendon rehabilitation Tech in Foot&Ankle Surg 2003, 2(3):208-19.
- 20.Chiara Vulpiani M, Guzzini M, Ferretti A: Operative treatment of chronic Achillestendinopathy. IntOrthop 2003, 27(5):307-10.
- 21.Leitze Z, Sella EJ, Aversa JM: Endoscopic decompression of the retrocalcanealspace. J Bone Joint Surg Am 2003, 85-A(8):1488-96.
- 22.Aaron Krych, Russell F. Warren, Scott A. Rodeo, Kronik Aşiltendonu hasarı: Genel bir bakış, http://www.hss.edu/conditions_chronic-achilles-tendon-problems-overview.asp
- 23.Paavola M, Kannus P, Orava S, Pasanen M, Jarvinen M: Surgical treatment for chronic Achillestendinopathy: a prospective seven month follow up study. Br J Sports Med 2002, 36(3):178-82.
- 24.Cook JL, Khan KM, Pudram C: Achillestendinopathy. Manual Therapy 2002, 7(3):121-30.
- 25.Sorosky B, Press J, Plastaras C, Rittenberg J: The practic almanagement of Achillestendinopathy. Clin J SportMed 2004, 14(1):40-4.
- 26.Taunton J, Smith C, Magee DJ: Leg Foot and AnkleInjuries. In: Athletic Injuries and Rehabilitation, Zachazewski JE, Magee DJ, Quillen WS (eds). WB Saunders Co, Philedelphia, Pennsylvania, 1996, s:371-439.
- 27.Cook JL, Khan KM, Pudram C: Achillestendinopathy. Manual Therapy 2002, 7(3):121-30.
- 28.Åström M, Westlin N: No effect of piroxicam on achillestendinopathy. A randomized study of 70 patients. Acta Orthop Scand 1992, 63(6):631-4.

HUMERUS PSEUDARTROZLARINDA EKSTERNAL TESPİT YÖNTEMİ İLE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Bülent KILIÇ*

Ali Serdar YÜCEL**

Aylin ZEKİOĞLU***

ÖZET

Humerus pseudartrozu, humerus kemiğinin çeşitli nedenlerden dolayı kaynamaması demektir. Humerus cisim kaynamamasında, omuz ve dirsekeklem sertliği, ağrı ve güçsüzlüğe bağlı morbiditesiktir. Humerus pseudartrozlarının tedavisinin başarılı olması için pseudoartroz tipinin belirlenmesi önemlidir. Fonksiyonel bir üst ekstremite için kabul edilebilir sınırlarda kaynama sağlanması önemlidir. Humerus cisim kırıklarının büyük çoğunluğu konservatif yöntemlerle tedavi edilir. Ancak yüksek enerjili travmalardan kaynaklanan humerus kırıklarında konservatif tedavi başarısız olur. Bu durumda cerrahi tedavi gerekir. Humerus kırıklarında cerrahi tedavi açık kırıklar, kırıkla beraber damar yaralanması olması, birlikte ipsilateral önkol kırığının olması segmenter kırıklar, patolojik kırıklar, bilateral humerus kırıkları, radial sinir lezyonu olması, penetran yaralanmaya bağlı nörolojik defisit olması, kırığın eklem içine uzanması durumlarında uygulanır. Kullanılan cerrahi yöntemlerden eksternal tesbit yöntemleri, gelişen kilitleme özellikleriyle artan mekanik stabiliteleri sayesinde kanal içi çivileme ile de kaynamama tedavisinde başarılı sonuçlar alınabilir. Bu bağlamda eksternal tespit yöntemleri çalışmamızın konusunu oluşturmaktadır. Çalışmamızda; 12 hastamıza humerus avasküler pseudoartrozu nedeniyle uyguladığımız kırık uçlarını canlandırma sonrası, unilateral eksternal fiksatorle akut kompresyon sonrası, ortalama 4.3 ayda elde ettiğimiz tam kaynama vakalarımız dahil edilmiştir (Figür 1-2-3-4-5-6). Hastalarımızda omuz ve dirsek fonksiyonları etkilenmemiş, herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Anahtar sözcükler: humerus; avasküler pseudoartroz; eksternal fiksator.

* Ortopedi Uzmanı Bülent Kılıç Tekirdağ,

** Ali Serdar YÜCEL Fırat Üniversitesi Besyo

*** Aylin ZEKİOĞLU Celal Beyar Üniversitesi Besyo

Giriş

Humerus cisim kırıkları üst ekstremitenin sık rastlanan kırıklarıdır. Tedavi hastaya ve kırığa göre değişir. Ameliyatsız tedavi ilk planda düşünülmesi gereken tedavidir. Hastanın kol çapı, kilolu olması ve tedaviye yeterince uyum göstermemesi ameliyatsız tedavileri başarısız kılabilir ve kaynamama ortaya çıkabilir. Ameliyatlı tedavi; humerus kırığının açık içeriden veya dışarıdan özel implantlarla (plak, vida, çivi, fiksator vb.) tespitidir. Açık kırıklar, yüksek enerjili yaralanmalar acil cerrahi olarak tespit edilmelidirler. Humerus kırığında kaynamama çok nadir değildir. Ameliyatsız tedavilerde biraz daha fazla olmak üzere her iki tedavi seçeneğinde de kaynamama ortaya çıkabilir[1].

Humerus kırıklarında genellikle 8-10 hafta arasında kaynama olması beklenir. Kırık 3-4 ay süre ile kaynamamış ise kaynama gecikmesinden bahsedilir. Eğer 6-8 ay içinde kaynama gözlenmezse psödoartroz mevcuttur[2],[3]. Humerus pseudartrozları tüm pseudartroz olgularının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır [4]. İnterpozisyon, açık kırık nedeni ile geç müdahale, yetersiz konserve tedavi ve uygun olmayan cerrahi girişim buna nedendir [6]. Humerus pseudartrozun cerrahi tedavisinde başarı pseudartroz tipinin saptanmasına bağlıdır [5],[6].

Beklenen kaynama süresinin üzerinden 2-3 ay geçmesine rağmen kırıkta klinik ve radyolojik ilerleme sağlanamıyorsa bu durumu kaynamama olarak kabul edilir[7]. Bir kırığın kaynamaması çok etmenli bir olaydır ve farklı patolojik mekanizmalarla farklı kaynamama tipleri meydana gelmektedir. Doğru bir tedavi planı için kaynamamaya sebep olabilecek bu etmenlerin iyi değerlendirilmesi gereklidir. Sistemik ve lokal etmenler olarak iki temel grupta incelendiğinde, sistemik olanların başlıcaları malnutrasyon, diyabet, sigara bağımlılığı, osteoporoz ve non-steroid antiinflatuar ilaçlardır (NSAİİ). Lokal etmenler ise enfeksiyon, yetersiz dolaşım, biyomekanik dengesizlik, redüksiyon sonrası yetersiz kemik teması ve yaralanmanın şiddeti olarak sayılabilir[8].

Humerus pseudartrozlarında etkili olan faktörlerden en önemlisi kırığın tipidir. En sık olarak çok az kemik temasının bulunduğu transvers kırıklarda görülür. Parçalı ve segmenter kırıklarda da bu sorun karşımıza çıkmaktadır. Çevresel yumuşak doku hasarının fazla olduğu açık kırıklar da nonuniona eğilimlidir[2]. Kaynamamanın nedenleri; yüksek enerjili parçalı kırıkların olması, kırık bölgesinin kan dolaşımının çok yeterli olmayışı, hastanın ileri yaşta ve kemik kalitesinin zayıf olması, dıştan kırık bölgesinin yeterli tespit edilememesi, cerrahi olarak teknik yetersizlikler, kullanılan implanta bağlı yetersizlikler, takip eksiklikleri olabilir[1]. Kaynamayı zorlaştıran diğer bir sebep de yetersiz redüksiyon, yetersiz stabilitedir [2]

Humerus kırığı kaynamadığı zaman öncelikle konservatif tedavi, eğer başarı sağlanamıyorsa cerrahi tedavi uygulanır[2]. Tedavide kırık bölgesinin tazelenmesi, greftlenmesi (kemik aşısı) ve en uygun en stabil şekilde tekrar tespiti esastır. Özenli cerrahi teknik gerektirir. Yetersiz cerrahi tedavileri dolayısıyla uzun süreli kaynamayan birçok defa ameliyat olan humerus cisim kırığı kaynamamaları daha özellikli durumlardır[1]. Cerrahi tedavi yöntemlerinin; avasküler segmentin rezeksiyonu, uzun bir kompresyon plağı ile rijit tespit, kırık hattının greftlenmesi, kilitli intramedüller çivilerle plak osteosentez [66], elektrik stimülasyonu[28], eksternal fiksatorlarla tedavi en sık kullanılan tedavi seçenekleridir[2].

Klinik Bulgular

Kırık iyileşmesi beklenen sürede tamamlanmazsakaynama gecikmesinden bahsedilir. Erkentanınması tedavinin erken başlayabilmesi açısından çok önemlidir. Klinik bulgular arasında şişme, ısırtışı, kızarıklık ve kısmi yük vermede ağrı olması sayılabilir. Laboratuvar bulgularında CRP, sedimantasyon ve lökosit sayımı normal çıkar. Radyolojik olarak tespit gereçlerinde gevşeme görülebilir. Eğer başlangıçta tam denge hedeflendiyse kırık uçlarındaki boşluğun genişlemesi ve kallus oluşumu tespit yetersizliğinin bulgularıdır. Tam tersine eğer başlangıçta yapılan tespit ile göreceli denge hedeflendiyse kallus oluşumu beklenir [9]. Kaynama gecikmesi ile kaynamama arasındaki en önemli fark kaynama gecikmesinin kendiliğinden kaynamaya doğru ilerleyebilmesine karşın kaynamama da kendiliğinden iyileşmenin söz konusu olmamasıdır. Yalancı eklem oluşumu ise yıllar süren bir süreç sonucu kronik, sinovyal bir eklem oluşumudur. Ağrısızdır ve ancak cerrahi olarak tedavi edilebilir [10],[8].

Sınıflandırma

Weber ve Cech'in 1976 yılında Humerus pseudartrozunu iki gruba ayırmıştır ve yaptıkları sınıflandırma hala geçerliliğini sürdürmektedir: [7].

a) Biyolojik olarak aktif olanlar (canlı/vasküler): Kallus yanıtının iyi olduğu yani kırık parçalarının biyolojisinin iyi olduğu kaynamamalarıdır. Bu tip kaynamamaların tedavisinde biyolojiyi iyileştirici bir ek tedaviye ihtiyaç duyulmaz asıl gerekli olan mekanik olarak varsa şekil bozukluğunun düzeltilmesi ve kaynamama sahasındaki dengenin artırılmasıdır. Bu da kompresyon plaklama ya da oymalı kilitli intramedüller çivileme gibi internal ya da ilizarov gibi fiksatörlerle eksternal olarak sağlanabilir. Vasküler olmalarına rağmen kemik oluşturamadıkları için kemik oluşumunu uyaran osteoprogenitor hücrelerin, osteoindüktif proteinlerin ve osteokondüktif matriksin elde edilebilmesi amacıyla dekortikasyon ve otojen kansellöz greft uygulanması önerilmektedir [8].

b) Biyolojik olarak aktif olmayanlar (cansız/avasküler): Bu kaynamama tipinde kemik parçaları cansızdır dolayısıyla biyolojik herhangi bir reaksiyon oluşturma kapasitesine sahip değildirler. Sintigrafik olarak zayıf kanlanmaları nedeniyle düşük aktivite gösterirler. Direkt grafilerde kallus görülmez [8].

Cansız kaynamamalar 4 alt tipe ayrılır.

• Kamaşeklindeki cansız kaynamamalarda kanlanması bozuk bir ara parça mevcuttur. Bu parça ana parçalardan birine kaynarken diğerine kaynamaz.

- İkinci tip olan parçalı kaynamalarda nekrotik parça sayısı birden fazladır.
- Üçüncü tip kayıplı (defekt) kaynamamalarıdır.
- Dördüncü tip olan atrofik kaynamamalar ise aslında ilk üç tipin zaman içinde geldiği noktadır [10]. Oluşum sebebi esas olarak kırık hattına komşu kemik parçalarının yaralanmanın şiddeti yada kötü cerrahi teknikler neticesinde cansız hale gelmesidir. Kaynamanın sağlanabilmesi için sadece tespit dengelenmesi yeterli değildir. Cansız kemiklerin uzaklaştırılması, kırık uçları arasındaki fibrotik dokuların temizlenmesi, canlı kemik uçlarının intemasının sağlanması ve ilave olarak greftleme ile biyolojik canlandırma tedavisi eklenmelidir. Tedavi seçenekleri içinde seçim kemik kaybının büyüklüğüne göre yapılmalıdır. Bunlar basit kısaltma, karşılıklı kısaltma, kısaltma ve uzatma (kallus distraksiyon) ya da defektli sahanın canlı kemikle köprülenmesi (tibia pro fibula) olabilir [8].

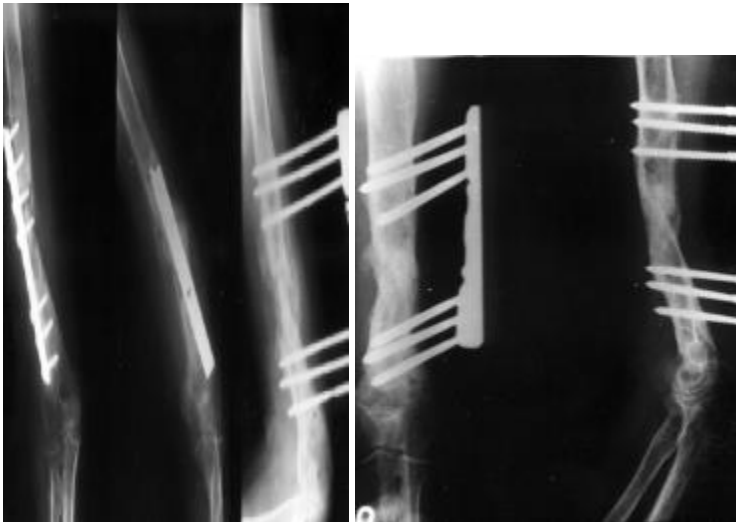
Avasküler kaynamamalar kırık iyileşmesinin erken aşamaları üzerine etki eden olumsuz faktörler sonucu oluşurken, vasküler kaynamamalar sıklıkla kırık iyileşmesinin yeniden şekillenme (reorganizasyon) dönemine etki eden faktörler sonucu oluşmaktadır[11].

Humerus Pseudartrozların Tedavisinde Eksternal Tespit Yöntemi

Kırık kaynama yokluklarının tedavisi hala, ortopedik cerrah için çözümü güç sorunlardır. Tek bir tedavi yöntemi yoktur[12]. Humerus cisim kaynamaması tedavisinde farklı yöntemler tanımlanmıştır [12],[13]. Kabul edilebilir sınırlarda kemik kaynaması ve fonksiyonel bir üst ekstremité tedavinin temel amacıdır[14]. Kaynamamaya enfeksiyon, yumuşak doku kaybı ile deformite ve kısalık eşlik edebilmektedir, Kaynamama için internal ve eksternal birçok teknik belirtilmiştir. Kaynamayan kemik uçlarının çıkartılması, damarlı fibula veya fibula grefti, damarlı kas greftleri ile birlikte internal fiksasyon uygulamaları, elektrik stimülasyon gibi uygulamalar kaynamamada bir seçenektir. Fakat kısalık ve deformite gibi ek patolojiler tedavisinde kısıtlı kalmaktadır[12].

Çalışmanın konusunu teşkil eden eksternal tespit yöntemi, enfekte psödoartrozlarda, açık kırıklarda ve yanıkları içeren kırıklarda uygulanabilir. Plak vida ve intramedüller çivilemeye göre izole humerus kırıklarında daha az oranda ihtiyaç hissedilen bir tedavi metodudur. Bütün bu teknikler düzgün bir şekilde uygulandığında hastaların büyük bir çoğunluğunda tatmin edici sonuçlar alınabilmektedir[15].

Eksternal tespit ile tedavide sıklıkla tercih edilen yöntem İlizarov'dur. Anafikir olarak distraksiyonun dokulardaki canlandırıcı ve gençleştirici etkisine dayanır. Yöntem batıya geldikten sonra hidroksiapatit kaplı yarım çiviler, karbonfiber halkalar ve Stewart Gough menteşeleri gibi teknolojik ilerlemeler kaydetse de düşünce değişmemiştir [8],[16].



Şekil:1A, 1B:69 yaşında bir bayan hastada enfekte sol humerus pseudoartroz (5 ay önce kapalı humerus kırığı nedeniyle plakla tespit edilmiş), External tespit ve greftleme uygulanmış hali ve aynı hastanın ameliyattan 6 ay sonraki grafisi [20].

Distraksiyon osteogenezisinin ve/veya kemiktaşınmasının gerekli olduğu ciddi kemik kaybı olan olgularda, çevre yumuşak dokularda yaralanmasonucu oluşan ağır nedbe dokularının varlığında canlı kemikte enfeksiyon varlığında birincil tespityöntemi olarak tercih edilmelidir. Bu tip olgulartüm cerrahi ile tedavi edilen kaynamamalarıyaklaşık olarak % 5'ini oluşturmaktadır. Uzuntespit süreleri, ağrı ve çivi yolu problemleri bu tespitşeklinin dezavantajlarıdır[17].

Kemiğin belirgin şekilde cansız olmadığıenfekte kaynamamalarda ilizarov yöntemi ile elde edilen stabilite, kortikotominin yarattığı kanlanmave kaynama süreci ilerledikçe gelişen kemikiçi dolaşımın yeniden oluşması enfeksiyonungerilemesine yardımcı olur[8],[16].

İlizarov yöntemi hem hipertrofik hem deatrotik kaynamamalarda uygulanabilir. Hipertrofikkaynamamalarda distraksiyon ve stabilite artışile kompresyona kıyasla daha çabuk kaynamaelde etmek aynı zamanda kısalık ve deformiteleride düzeltebilmek mümkündür[8],[16].İlizarov eksternal fiksatorü ile uygulanan distraksiyon osteogenezi uygulamaları ile birlikte yapılan psödoartroz sahasından akut kısaltma ve aynı kemikteki diğer segmentten uzatma yapılmaktadır. İlizarov ve arkadaşları, kendi geliştirdikleri yöntem ve fiksatorle, aynı anda, hastanın günlük aktivitelerini kısıtlamadan, eklem fonksiyonlarını koruyarak kaynamayı başarmış,deformiteyi düzeltmiş, uzunluğu yeniden sağlamıştır. Bu teknik sayesinde kemik defektlerinin kapatılması ve enfeksiyon gibi hastaya morbidite getiren ek patolojiler giderilmiş aynı zamanda kısalıkta telafi edilmiştir [18],[12].

Humerus diafiz kırıkları konservatif yöntemlerle genelde başarı ile tedavi edilebilirse de, hastaların takipleri sırasında fragmanlar arası belirgin deplasman, yumuşak doku interpozisyonu, kabul edilemez sınırlarda angulasyon ve yeterli süre geçmesine rağmen kırık iyileşme bulgularının görülememesi gibi nedenlerle cerrahi yöntemlere geçiş yapılabilir ya da açık kırık, transvers-kısa oblik kırık, nörovasküler yaralanma, multipl kırıklar, kapalı redüksiyona rağmen kırık uçlarının deplase izlendiği yumuşak doku interpozisyonu düşündüren kırıklar, hastanın konservatif tedavi yöntemlerini tolere edemediği durumlarda cerrahi yöntemler tercih edilir [18],[12].

İlizarov distraksiyon osteogenezi kavramını ortaya atmış ve psödartroz bölgesinin distrikte edilerek normal kemik dokusuna dönüştürülebileceğini ve kaynamanın sağlanabileceğini göstermiştir[12],[18].

İlizarov yöntemi ile osteoporotik kemiklerde bile güçlü ve rijit fiksasyon sağlamak mümkündür. İlizarov uygun stabilite, yeterli kanlanma ve fonksiyonel kullanımın bulunduğu durumlarda kırık bölgesindeki kallusun gerilme etkisiyle prolifer olma yeteneği olduğuna inanmıştır. Kırık ya da psödartroz bölgesinde yapılacak kontrollü distraksiyon-kompresyonların kallus volümünü arttırdığı gösterilmiştir[12],[18].

İlizarov yöntemi deformitenin, enfeksiyonun, segment kaybı ya da kısalığın ve omuz ya da dirsek ekleminin hareket kısıtlılığının eşlik ettiği olgularda diğer tedavi yöntemlerine açık üstünlükler sağlamaktadır. Transosseöz tespit yöntemi ekstremite fonksiyonunu yeniden düzenler, artan damarlanma ile lokal doku beslenmesi ve osteogenez uyarılmış olur. İlizarov, mekanik yüklenme sayesinde damarlanmanın ve doku beslenmesinin artmasıyla, tedavisi oldukça güç olan hipertrofik ve enfekte psödartrozların güvenilir bir şekilde iyileştiğini göstermiştir[12],[18].

Gür ve ark. humerus psödartroz tanısı ile İlizarov sirküler eksternal fiksator metodlarla tedavi ettikleri humerus psödartrozlarında sıkça gördükleri dirsek ve omuz eklem hareketlerindeki kısıtlılıkları görmediklerini, yöntemin güvenli ve etkili olduğunu vurgulamışlardır[12].

Lammens ve ark. İlizarov eksternal fiksatorü ile sağlanan güçlü fiksasyonun daha iyi fonksiyon ve kabul edilebilir süreler içinde önemli komplikasyon yaşanmaksızın solid kaynama sağladığını bildirmişlerdir[19].

Yöntemin dezavantajlarından çerçevenin ağır olması karbon halkaların kullanılması ile azaltılabilir[12].

Sonuç olarak humerus psödartrozlarının tedavisinde İlizarov yöntemi klasik yöntemlere oranla üstünlükleri vardır. İlizarov eksternal fiksator uygulaması klasik humerus psödartrozlarında, kısa kaynama süresi ve düşük komplikasyon oranları ile, daha invazif klasik yöntemlere önemli bir alternatif oluşturduğu, ayrıca deformite, enfeksiyon, defekt varlığı, kısıklık ya da eklem hareket kısıtlılıklarının eşlik ettiği sorunlu humerus psödartrozlarında ise alternatifsiz bir tedavi yöntemidir[12].

Uygulama

Tarafımıza başvuran 12 humerus avasküler pseudoartrozu hastası çalışmamıza dahil edilmiştir (Figür 1-4). Hastalarımızın 8'i konservatif yöntemlerle sonuç alınamamış hastalar ve 4 ü kırık sonrası plak-vida uygulaması sonrası kaynama elde edilememiş (1 vakaya iliak greftleme uygulanmış) hastalardır. Tüm hastaların uygulamaları bizim dışımızda hekimler tarafından yapılmıştır. Tarafımıza başvuran hastaların ortalama ilk kırılma anından bize başvuru anına kadar olan süreçleri 13,4 aydır. Hastalarımızın tamamı kronik sigara kullanıcısıdır. Hastalarımızda çeşitli derecelerde omuz ve dirsek hareket kısıtlılıkları mevcuttu. Hastalarımızın 9 u bay ve 3 ü bayandır. Hastalarımızın yaş ortalaması 42,4 tür. Hastalarımızda herhangi bir enfeksiyon tespit edilmemiştir. Gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra, tüm hastalarımıza genel anestezi altında, pseudoartroz sahası minimal açılmıştır. Kırık uçları minimal rezeksiyonlarla kanlandırılmıştır, kırık hattına yakın bölgeler ayrıca drillenerek, bölgesel kan dolaşımının ve kallus oluşumunun stimilasyonu hedeflenmiştir. Skopi kullanılarak, proksimal ve distal shanz vidaları eklem fonksiyonunu etkilemeyecek şekilde gönderilmiş ve unilateral eksternal fiksatorle anatomik redüksiyon sağlanmıştır, kırık hattına akut kompresyon yapılmıştır (Figür2-5). İnsizyon kapatılmış ve dren kullanılmamıştır. Hastalar 2 günlük hastane yatışı sonrası poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edilmişlerdir.

Hastalarımızın aktif olarak dirsek ve omuzlarını kullanmaları tavsiye edilmiş, egzersiz yapmaları için uyarılmışlar ve rehabilitasyon yaptırılmıştır. Hastalarımızın tamamında ortalama 4,3 ayda tam kaynama elde edilmiş ve fiksatorleri lokal anestezi ile çıkartılmıştır (Figür 6). Tüm hastalarımıza 2 ay koruyucu plastizod brase kullanılmıştır. Hastalarımızın tamamında tedavi öncesi omuz ve dirsek fonksiyonlarında artış sağlanmıştır.

Tartışma

Humerus kırığında kaynamama çok nadir değildir. Ameliyatsız tedavilerde biraz daha fazla olmak üzere her iki tedavi seçeneğinde de kaynamama ortaya çıkabilir [1].Humerus pseudartrozun cerrahi tedavi-sinde başarı pseudartroz tipinin saptanmasına bağlıdır [5],[6]. Kaynamamanın sebeplerinden sistemik olanların başlıcaları; malnutrüsyon, diabet, sigara bağımlılığı, osteoporoz ve non-steroid antiinflatuar ilaçlardır (NSAİİ). Lokal etmenler ise enfeksiyon, yetersiz dolaşım, biyomekanik dengesizlik, redüksiyon sonrası yetersiz kemik teması ve yaralanmanın şiddeti olarak sayılabilir [8].Kaynamayı zorlaştıran diğer bir sebep de yetersiz redüksiyon, yetersiz stabiledir [2]. Humerus cisim kaynamaması tedavisinde farklı yöntemler tanımlanmıştır [12],[13]. Eksternal fiksasyon bu yöntemlerden birisidir. Kabul edilebilir sınırlarda kemik kaynaması ve fonksiyonel bir üst ekstremitte tedavinin temel amacıdır [14].

Çalışmamızın konusu olan avasküler pseudoartroz vakalarına uyguladığımız kırık uçlarını canlandırma ve unilateral eksternal fiksatörle akut kompresyonla 12 vakalık serimizde elde ettiğimiz % 100 başarı anlamlıdır(Figür 1-2-3-4-5-6). Hastalarımız tedavi sürecinde uzuvlarını kullanabilmişlerdir ve tüm hastalarımızın omuz-dirsek fonksiyonları arttırılmıştır. Hastalarımızın kronik sigara kullanıcısı olmasının negatif etkisi unutulmamalıdır. Hastalarımızın yaş ortalamasının 42,4 olması sonuca olumlu katkıda bulunmuştur. Uygulamanın ikinci bir cerrahi gerektirmemesi avantajı vardır. Uygulamada ihtiyaç duyulursa, distraksiyon yapabilme avantajı vardır. Çalışmamızın kısıtlı vaka içermesi, enfekte ve hipertrofik pseudoartroz vakalarını içermemesi dezavantajıdır. Fiksatörün lokal anestezi ile çıkmasından sonra herhangi bir implant kalmaması avantajıdır.

Sonuç

Humerus pseudartrozu, humerus kemiğinin çeşitli nedenlerden dolayı kaynamaması demektir. Humerus cisim kaynamamasında, omuz ve dirsek eklem sertliği, ağrı ve güçsüzlüğe bağlı morbidite sıktır. Humerus pseudartrozlarının tedavisinin başarılı olması için pseudoartroz tipinin belirlenmesi önemlidir. Fonksiyonel bir üst ekstremitte için kabul edilebilir sınırlarda kaynama sağlanması önemlidir. Çalışmamızdaki avasküler pseudoartroz vakalarının tamamı konservatif tedavilere ve farklı cerrahi uygulamalarla kaynama elde edilememiş vakalardır. Uyguladığımız kırık uçlarını canlandırma ve unilateral eksternal fiksatörle akut kompresyon yöntemiyle elde ettiğimiz % 100 lük başarı önemlidir. Tedavi sürecinde hastalarımızın uzuvlarını kullanabilme ve hareket kabiliyetlerinde artış elde etme avantajları vardır. Kısa sürede sonuç veren (4,3 ay) yöntemin pseudoartroz vakalarında uygulanmasını tavsiye etmekteyiz.

Kaynakça

- 1.<http://www.kadirbacakoglu.com/makale.php?icerik=66>
- 2.Şener, İsmail Uğur. (2005). Humerus Diafiz Kırıklarında Tedavi Sonuçlarımız (Uzmanlık Tezi) Tc. Sağlık Bakanlığı, Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, II. Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul.
- 3.Rockwood C.A., and Green D.P. Fractures , J.B. Lippincott, , 973-996. 2001
- 4.Boyd, H.B., Anderson, L.D. ve Johnson, D.S.: Clin. Orthop. 43: 37, 1965
- 5.Muller, M.E., Allgower, M., Echneider, R. ve Willenegger, H.: Manual of Internal Fixation. toinci baskı, 335, Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 1979.
- 6.Akgün, Işık; Centel, Tuncay; Erginer, Rıfat. (1985). Humerus Pseudartrozları, Acta Orthop Traumatol Turc; Vol 19, No 1 61-70
- 7.Chapman MW: Principles of treatment of nonunions and malunions. In: Chapman MW (ed), Chapman's orthopaedic surgery. 3rd ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001, s:847-85.
- 8.Reisoğlu Ali, Ağuş Haluk. (2008). Kaynamamalarda (Psödoartoz) Tanı ve Tedavi, TOTBİD (Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği) Dergisi, Cilt: 7 Sayı: 1-2
- 9.McKee M. D: Aseptic non-union. In: Thomas P. Rüedi, William M. Murphy (ed), AO principles of Fracture Management, AO publishing, Switzerland, 2001 s:753- 768.
- 10.Frölke J.P.M., Patka P: Definition and classification of fracture non-unions. Injury 2007, 38 (Suppl 2):19-22.
- 11.Marsh D: Concepts of fracture union, delayed union, nonunion. Clin Orthop 1998, 355: 522-30.
- 12.Atalar, Ata Can; Kocaoğlu, Mehmet; Demirhan, Mehmet; Bilsel, Kerem; Eralp, Levent. (2008). Comparison of Three Different Treatment Modalities in the Management of Humeral Shaft Nonunions, (Plates, Unilateral, and Circular External Fixators), J Orthop Trauma, Volume 22, Number 4, April , ss 248-257
- 13.Otsuka NY, McKee MD, Liew A, Richards RR, Waddell JP, Powell JN, et al. The effect of comorbidity and duration of nonunion on outcome after surgical treatment for nonunion of the humerus. J Shoulder Elbow Surg 1998;7:127-33.
- 14.Sügün, Tahir Sadık; Özaksar, Kemal; Toros, Tulgar; Kayalar, Murat; Bal, Emin; Özerkan, Fuat. (2012). Humerus Cisim Kaynamamaları: Plaklar Ve Çiviler, Eklem Hastalıkları Ve Cerrahisi, 23(3):150-155.
- 15.Öztürkmen, Yusuf; Doğrul, Cemal; Doğan, Ahmet; Karlı, Mahmut. (2002). Humerus Cisim Kırıklarında Kilitli İntramedüller Çivileme, Tjtes,Ulusal Travma Dergisi, 8: 164- 169
- 16.Atkins RM: Principles of management of septic non-union of fracture. Injury 2007, 38 (Suppl 2):23-32.
- 17.Cherny III G, Zorn KE: Segmental tibial defects: comparing conventional and ilizarov methodologies. Clin Orthop 1994, 301:118-123.
- 18.Ilizarov GA. The tension-stress effect on genesis and growth of tissues. Part 1. Clin Orthop Relat Res. 1989;238:249-281.

19.Lammens J, Baudin G, Driessen R, et al. Treatment of nonunion of the humerus using the Ilizarov external fixator. Clin Orthop Relat Res. 1998; 353:223–230.

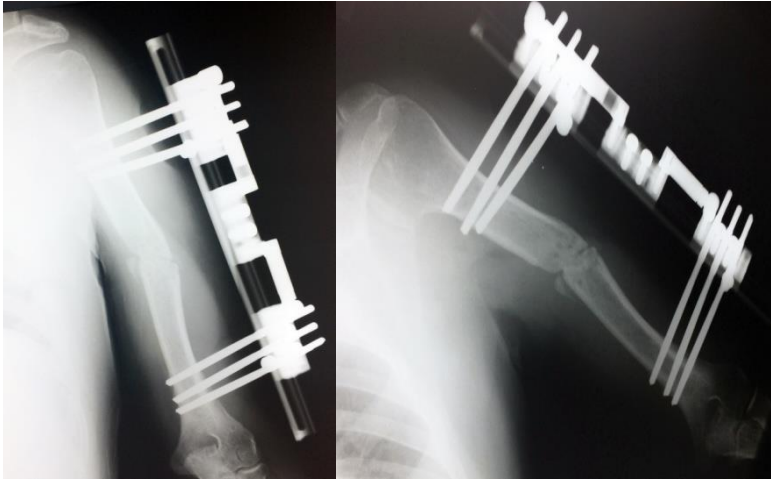
20.Aynacı Osman , Yıldız , Mehmet, Aydın, Hafız , Kerimoğlu, Servet . (2000). Humerus Cisim Kırıklarında Eksternalfiksator Uygulamalarımız, Hacettepe Ortopedi Dergisi, S. 137

İlaveler

Figür 1: Humerus diafiz avasküler pseudoartroz vaka 1 preop grafileri.



Figür 2: Humerus diafiz avasküler pseudoartroz vaka 1 erken postop grafileri.



Figür 3: Humerus diafiz avasküler pseudoartroz vaka 1 kallus oluşumunu gösteren grafisi.



Figür 4: Humerus diafiz avasküler pseudoartroz vaka 2 preop grafisi.



Figür 5: Humerus diafiz avasküler pseudoartroz vaka 2 erken postop grafisi.



Figür 6: Humerus diafiz avasküler pseudoartroz vaka 2 postop kaynama oluşmuş grafisi.

“Daha İyi Sağlık Sistemleri için Daha İyi Sağlık Yöneticileri”



SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ 8. KONGRESİ

Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

www.eul.edu.tr
Tel: 0 392 660 20 00 Dahili: 2551
E-mail: healthcong@eul.edu.tr

10-12 EYLÜL 2010



GENÇ HASTALARDA OSTEOARTRİT VE AYNI SEANSTA LOKAL ANESTEZİLİ DİZ EKLEMİ LAVAJI İLE HYALÜRONİK ASİT ENJEKSİYONU UYGULAMA SONUÇLARIMIZ

Bülent KILIÇ*

Ali Serdar YÜCEL**

Aylin ZEKİOĞLU***

ÖZET

“Osteoartrit (OA); yavaş progresyon gösteren monoartiküler veya poliartiküler tutulumlu sinovyal, diartrodial ve özellikle yük taşıyan eklemlerde progresif olarak ortaya çıkan, kıkırdak harabiyeti, osteofit formasyonu ve subkondral skleroz ile karakterize, non-inflamatuvar, kronik, dejeneratif bir eklem hastalığıdır”[1] Osteoartrit (OA) kıkırdak dejenerasyonudur ve yaşamı olumsuz etkiler. Daha çok yaşlılarda görülen bu önemli sağlık sorununun gençlerde görülme sebepleri cinsiyet, ırk, kalıtım, obezite, travma, mekanik etkenler, kas güçsüzlüğü, östrojenin azalması ve beslenme yetersizliği olarak sayılabilir. Osteoartritte eklem durumunu değerlendirmek için direkt grafiler kullanılır. Bu çalışmada; osteoartrite genel bakış ve 164 radiografik kellgren sınıflamasına göre stage 2 ve 3 olan hastalarımızda, aynı seansta lokal anesteziyle uyguladığımız diz eklemi lavajı ile hyalüronik asit enjeksiyonu sonrası 1 yıllık takibimize göre; sadece eklem lavajı veya eklem içi hyalüronik asid uygulamalarına göre çok daha iyi sonuç veren 2 metodun beraber uygulanma sonuçlarını paylaştık.

Anahtar Kelimeler: Eklem lavajı, hyalüronik asit, osteoartrit,

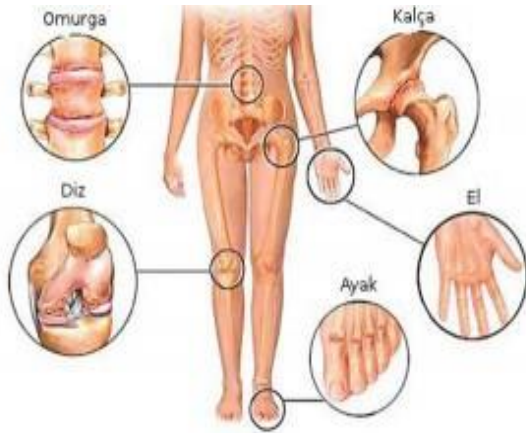
* Ortopedi Uzmanı Bülent Kılıç Tekirdağ,

** Ali Serdar YÜCEL Fırat Üniversitesi Besyo

***Aylin ZEKİOĞLU Celal Beyar Üniversitesi Besyo

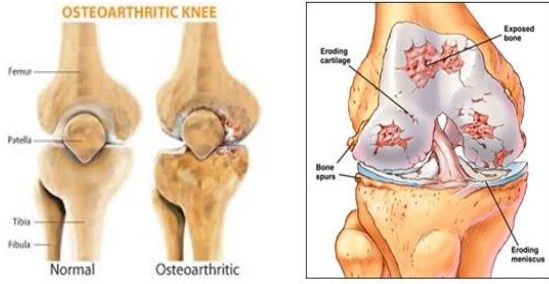
Giriş

Osteoartrit (OA) eklem kıkırdağı ve altındaki kemik bütünlüğünün bozulmasına neden olan çok çeşitli etmenler sonucu ortaya çıkan semptom ve klinik muayene bulgularıyla karakterize bir hastalıktır[3]. “*Osteoartrit (OA); yavaş progresyon gösteren monoartiküler veya poliartiküler tutulumlu sinovyal, diartrodial ve özellikle yük taşıyan eklemlerde progresif olarak ortaya çıkan, kıkırdak harabiyeti, osteofit formasyonu ve subkondral skleroz ile karakterize, non-inflamatuvar, kronik, dejeneratif bir eklem hastalığıdır*”[1],[4],[5],[6],[7],[8]. Bütün eklemlerde görülmekle birlikte en sık el, diz, kalça ve omurga eklemlerinde ortaya çıkar. [9],[10].Dünyada sakatlık ve ağrının en önde gelen nedeni, aynı zamanda artritlerin en yaygın görülen şekli olan diz osteoartritin prevalansı yaşla[11],[12],[13],[4] birlikte artar ve kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür.



Şekil 6 Osteoartritin etkilendiği bölgeler [83]

[13] Bu hastalık diz bölgesinde görüldüğü zaman dejeneratif diz eklemi değişikliklerine sebep olur ve sadece eklem kıkırdağını değil, aynı zamanda bağlar, eklem kapsülü, tendonlar ve kaslar gibi periartiküler yapıları da etkiler [14],[15],[16].Diz osteoartritinin 45 yaş üzeri erişkinlerin %28’i, 65 yaş üzeri erişkinlerin ise %37’si etkilenir[17],[18],[4],[19],[20],[7]. Diz osteoartritte, özellikle kapsüler ve ligamentöz yapılardan kaynaklanan afferent sinyallerin bozulması sonucu, eklem pozisyon ve hareket algılamasında gelişen yetersizlik, propriosepsiyon bozukluğuna yol açmaktadır[16].Osteoartritte (OA) kıkırdak dejenerasyonu, subkondral kemik sklerozu, kemik kistleri ve eklem kapsülünde sertleşme görülür. Ağrı, deformite ve devamında kronik dizabiliteye neden olarak, hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar[21],[17],[2], [22],[6],[8].



Normal ve osteoartrit dizin yıpranmış kemik ve kıkırdak yapısı

Şekil 7: Normal ve osteoartritli diz [84]

Osteoartrit iş hayatında sınırlamalara, kişisel ve ailevi sorumlulukları yerine getirmede zorluklara, yaşam tarzında olumsuz etkilere, depresyon ve anksiyeteye sebep olmaktadır. Kişilerin ekonomisi üzerine ise sakatlık nedeniyle iş kaybı ve yüksek tedavi maliyeti olarak yansımaktadır [13]. Osteoartritin risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk, kalıtım, obezite, travma, mekanik etkenler, kas güçsüzlüğü, östrojenin azalması ve beslenme yetersizliğidir[2]. Osteoartrit aynı zamanda disabilite nedenidir. [3] Klinik bulgular ağrı, hareket kısıtlılığı ve eklem tutukluluğudur. Ağrı çoğu zaman tutulan eklemde lokalizedir ve hareketle gün içinde artar, dinlenme ile azalır[23],[24],[7].

Toplumdaki sıklığı, ortalama yaşam süresinin uzaması, obezitenin artması ve hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşması gibi nedenlerle giderek artmaktadır [8].

Osteoartritin tedavisinde amaç; eklem ağrısı ve sertliğini azaltmak, eklem mobilitesini korumak ve artırmak, fiziksel yetersizliği ve engelliliği azaltmak, yaşam kalitesini artırmak, eklem hasarının ilerlemesini azaltmaktır[10],[4],[19],[20],[7].

Morbiditeyi azaltmak için yapılan ilk tedavi konservatif tedavilerdir[6]. Ağrı ve ağrı sonucu oluşan hareket kısıtlılığının kontrolü için analjezikler ve nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar tek başına ya da esastedavi olarak kullanılmazlar. Birçok durumda farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler bir arada kullanılır ve bu ağrı kontrolünde en iyi yöntemdir. [25],[26],[7],[3]. Kronik osteoartrit ağrısını kontrol altına almanın yolu farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımları içeren kapsamlı bir tedavi planı gerektirir. Özellikle kalça ve diz osteoartritinde nonfarmakolojik tedavi yönetimi olarak akupunktur, manuel terapi, fizik tedavi cihazları eğitim ve öz-yönetim, kilo kaybı, transkütanöz elektrostimülasyon veya transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), termal (sıcak-soğuk) vb. gibi yöntemler ile cerrahi ve rehabilitasyon uygulanır [13]. Bu çalışmada genç hastalarda diz osteoartritinin tedavi yöntemlerinin anlatılması amaçlanmaktadır.

Osteoartrit

Osteoartrit (OA), eklem kıkırdağında erozyon, eklem kenarlarında kemik hipertrofisi, subkondral skleroz ve sinovyal membran ve eklem kapsülünde birtakım biyokimyasal ve morfolojik değişiklikler ile karakterize, tüm eklem ve eklem çevresi dokuları etkileyen, yaygın görülen, kompleks ve kronik[27],[9],[28] dejeneratif bir eklem hastalığıdır. Osteoartrit morbiditeye yol açar, eklem kıkırdağı ve altındaki kemik bütünlüğünün

bozulmasına neden olur. Prevalansı yaşla beraber artan ve sık görülen bu hastalık[29], [9] çok çeşitli etmenler sonucu ortaya çıkan semptomlar gösterir[30],[31], [32], [8].

Osteoartritte, ekstrasellüler matriks kontrolsüz olarak parçalanır ve kıkırdak yok olur[33],[34],[35] Bu hastalıkta eklemlerin şekli değişir ve ilerleyici bir eklem hastalığıdır. Osteoartritin oluşumuna sebep olan faktörler arasında eklemlere aşırı yüklenmek, tekrarlayıcı hareket,yaralanma ve inflamasyonun katkıda bulunduğu birden çok faktör yer alır. Dizler başta olmak üzere kalça, omuz ve küçük el eklemleri osteoartritten en çok etkilenen yerlerdir[36],[13].Özellikle diz eklemi gibi yük taşıyan eklemleri etkilediğinden, önemli derecede özürüllüğe neden olur [15],[16].Diz eklemine normalde kaniçermeyen ve sinovyal sıvı tarafından beslenen,eylem sırasında sürtünmeyi azaltan ve eklemlere sertlik ve elastikiyet sağlayarak vücut hareketlerindeki titreşimi önlemeye yardım eden kartilajın yapımı[37],[38] sağlıklı insanda dengededir. Ancak osteoartritli hastalarda bu denge kaybolur ve kartilaj yenilenmeden hızlı bir şekilde bozulur, sertleşir ve elastikiyetini kaybeder. Sonunda aşınmayla birlikte ağırlı yeni kemik oluşumlar oluşur. Kemik çıkıntıları kemiğe benzerkistler ve kemiksi uçlar biçiminde gelişir. Bu kemik anormallikleri eklem deformiteleri,ağrı ve yetersizliğe neden olur[39],[7].

Yaşın ilerlemesiyle birlikte kıkırdakta ortaya çıkan morfolojik değişiklikler Osteoartrite zemin hazırlar. Prevalans yaşla birlikte kademeli olarak artar. Bu hastalarda ilerleyen fonksiyon kaybı, yürüme, ayakta durma, merdiven inip çıkma gibi fonksiyonlarda artış gösteren bir zorlanma ile karşı karşıyadırlar. Yaşla birlikte radyolojik değişiklikler görülebilir[8].

Epidemiyoloji

Osteoartrit gelişimi ile yaş arasında bir ilişki[31]. Her iki cins ve tüm ırkları etkileyen bir hastalıktır[4]. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile OA daha yaygın olarak görülmektedir[31]. OA'in kardiyovasküler hastalıklardan sonra gelişmiş ülkelerde devlet ekonomisine en çok yük getiren hastalıktır [40],[11].İnan 45 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık %19-28'inde diz osteoartritinin görüldüğünü belirtilmektedir. [12],[13] 55 yaş üstünde ise insanların yaklaşık %80'inde radyolojik olarak OA saptanmaktadır. Yapılan araştırmalarda 100.000 kişide yıllık el osteoartrit insidansı 100, diz OA'i insidansı 240 ve kalça OA'i insidansı 88 olarak saptanmıştır[41],[42],[31]. OA hastalarının eklem tutulum dağılımları değerlendirildiğinde ise; en sık tutulan eklemlerin sırası ile diz (%76), omurga (%55.7), kalça (%21.6) ve el eklemi (%21.1) olduğu görülmektedir [43],[44],[7]. Prevalansı ellerde ve dizlerde 75 yaşına kadar artar, daha sonra bu artış gözlenmez[4].Osteoartrit 50 yaş öncesinde erkeklerde,50 yaş sonrasında ise kadınlarda daha sık görülür [41],[31].Periferal eklemlerde en sık eller, dizler ve kalçalar tutulur.Kalça eklemlerinin OA prevalansı diz ve parmağa göre daha düşüktür [43],[4]. Semptomatik diz Osteoartrit prevalansı 55 yaş üstünde %13 olup, Türkiye'de ise, toplamda %14,8, kadınlarda %22,5 ve erkeklerde %8 olarak bulunmuştur[46],[16].OA tüm disabilite nedenlerinin %2-3'ünü oluşturmaktadır (3,8). Özellikle diz ve kalça OA'inin yüksek mortalite, kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus ve yürüyüş bozuklukları ile ilişkili olduğu bulunmuştur [47],[48],[3].

Etyoloji

OA'in etyolojisinde mekanik, biyomekanik ve genetik faktörlerin rol oynadığı belirtilmektedir. Bazı nutrisyonel ve endokrin faktörler de etkilidir. Özellikle diz OA gelişiminde rol oynayan önemli faktörler ise, obezite, cinsiyet, yaş, diz eklemde travma, merdiven çıkma ve diz çökme gibi dizlerde aşırı mekanik yüklenmeye ve zorlanmaya neden olan işlerde çalışma, eklemi zorlayan veya zedeleyen yarış sporları ile uğraşma, yüksek topuklu ayakkabı giyme, hareketsizlik ve genetik yatkınlıktır [49]. Obezite, yük taşıyan eklemlerde yüklenmeyi artırarak ve postür, yürüyüş ve fiziksel aktivite düzeyini olumsuz etkileyerek, OA riskini artırır. Vücut kitle indeksi 30 kg/m^2 üzerinde olanlarda, diz OA riski 6,8 kat artmıştır [50],[16].

Osteoartrit gelişmesinde çoklu risk faktörleri vardır. [51],[7]. Osteoartritin hastalık sürecinin gelişmesine katkıda bulunan faktörler, sistemik, genetik, biyomekanik ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılabilirler [31].

Sistemik faktörler ileri yaş ve kadın olmak olarak açıklanabilir [51]. Kadınlarda daha fazla görülmesinin nedeni hormonal değişimlerdir. Genetik yatkınlık, özellikle nodal OA için önemli bir risk faktördür. Heberden nödüleri ile diz OA birlikteliğinin hastaların birinci derece yakınlarında daha fazla olması ve monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlere göre daha çok genetik geçiş göstermesi, genetik faktörlerin etkisini teyit etmektedir [51],[16]. Sigara ile diz OA ilişkisini araştıran çalışmalarda, OA'da kırıldık kaybı ve ağrı şiddetinin sigara içenlerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir [54],[55],[16]. Eklem kırıkdağında yaşla beraber oluşan morfolojik veya yapısal değişiklikler arasında yıpranma, yumuşama, eklem yüzeyinde incelme ve matriksin gerilme gücü ve sertliğinde kayıp vardır [32],[56]. Kadınlarda OA gelişimi erkeklere göre 2 kat fazladır. 50 yaşından önce kadınlarda OA prevalansı daha az iken, 50 yaşından sonra özellikle dizde prevalans atmaktadır [32]. Yaş ve cinsiyet ile ilgili OA riskinin artmasında, postmenapozal hormon yetmezliğinin rolü vardır. Menisküs yaralanması, krusiyat ligaman yırtıkları, eklem yakın kırıklar gibi travmatik faktörlerin diz OA gelişimini kolaylaştırdıkları bilinmektedir [57]. Diyet faktörü ise şöyle etkilidir; Yüksek doz C vitamini ile tedavi edilen bir deneysel diz OA modelinde kırıkdağın fibrilasyon ve eburnasyonu anlamlı derecede azalmıştır. Düşük serum D vitamini düzeyleri veya yetersiz D vitamini alımı ile diz OA progresyonunda artış olduğu bulunmuştur [58]. Jeneralize eklem hiper mobilitesi olan bireylerde OA prevalansının arttığı tespit edilmiştir. Bu durum konnektif doku bozuklukları veya eklem travmasına bağlı olabilir. Sinoviyal effüzyon ve kondrokalsinozis olaya sıklıkla eşlik eder [58],[8].

Kısaca genetik faktörler, sigara, hiper mobilité, mesleki faktörler, bazı profesyonel sporlar (halter, futbol, bisiklet), vitamin eksiklikleri (yetersiz C vitamin alımı, düşük D ve E vitamini seviyeleri), dizde zorlanmaya neden olan hareketlerin sıklıkla yapıldığı aktiviteler, kuadriseps güçsüzlüğü (eklem üzerine binen yük artışı nedeniyle), ve travma öyküsü, yaşlılık, kadın olmak, özellikle ağırlık taşıyan eklemler, aşırı kilo, diz yaralanması, tekrarlayan eklem hareketleri, düşük kemik yoğunluğu, kas zayıflığı ve eklem gevşekliği tüm osteoartrit türlerinin gelişiminde ortak risk faktörlerdir [13],[59],[60],[15],[61],[44].

Osteoartrit risk faktörlerini maddeleştirirsek şöyle olur:

- Yaş
- Cinsiyet
- Etnik /İrk

- Genetik
- Obezite
- Diyet
- Travma / Cerrahi
- Meslek
- Mekanik faktörler
- Dizilim
- Laktisite [3]

Sınıflandırma

Osteoartrit primer ve sekonder olarak iki başlıkta sınıflandırılır Primer (idiyopatik) OA’de bilinen bir etyoloji bulunmamakta, sekonder OA isedaha önceden oluşmuş bir eklem yıkımı sonucunda ortaya çıkmaktadır [62],[63].

1. İdiyopatik

A. Lokalize Eller (İnterfalangeal ve 1.karpometakarpal eklemler)

Ayaklar (Metatarsofalangeal eklem)

Diz (Medial, lateral, patellofemoral)

Kalça (Superolateral, superomedial, medial)

Omurga (Apofizyal)

Diğer bölgeler (Omuz, dirsek, el ve ayak bileği)

B.Generalize (Kellgren’s sendromu)[8]

2. Sekonder

Sistemik, metabolik veya endokrin hastalıklar

Okronozis

Wilson hastalığı

Hemakromatozis

Akromegali

Hiperparatiroidizm

Kristal depo hastalıklar

Konjenital ve gelişimsel hastalıklar

Üst femoral epifiz kayması

Blount hastalığı

Perthes hastalığı

Doğuştan kalça çıkığı

Bacak uzunlukları eşitsizliği

Hipermobile sendromları

Travmatik nedenler

Major eklem travması

Ekleme uzanan kırık

Eklem cerrahisi

İnflamatuar nedenler

İnflamatuar hastalıklar (RA)

Septik artrit

Nöropatik Artropati[31]

Klinik Bulgular

Genç hastalarda klinik bulgularda önceden geçirilmiş bir zedelenme veyamenisektomiye bağlı olarak izole OA saptanır. Klinik bulgularda Ağrı, eklem tutukluğu, krepitasyon, hareket kısıtlılığı, sinovit, eklem yüzeyi genişlemesi, kas artrofisi, deformite ve fonksiyon kaybı, görülür[16].Eklem hareket kısıtlılığı, eklem yüzeylerinde uyumsuzluk, kas spazmı ve kontraktürü, eklem kapsülü kontraktürü, osteofitler ve eklem fareleri nedeniyle gelişir. Eklem yüzeylerinde asimetrik genişlemeler, sekonder sinovit ve sinovyal sıvı artışı, osteofitler ve kıkırdağın proliferatif değişiklikleri sonucu gelişebilir. Medial kompartman tutulumunda, sıklıkla gelişen varus deformitesi ve daha az sıklıkla [12] lateral kompartman tutulumunda gelişen valgus deformitesi, subkondral kemik kollapsı, kemik büyümeleri ve periartiküler yumuşak doku kontraktürü nedeniyle gelişen deformitelere [40],[64],[13].Ağrı aktiviteler sırasında artar ve istirahatle azalır. Ağrı,en sık rastlanan ve en önemli yakınmadır. İleri dönemde devamlı ağrı ve gece ağrısı gelişebilir. Ağrının kaynağı periost irritasyonu, trabeküler mikrofraktürler, kapsül gerilmesi ve fibrozisi, periartiküler kas spazmı ve yorgunluğu ve bazı vakalarda gelişen hafif sinovit tablosudur [15],[64],[16].Yürüyüş kalça veya diz OA'sında antalgik şekilde,patellofemoral ağrı olduğunda ise hastanın dizini koruyarak yürümesi şeklindedir. Ağrı; bu hastalarda inflamatuvar ve mekanik ağrı olmak üzere iki çeşittir. Ağrı başlangıçta tek eklemde görülen hastalığın en baskın semptomu olup kişiyi tanıya götürür. Osteoartrit ağrısı genellikle derin bir sızı şeklinde tanımlanır. Genellikle uzun mesafe yürüme, ağır taşıma gibi eklem faaliyetleri ile daha da kötüleşir ve inflamatuvar hastalıkların aksine, dinlenmeyle azalabilir [27]. Etkilenen eklem kullanılması ağrıyı arttırabilir ve ağrının etrafa yayılmasına neden olabilir. Ağrı, bir etkinliğe başladıktan sonra bir kaç dakika içinde başlar ve faaliyetin bitiminden sonra saatlerce sürebilir. [66],[67]. Diz osteoartriti olan hastalar sürekli ya da gece gelen ağrıdan şikayet edebilirler. Ağrı sürdükçe hastalar psikolojik sıkıntı da yaşayabilirler. [68],[69],[13].Krepitasyon sıklıkla pasif veya aktif hareket ağrısına neden olur.Muayenede osteofitler düzensiz ve sert şişlikler şeklinde palpe edilebilirler[31]. *Tutukluk* Sık görülen bir semptomdur. Eklem hareketinin başlatılmasında güçlük olarak tanımlanır. Daha çok sabahları ve belli bir süre hareketsizliği takiben ortaya çıkar. Tutukluk genellikle kısa sürelidir ve 30 dakikadan azdır. Tutukluk eklem kapsülünde kalınlaşmaya ve peri-artiküler değişikliklere bağlı olabilir. [70],[71],[7].Krepitasyon: OA'nın önemli bir bulgusudur. İleri OA'da palpasyon ile hissedilebileceği gibi, ses olarak da duyulabilir. Eklem yüzeyindeki düzensizlikler, marjinal çıkıntılar ve sinoviyal sıvıdaki hava kabarcıkları krepitasyon nedenleri arasında gösterilmektedir Özellikle dizde kullanılmaya bağlı kuadriseps kasında atrofi görülür[72],[16].

Tedavi Yöntemleri

Osteoartrit tedavisinde esas amaç ağrıyı azaltmak ve günlük yaşamı kolaylaştırmaktır. Tedavisi yaş, komorbidite, klinik tablonun şiddeti, hastanın tercihleri ve tedavinin maliyeti göz önünde bulundurularak planlanır [72],[3],[16].

Osteoartrit yönetimi farmakolojik, nonfarmakolojik ve cerrahi tedavileri içerir. [74],[75].

Hastalığın tedavisi semptomatiktir. İlaç dışı tedaviler en az ilaçlar kadar önemlidir. Osteoartrit yönetimi için eğitim ve bilgilendirme, egzersiz, kilo verme (hasta kilolu ise),

topikal non-steroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ) ve parasetamol diz osteoartriti için "çekirdek tedaviler" olarak kabul edilen beş müdahale olarak listelenir [2].

a) Farmakolojik Yöntemler: Analjezikler (İlk denenmesi gereken oral analjeziktir ve orta dereceli ağrılarda uzun süre kullanılabilir[8] bunlar Parasetamol, opioidler, tramadol, asetaminofen olabilir), NSAİİ Parasetamole yanıt vermeyen hastalarda NSAİİ verilebilir. Osteoartritte NSAİİ verilmesinin nedeni inflamatuvar komponentin de semptomlara katkıda bulunabilmesidir [8] (naproxsen, asetilsalisik asit, ibuprofen ve benzeri), COX-2 inhibitörleri (COX-2 inhibitörleri NSAİİ'lere benzer analjezik etkiye sahipken gastrointestinal yan etki profili ve endoskopik ülserasyon riski açısından plaseboya benzerdir. Gastrointestinal risk faktörleri olan hastalara COX-2 inhibitörleri önerilebilir [73],[8]. cyclooxygenase-selective non-steroidal anti-inflammatory ilaçlar, celecoxib, rofecoxib vb), topikal kremler, eklem içi uygulamalardır (eklem lavajı, kortikosteroidler, hyaluronat asit) [7]. NSAİİ'lerin kontrendike olduğu, etkisiz olduğu veya tolere edilemediği durumlarda opioid analjezikler ve antidepresanlar yararlı alternatifler olabilir[8] kas gevşetici ve antidepresanlar, topical kremler, eklem içi uygulamalar kullanılabilir [13].

b) Non-farmakolojik Yöntemler: Osteoartritli hastaların tedavisinde değişik nonfarmakolojik yöntemler [76] kullanılabilir. Örneğin hasta eğitimi, egzersiz programı, mekanik faktörlerin düzeltilmesi (kilo kaybı, uygun ayakkabı seçimi, spor aktiviteleri, baston, yardımcı cihazlar), lokal fizik tedavidir (soğuk uygulama, yüzeyel ısıtıcılar, derin ısıtıcılar, pulsatil elektrik stimülasyonu, TENS, akupunktur) [77],[78]. Fizyoterapi tedavileri osteoartrit için Non-farmakolojik yöntemlerden olup fiziksel önlemlerin yanı sıra egzersiz tedavisi de dahil olmak üzere; ultrason uygulaması, elektroterapi, kas stimülasyonu, sıcak ve soğuk uygulama, özel bir masaj tekniği olan enine sürtünme, akupunktur, germe/yürüyüş, çekiş uygulamalarını içerir [76],[13].

c) Cerrahi Yöntemler: Nonfarmakolojik ve farmakolojik tedaviye cevap vermeyen ağrılı hastalar ve fonksiyon kaybı yaşayan hastalar eklem replasman cerrahisi açısından değerlendirilirler [13] uygulanan yöntemler, artroskopik debridman, eklem replasmanı, artroskopi, osteotomidir [77]. Artroskopik debridmanla eklem yüzeylerinin düzgünleştirilmesi (kıkırdak tıraşlaması veya termal kondroplastisi), küçük parçacıkların uzaklaştırılması, abrazyon, menisektomi, osteofit eksizyonu, kısmi sinovektomi gibi cerrahi müdahaleler uygulanabilmektedir [79]. Osteotomi ile özellikle diz OA'sında valgus deformitesi ve distal femoral osteotomi, varus deformitesi ve proksimal tibial osteotomi uygulanır [80], [81] Artroplastisi ile yaşam kalitesini arttırdığı, ağrıya azalmaya ve fonksiyonel durumda iyileşmeye neden olur [82],[73],[8].

Metod

Çeşitli tarihlerde tarafımıza diz şikayetiyle başvuran 164 hastamız çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalarımız, çeşitli konservatif tedavilere yanıt alamamış hastalardır. Hastalarımıza; fizik muayene, direkt radyografik ve magnetik rezonans görüntüleme yapılmıştır. Tüm hastalarımız, radiografik kellgren sınıflamasına göre grade 2 ve 3 hastalardır. Hastalarımızın 96 sı bayan ve 68 i erkektir. Hastalarımızın yaş ortalaması 43,4 tür. Ortalama takip süremiz 1 yıldır. Hastalarımızın 56 sında bilateral osteoartrit mevcuttur. Çalışmamızdaki toplam diz sayısı 220 dir. Hastalarımızın 87 si grade 2 ve 77 si grade 3 tür, bilateral eklem tutulumu olan hastalarımızın her iki dizleride aynı gradelidir. Bilateral hastalarımızın 39 u grade 2 ve 17 si grade 3 tür. 36 hastamızda geçirilmiş diz kırığına öyküsü

mevcuttur. 68 hastamızda geçirilmiş artroskopik menisektomi hikayesiş mevcuttur. 7 hastamızda geçirilmiş diz eklemi enfeksiyonu öyküsü mevcuttur.

Tüm hastaların dizleri, müdahale odasında steril hazırlandıktan sonra; portal için cilt cilt altı infiltrasyon anestezisi ve eklem içi anestezi, 20 cc lidokain ile yapılmıştır. Patella lateralinde açılan mini portalden eklem içi yollanan silikon kanül ile eklem basınçlı olarak lavaj enjektörü ile 1500 cc serum fizyolojik kullanılarak irrije edilmiştir. Portal 1 adet absorbe olan sutür materyali ile kapatılmıştır. Eklem içi 1ml izotonik solüsyon (pH 7,3) fermentasyon ile elde edilmiş 20.0 mg sodyum hyaluronat ve sodyum klorür, sodyum monohidrojen fosfat, sodyum dihidrojen fosfat, mannitol ve enjeksiyonluk karışımı enjekte edilmiştir. Hastalarımız poliklinikten takibe alınmıştır.

Hastalarımıza ilk başvuruda ve takiplerde; Hospital for Special Surgery skorlaması (HSSS), hasta memnuniyeti, ağrı kesici kullanımındaki değişiklik ve ağrısız diz hareketindeki değişiklik sorgulaması yapılmıştır. Hastalarımızın 1 yıllık takiplerinde HSS skoru 67 den 87 e çıkmıştır, düzelme, hasta memnuniyetinde artış, ağrısız hareket aralığında artış ve ağrı kesici kullanımında azalma olmuştur.

Tartışma

Osteoartrit (OA) eklem kıkırdağı ve altındaki kemik bütünlüğünün bozulmasına neden olan çok çeşitli etmenler sonucu ortaya çıkan semptom ve klinik muayene bulgularıyla karakterize bir hastalıktır [3]. Ağrı, deformite ve devamında kronik dizabiliteye neden olarak, hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar [21],[17],[2],[22],[6],[8]. Ağrı çoğu zaman tutulan eklemde lokalizedir ve hareketle gün içinde artar, dinlenme ile azalır [23],[24],[7]. Genç hastalarda klinik bulgularda önceden geçirilmiş bir zedelenme veya menisektomiye bağlı olarak izole OA saptanır. Çalışmamızdaki 68 hastada da geçirilmiş artroskopik menisektomi hikayesi vardır. Klinik bulgularda Ağrı, eklem tutukluğu, krepitasyon, hareket kısıtlılığı, sinovit, eklem yüzeyi genişlemesi, kas artrofisi, deformite ve fonksiyon kaybı, görülür[16].

Genç hastalarda gelişen diz osteoartriti için konservatif yöntemler ile tedavi anlamlıdır.

Çalışmamızda uyguladığımız pratik eklem lavajı ve eklem içi hyaluronik asit enjeksiyonu kombinasyonu ile 1 yıllık takibimizde elde ettiğimiz başarı (HSSS unda 67 den 87 ye artış, analgesik kullanımının azalması ve harekette artış) literatüre göre anlamlıdır [85],[86],[87]. Hastalarımızın genç olması çalışmamızda elde ettiğimiz sonucaolumlu katkıda bulunmuştur. Çalışmamızdaki travmatik osteoartrit hastalarında eklem yapısal bozukluğu olmaması sonuca olumlu katkı yapmıştır. Çalışmamızda ileri evre hasta olmaması çalışmamızın kısıtlılığıdır. Takip süremizin 1 yıla sınırlı olması çalışmamızdaki kısıtlılıktır.

Sonuç

Genç hastalarda gelişen osteoartrit vakalarında, hastaların yaşamları, iş hayatları ve psikolojileri ciddi düzeyde etkilenmektedir. Olağan yaşamı aksatan cerrahiler ve tedaviler dışında, daha pratik uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu hasta grubunda, artroplasti gibi yöntemleri anlamlı bulmadığımızdan, tedavi edici yeni uygulamalara ve tedavi kombinasyonları ile elde edilen başarılı sonuçlara ihtiyaç vardır. 164 hastalık serimizde lokal anestezili eklem lavajı ve eklem içi hyaluronik asit uygulamasıyla pratik şekilde elde ettiğimiz başarının anlamlı olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynakça

- [1] Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. Arthritis Rheum. 2008;58:26–35.
- [2] Cüzdan, Coşkun Nihan. (2013). Diz Osteoartritinde Plazma Adiponektin Düzeyleri İle Hastalık Şiddetinin Korelasyonu. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ufuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
- [3] Samut, Gülbüz. (2013). Diz Osteoartritli Hastalarda İzokinetik Ve Aerobik Egzersizin Serum Interlökin-6 Ve Tümör Nekrozis Faktör – Alfa Düzeylerine, Ağrı Ve Fonksiyonel Aktivite Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, T.C Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara.
- [4] Mert, Muharrem. (2013). Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Diz Osteoartritinde Düşük Doz Ultrason Tedavisinin Etkinliği, T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Bursa
- [5] Jordon KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JWJ, Dieppe P, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62: 1145-55.
- [6] Altın, Firuzan; Cağlar, Nil; Burnaz, Özer; Tutun, Şule; Ozgonenel, Levent. (2013). Diz Osteoarriti Olan Hastalarda Ultrason ile Plasebonun Etkinliğinin Karşılaştırılması, İstanbul Med J; 14: 86-9 DOI: 10.5152/imj.2013.24
- [7] Uludağ, Elanur. (2012). Diz Osteoartritli Hastalarda Lokal Soğuk Uygulamanın Ağrı Ve Hareket Kısıtlılığı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları, Erzurum.
- [8] Yıldız, Zafer. (2009). Diz Osteoartritinde İdrar CTX-II Düzeyi İle Klinik Ve Radyolojik Bulguların Korelasyonu, Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara.
- [9] Kutsal GY. Yaşlılık Döneminde Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları, in Kutsal GY. Ed. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010, Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010: 389-401
- [10] Neogi T, Zhang Y. Osteoarthritis prevention. Curr Opin Rheumatol 2011; 23(2): 185- 91
- [11] Conaghan PG, Dickson J, Grant RL. Guideline Development Group. Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. BMJ 2008; 336(7642): 502-3
- [12] Felson DT. Osteoarthritis Of The Knee Clinical Practice. N Engl J Med 2006; 354(8): 841-8
- [13] İnan, Çiğdem. (2012). Diz Osteoarriti Olan Hastalarda Sıcak Ve Soğuk Uygulamanın Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Erzurum
- [14] Di Cesare PE, Abramson SB. Osteoartrit patogenezi. Arasıl T. Kelley Romatoloji Ankara Güneş Kitabevi. 2006:1493-1512.

- [15] Atay M.B. Osteoartrit. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon. Ankara Güneş Kitabevi. 2011:2533-63.
- [16] Azarfam, Yousefi, Ali Akbar. (2013). Diz Osteoartriti Olan Hastalarda Sanal Gerçeklik Uygulaması Ve Kinezyolojik Bantlamanın Propriosepsiyon Üzerinde Etkinliği Ve Kıyaslaması, T.C. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı , Ankara
- [17] Jakobsson U, Hallberg IR. Quality of life among older adults with osteoarthritis: an explorative study. J Gerontol Nurs. 2006;32:51–60.
- [18] Lee R, Kean WF. Obesity and knee osteoarthritis. Inflammopharmacology. 2012; 20 (2):53-8.
- [19] Coty MB, Wallston KA. Roles and well-being among healthy women and women with rheumatoid arthritis. J Adv Nurs 2008.
- [20] Kaya N. Romatoid artritli bireyin hemşirelik tanılması. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hem Derg 2008; 16:63.
- [21] Sadosky AB, Bushmakın AG, Cappelleri JC, et al. Relationship between patient-reported disease severity in osteoarthritis and self-reported pain, function and work productivity. Arthritis Res Ther. 2010; 12 (4):R162.
- [22] Beyazova M, Gokce K.Y. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Güneş Kitabevi 2000; M.B. Atay Bolum 7-27; 1805-36.
- [23] Arslan S. Osteoartritte Tanı ve İzlem. STED, 2000;9:9.
- [24] Kelly M. Managing Osteoarthritis Pain Nursing 2006; 36:11.
- [25] Özgürsoy P. Osteoartritte tedavi ilkeleri. Romatizma 2006;10:21.
- [26] Edmonds A, Holm G. Managing pain in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Ce-Today For Nurs Pract 2009; 3:7.
- [27] Pesesse L, Sanchez C, Henrotin Y. Osteochondral plate angiogenesis: a new treatment target in osteoarthritis. Joint Bone Spine 2011; 78(2): 1.44-9
- [28] Mckenzie S, Torkington A. Osteoarthritis-Management Options İn General Practice. Aust Fam Physician 2010; 39(9): 622-5
- [29] Hurley MV, Beame L.M. Non-Exercise Physical Therapies For Musculoskeletal Conditions. Best Pract Res Clin Rheumatol 2008; 22(3): 419-33
- [30] Sarıdoğan M.E. Osteoporozun Tanımı Ve Sınıflandırılması. Yeşim Gökçe Kutsal (ed.). Osteoporoz (2.baskı) Ankara. Güneş Kitabevi. 2005:1-4.
- [31] Çarlı, Alparslan Bayram. (2012). Diz Osteoartriti Kadın Hastalarda Osteoporozun Femoral Kıkırdak Kalınlığı İle İlişkisinin Ultrasonografi İle Değerlendirilmesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Uzmanlık Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Servis Şefliği, İstanbul
- [32] Di Cesare PE, Abramson SB: Pathogenesis of osteoarthritis. Harris ED Jr (Ed) : Kelley's Textbook of rheumatology. Seventh Edition. Elsevier Saunders .Philadelphia 2005 91 1493-1513

- [33] Michael JW, Schlüter-Brust KU, Eysel P. The Epidemiology, Etiology, Diagnosis, And Treatment Of Osteoarthritis Of The Knee. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(9): 152-62
- [34] Umlauf D, Frank S, Pap T, Bertrand J. Cartilage Biology, Pathology, And Repair. Cell Mol Life Sei 2010; 67(24): 4197-211
- [35] Brandt KD, Dieppe P, Radin EL. Etiopathogenesis of osteoarthritis. Rheum Dis Clin North Am 2008; 34(3): 531-59
- [36] Sheila MS, Dunican ICC, Lynch AM. Treatment Options for Osteoarthritis: Considerations for Older Adults. Postgrad Med 2011; 39(1): 62-73
- [37] İnan G. Romatizmal hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Derg 2009.
- [38] Bands VE. Nursing Care of Patients With Rheumatoid Arthritis, <http://www.arthritis.org>. Erişim Tarihi: 10.12.2010.
- [39] Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N, Tabur H. Romatoid Artrit ve Osteoartrit Hastalarında Yetiyitimi ve Depresyon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni,2007.
- [40] Peat G, Thomas E, Handy J, Wood L, Dziedzic K, Myers H, Wilkie R, Duncan R, Hav E, Hill J, Croft P, The Knee Clinical Assessment Study-CAS(K), A prospective study of knee pain and knee osteoarthritis in the general population. BMC Musculoskelet Disord 2006; 16(7): 1-9
- [41] Tuncer T, Gilgil E. Osteoartrit epidemiyolojisi ve risk faktörleri. Tanıdan tedaviye osteoartrit. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2007;9- 20.
- [42] Oliveria SA, Felson DT, Reed JI. Incidence of symptomatic hand, hip and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organisation. 2007;38:1134-1141.
- [43] Bilir Kaya B, İcağasıoğlu A, Eriman E, Moral OF. 55 yaş altı ve üstü romatoid artritli hastalarda hastalık aktivitesi demografik özellikler ağrı ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Turkish J Geriatrics 2008;11:3.
- [44] Atamaz F, Hepgüler S, Öncü J. Diz osteoartritinde ağrı ve özürüllükle ilişkili faktörler. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52.
- [45] Peterson IF. Occurrence of osteoarthritis of the peripheral joints in European populations. Annals Rheum Dis 1996;55: 659-64.
- [46] Uysal G, Başaran S. Diz Osteoartriti. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2009; 55: 1-7.
- [47] Mendel OI et al. Osteoarthritis and vascular diseases in elderly patients: clinical and pathogenic interrelationships. Adv Gerontol 2010;23:304-313.
- [48] Nüesch E et al. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. BMJ 2011;342:1165-67.
- [49] Oğuz A, Tekin M. Romatoid Artitli Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ve Uyum Artırma Önerileri. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği,2007.
- [50] Coggon D, Reading I, Croft P, McLaren M, Barrett D, Cooper C. Knee osteoarthritis and obesity. Int J Obes Relat Metab Disord.2001;25:622-7.
- [51] Pirbudak L, Bacaksız BD, Ovalıoğlu N. Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. Gaziantep Tıp Derg 2008.

- [52] Michel BA, Stucki G, Frey D, De Vathaire F, Vignon E, Bruhlmann P, Uebelhart D. Chondroitins 4 and 6 sulphate in osteoarthritis of the knee : a randomised controlled trial. *Arthritis rheum.*2005;52:779-86.
- [53] Spector TD, MacGregor AJ. Risk factors for osteoarthritis: genetics. *Osteoarthritis Cartilage.*2004;12: 39-44.
- [54] Amin S, Niu J, Guermazi A, Grigoryan M, Hunter DJ, Clancy M, Lavalley MP, Genant HK, Felson DT. Cigarette smoking and the risk for cartilage loss and knee pain in men with knee osteoarthritis. *Ann rheum dis.*2007;66:18-22.
- [55] Gullahorn L, Lipiello L, Karpman R. Smoking and osteoarthritis: differential effect of nicotine on human chondrocyte glycosaminoglycan and collagen synthesis. *Osteoarthritis and cartilage.*2005;13:942-3.
- [56] Martin JA, Buckwalter JA. Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis. *Biogerontoloji* 2002; 3 (5) :257–264
- [57] Arden N, Nevitt MC. Osteoarthritis: Epidemiology. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2006 Vol. 20, No. 1: 3–25
- [58] Mann D. Articular hypermobility protects against hand osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism* . 2004; 337–345
- [59] Haq SA, Davatchi F. Osteoarthritis Of The Knees İn The COP CORD World. *Int J Rheum Dis* 2011; 14(2): 122-9
- [60] Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, Herrero-Beaumont G, Kirschner S, Leeb BF, Lohmander LS, Mazi ères B, P av elk a K, Punzi L, So AK, Tuncer T, Watt I, Bijlsma JW. EULAR Evidence-Based Recommendations For The Diagnosis Of Knee Osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69(3): 483-9
- [61] Wang Y, Prentice LF, Vitetta L, Wluka AE, Cicuttini FM. The effect of nutritional supplements on osteoarthritis. *Altern med rew.*2004;9;275-96.
- [62] Ruddy S, Harris ED Jr, Sledge CB, editors. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: W.B. Saunders. 2009;1355-1373.
- [63] Aksu K. Osteoartrit. Editörler: Doğanavşargil E, Gümüşdiş G. *Klinik Romatoloji*. İzmir: Güven Kitabevi. 2006:617-634
- [64] McCaffery M. Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *Int J Nurs Stud* 1990; 27(1): 1-5
- [65] Dieppe P, Lim K. Osteoarthritis and related disorders: Clinical feautres and diagnostic problems. In: Klippel JH, Dieppe P. London: London Mosby Limited. 1998; 8.3:102-8
- [66] Ng NT, Heesch KC, Brown WJ. Strategies for Managing Osteoarthritis. *Int J Behav Med* 2011;1-10
- [67] Sellam J, Berenbaum JS. Clinical Features Of Osteoarthritis, in Frestein G.S. eds *Kelley's Textbook of Rheumatology*, 8th ed, Philadelphia: W B. Saunders Company, 2008:1547-67
- [68] Hunter DJ, McDougall JJ, Keefe FJ. The Symptoms of Osteoarthritis and the Genesis of Pain. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34(3): 623-43
- [69] Mcdonald DD. Older Adults' Pain Descriptions, *Pain Manag Nurs* 2009; 10(3): 142- 8

- [70] Yıldız N. Diz Osteoartritli Kadınlarda, Fiziksel Aktivite Düzeyi, Kas Kuvveti, Proprioepsiyon ve Ağrı Duyusu İlişkisinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2007.
- [71] Ok Lee E, Kim J, Davis HTA, Kim I. Effect of regular exercise on pain, fatigue and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Fam Community Health* 2006;29:4.
- [72] Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z ve ark. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Romatizma* 2004;19:1.
- [73] K M Jordan, N K Arden, M Doherty, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55
- [74] Griffin TM, Guilak F. Why is obesity associated with osteoarthritis? Insights from Mouse models of obesity. *Biorheology*. 2008;45 (3-4): 387-398.
- [75] Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, et al. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2011;19 (11):1270-85.
- [76] Peterfy CG, Guermazi A, Zaim S, et al. Whole-Organ Magnetic Resonance Imaging Score (WORMS) of the knee in osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2004;12:177-90.
- [77] Gürer G, Şendur ÖF, Ay C. Diz osteoartritli hastalarda fizik tedavinin ağrı ve günlük yaşam aktivitesine etkileri. *Romatizma* 2005;20:2
- [78] Page CJ, Hinman RS, Bennell KL. Physiotherapy Management Of Knee Osteoarthritis. *Int J Rheum Dis* 2011; 14(2): 145-51
- [79] Shannon FJ, Devitt AT, Poynton AR, Fitzpatrick P, Walsh MG. Short term benefit of arthroscopic washout in degenerative arthritis of the knee. *Int orthop* 2001 ; 25: 242-5
- [80] Aglietti P, Menchetti P. Distal femoral osteotomy in the valgus osteoarthritic knee. *Am jknee surg* 2000;13:89-95
- [81] Choi HR, Hasegawa Y, Kondo S, Shi-mizu T, Ida K, Iwata H. High tibial osteotomy for varus gonarthrosis: a 10 to 24 year follow up study. *J orthop sci* 2001;6:493-497
- [82] Frankel S, Williams M, Nanchahal K, Coast J. Epidemiologically based needs assessment: total hip and knee joint replacement. HCEU report for the department of health , university of bristol, 1990
- [83] <http://www.infobik.com/2011/04/osteoartrit/>
- [84] <http://www.atillaayral.com/kategoriler/osteoartritte-teshis-ve-klinik-seyir-nas.htm>
- [85] Edelson R, Burks RT, Bloebaum RD. Short-term effects of knee washout for osteoarthritis. *Am J Sports Med*. 1995 May-Jun;23(3):345-9.
- [86] Forster MC, Straw R. A prospective randomised trial comparing intra-articular Hyalgan injection and arthroscopic washout for knee osteoarthritis. *Knee*. 2003 Sep;10(3):291-3.
- [87] Navarro F1, Herrero-Beaumont G, Naredo E, Paulino J, Tornero J, Villanueva I. [Efficacy and safety of intraarticular injections of hyaluronic acid in knee osteoarthritis: clinical and ultrasonographic evaluations]. *Reumatol Clin*. 2006 Jan;2(1):15-22. doi: 10.1016/S1699-258X(06)73015-7. Epub 2008 Dec 30.

PATELLAR KONDROMALAZİVE VAKALARIMIZDA ARTROSKOPİK MİKROKIRIK YÖNTEMİ SONUÇLARIMIZ

Bülent KILIÇ*

Ali Serdar YÜCEL**

Aylin ZEKİOĞLU***

ÖZET

Patellar kondromalazi, diz önü ağrısı ile birlikte görülen patellanın arka kısmında yer alan kıkırdağın yumuşaması, saçaklanması veya ülserasyonudur. Genellikle artroskopik işlemlerle görüntülenir. Ağrılı olmadığı sürece klinik önemi yoktur. Başlangıçtakırdakta yumuşama ve şişme varken, ileri evrelerde fiksürleşme ve subkondral kemiğin açığa çıkmasına kadar gidebilir. Konservatif tedavi ilk tercih edilen tedavidir. Bu tedaviden fayda görmeyen hastalardakırdaktaki serbest takılan parçaların tıraşlanması fayda sağlar. Patellar dizilim bozukluğu mevcut ise, lateral retinaküler gevşetme, proksimal ve distal dizilim cerrahisi ve tibial tüberkülün elevasyonu yönelik cerrahiler uygulanabilir. Otolog kondrosit transplantasyonu ise dizilim cerrahisi ile beraber uygulandığında sonucu daha iyidir.

Tarafımızdan çeşitli tarihlerde evre 4 kondromalazik patella tanısı konan ve artroskopik mikrokirik yöntemi uygulanmış olan 38 hastamızın yaş ortalaması 37,6 (29-52) dir, ortalama takip süremiz 22,3 ay (9-33) dır (Figür 1-2-3-4). Hastalarımız, Lysholm skoruna göre preop ve takiplerde değerlendirilmiştir. Hastalarımızın Preop Lysholm skoru 66,6 iken, tedavi sonrası ortalama skor 83,4 olmuştur.

Anahtar sözcükler: Diz önü ağrısı; kondromalazik patella; patellofemoral ağrı; dizilim cerrahisi.

* Ortopedi Uzmanı Bülent Kılıç Tekirdağ,

** Ali Serdar YÜCEL Fırat Üniversitesi Besyo

*** Aylin ZEKİOĞLU Celal Beyar Üniversitesi Besyo

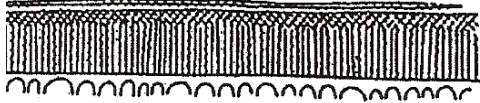
Giriş

Diz yaralanmaları (eklem içi ve eklem dışı yapılarının) sıklıkla futbol, basketbol ve hentbol gibi kontakt; kayak ve su kayağı gibi bireysel sporlarda sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Diz eklemünde, eklem kıkırdağı tek başına yaralanabileceği gibi bağ ve menisküs yaralanmalarına da eşlik edebilir. Kondral, osteokondral kırık şeklinde akut travmatik lezyon olarak görebileğimiz gibi aşırı zorlanma sonucu oluşan kondromalazi (kondropeni) şeklinde bir lezyon olarak ta karşımıza çıkabilirler[1].

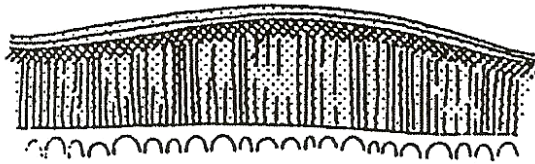
Patellanın kondromalazisi ilk defa 1906 yılında Buedinger tarafından tanımlanmıştır [2],[3]. Her diz önü ağrısı patellar kondromalazi değildir. Bu terim diz önü ağrısı ile birlikte patella arka yüzündeki kalınlık kıkırdağın yumuşaması, saçaklanması ve ülserasyonudur [4].

Diz önü ağrısı ergenlik ve genç erişkinlikte sıktır. 20 yaş sonrası %50'nin üzerinde, 50 yaş sonrası ise %94 oranında diz kıkırdağında değişiklikler olmaktadır [5]. Artroskopi yöntemiyle görüntülenen dizlerde %29 oranında kondromalazi görülür [2]. Kondromalaziyi aşağıdaki gibi 4 evre şeklinde inceleriz:

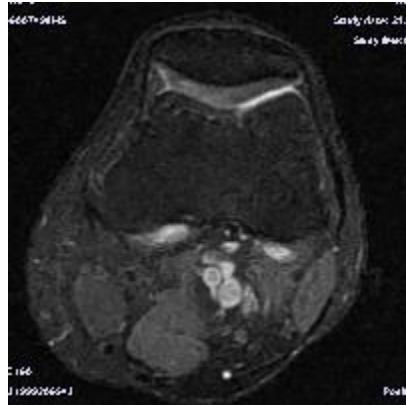
- Evre I: Yumuşama ve şişme[2]. Lezyonun gelecekteki referansları için varlığı ve boyutu not edilebilir. Lezyonun tepesinden kör bir prob ile girilerek etkilenmiş alan eksize edilebilir[6].



Şekil 8: Normal Eklem Kıkırdağı[14]

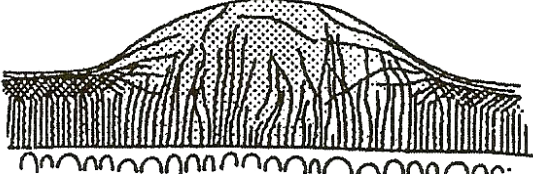


Şekil 9: Evre 1[14]



Şekil 10: Evre 1 MR Görüntüsü[14]

- Evre II: Fragmantasyon ve fissürleşme (0.5 inçaltında) [2].Serbest materyali uzaklaştırmak için patellanın traşlanmasından belirli bir yarar sağlanabilir[6].

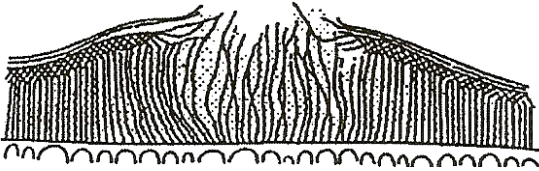


Şekil 11:Evre 2[14]

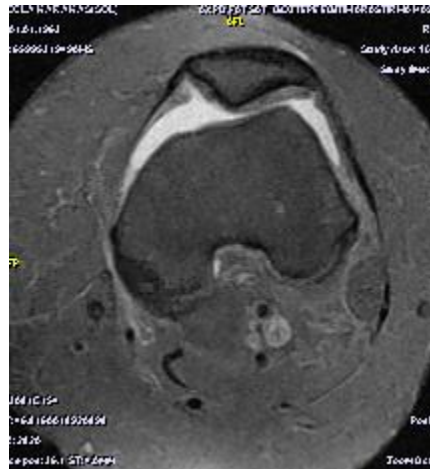


Şekil 5:Evre 2 MR Görüntüsü[14]

- Evre III: 0.5 inç üzerinde fragmantasyon ve fissürleşme[2]. Bir yüzeyin geniş fibrilasyonu mevcuttur. Dış görünüş hekim açısından umut kırıcıdır. Semptomatik tedavi kural olmasına rağmen artroskopik traşlama seçilecek yöntemdir [6].

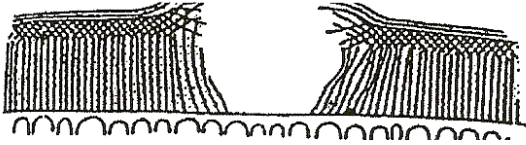


Şekil 6:Evre 3[14]

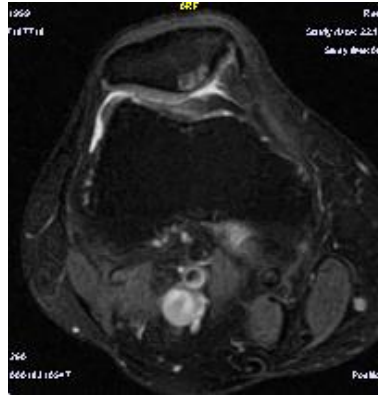


Şekil 7:Evre 3 MR Görüntüsü[14]

- Evre IV: Subkondral kemiğe kadar olan kırıkderozyonu [2].



Şekil 8:Evre 4 [14]



Şekil 9: Evre 4 MR Görüntüsü[14]

Patellar kırıkda normal dizlerde bile yüksek orandakondromalazi görülmektedir [7],[8].Fibrilasyon medial, fasetin periferindeçok erken yaşlarda başlamaktadır. Bu değişikliklerasemptomatiktir ve ilerleyici değildir. Orta yaşlardan itibaren görülen bu değişiklikler lateralde de başlayıp subkondralkemiğe kadar ilerleyebilir. Ciddi kırıkda hasarınadır görülür. Kondromalazi dışındaağrının nedeni olarak dizilim bozukluğu vb. gibi sorunlar da ağrıya sebep olur [9]. Bütün bu değişikliklere yüzeyelyaşa bağlı değişiklikler de denilmektedir[10],[2].

Kondromalazik dizlerde aşırı lateral bası sendromu görülebilir. Bu sorun lateral retinakulumun kısılması ile patellanınlaterale eğimi (tilt) ile oluşur. Sorunlu bölge patella eklem yüzünün en çıkıntılıyerinin üzeri ve lateraline lokalize eliptik bölgedirve bu bölgenin üst ve altı korunmuştur[4]. Ağrı ve gelişen değişiklikler ise patellanın eklem yüzünün çıkıntılı bölgesindeki kalın kırıkdağın anatomiközelliği nedeni ile patella dizilim bozukluğu daolduğunda bu yüzün lateraline aşırı makaslamakuvvetlerinin oluşması sonucu gelişir. Bu yüklenmeyumuşama, fissürleşme ve dejenerasyondansorumludur [4]. Gençlerde ise ağrıya neden olan diğer faktör de bu bölgede kırıkdağın derinlerinde bazaldejenerasyon, yumuşama ve ödem gelişmesidir. Bu durum, yüzeyel kırıkdağın derin kırıkdağtanbelirgin ayrışması sonucu bir blister haline gelipyırılması ve açık kondromalazi haline dönüşmesineneden olabilir [10].

Kondromalazi sorunun eklem kırıkdağı ile sınırlı olduğudurumu açıklar. Olay subkondral kemiğe ulaşmış,subkondral skleroz, kist ve osteofitlerin olduğu durumaulaşmışsa adı artık “patellofemoral artrit”tir[2].

Etyoloji

Patellar kondromalazide etyoloji; dizilim bozukluğuna bağlı patellanınlateral fasetine binen aşırı yük ve patellanın santralçıkıntısındaki makaslama kuvvetleridir. Bu

durumdapatellanın medial fasetinde de yüklenme azaldığı için kırıkta yumuşama beklenebilir. Ayrıca uzamış immobilizasyonda, artroskopik cerrahiler sonrası, diz önüne direkt travmalar da kondromalaziye bağlı sorunları başlatabilir[2].

Patolojik bulgu olarak görülen, özellikle yüzeysel ve geçiş zonlarındaki matriks çizgilerinde olmak üzere kollagen lif ağı yapısının bozulması ile birlikte süperfisyal matriks şişmesidir [11],[2].

Fibrilleşmiş kırıkta orta tabakalara penetre olmuş yüzeysel fibrilleri içermektedir. Fissürlerin iç yüzeylerini kaplayan elektron yoğun materyal tespit edilmiş ve bunun matriks bozulmuş komponentlerini içerdiği gözlenmiştir. Bu değişikliklerle ilişkili olarak kondrosit salımları ve kondrositlerdeki organellerde artış olmaktadır.

Hi- popresyon sonucu ortaya çıkan katepsin D gibi proteolitik enzimler, proteoglikan matriksteki protein çekirdeğe kovalen bağlarla bağlı keratan sülfat, kondroitin 4 sülfat ve kondroitin 6 sülfat zincirlerini yıkarak kırıkta bozulma ve fissür oluşturmaktadır (1,5,10), [11],[12],[13].

Medial fasette görülen ise patella eklem kırıkta beslenmesi için esas olan temas eksikliğine bağlı görülen dejenerasyondur [11],[2].

Jackson etyolojik faktörleri biyomekanik ve biyokimyasal olmak üzere iki ana grupta toplamıştır[6],[14].

1. Biyomekanik Nedenler:

A. Akut: (Kondral veya osteokondral kırıkla patella dislokasyonu, Direkt travma, Düzensiz eklem yüzüne neden olan patella kırıkları)

B. Kronik: (Patellanın tekrarlayan subluksasyon veya dislokasyonu, Artmış Q açısı, Quadriceps imbalansı, Femur cisim kırığı sonrası gelişen aks bozukluğu, Aşırı lateral bası sendromu, Patella hareketi ve stabilite kaybı ile birlikte olan menisküs yaralanması, Refleks sempatik distrofi)

2. Biyokimyasal Nedenler:

A. Hastalıklar: (Romatoid artrit, Tekrarlayan hemartroz, Alkaptonüri, Periferik sinovitis, Sepsis ve adhezyonlar,

B. İyatrojenik: (Tekrarlayan eklem içi steroid enjeksiyonu, Uzamış immobilizasyon)

C. Dejeneratif: (Primer osteoartrit)

Klinik Bulgular

Kondromalazi patellada alt patella kutbunda hassasiyet ve artroskopik değişiklikler en önemli bulgulardır. Artroskopinin kondromalazi patella tanısı koymada son derece güvenilir bir yöntem olduğu kanıtlanmıştır. Yüzeyin fibrilasyon ve fragmentasyonu direk görüş altında probe edilebilir ve yumuşak alanlar saptanabilir[6]. Temel yakınma patellanın arkasında eklem hattının medialinde, bazı zaman da popliteal fossadaki ağrıdır. Özellikle merdiven çıkmak gibi, diz fleksiyonda iken uzun süre oturmak gibi aktivasyonlarda artar [6],[14]. Ağrı bilateral olabilir ve herhangi bir travma ile ilişkili değildir. Ağrının lokalizasyonu yanlış tanımlara yol açabilir. Eklem hattının anteromedialinde ağrıya neden olan meniskal patolojiler ile Patellofemoral ağrı yakınmaları karıştırılarak, yanlış tedavi yöntemleri

uygulanabilmektedir. Patellar disfonksiyonlu hastanın ikinci yakınması; patellofemoral eklemden ses gelmesi, boşalma hissi, kilitlenme terimleriyle tanımlanmaya çalışılan; daha çok normal patellofemoral hareketin yumuşak ritmindeki kesilme veya bozukluğu anlatmak için kullanılan yakınmaları içerir[15]. Sürtünme hissi özellikle patellofemoral eklem binen yükün arttığı durumlarda (merdiven inip çıkma gibi) hasta tarafından hissedilir veya nediren duyulabilir. Patellofemoral eklem hastalığı olan hastaların çoğunda diz ekleminde effüzyon görülür. Kronik olgularda kuadriseps atrofisi de tespit edilir [14].

Sınıflandırma

Patellar Kondromalazi aşağıdaki gibi sınıflandırılır: [11],[6],[14]

- *Kapalı kondromalazi:* Patella eklem kıkırdağının basit yumuşaması olup blister formasyonu ile ifade edilmektedir. Makroskopik yüzey devamlılığı görüldüğü için artroskopik prob muayenesi ile kesin tanı koyulur. Mikroskopide fibröz metaplazi ve hücrelerde yassılaşıma, kıkırdağın derin tabakasında ödem izlenir.

- *Açık kondromalazi:* Kıkırdak eklem yüzeyinde tek ya da multiple fissürler mevcuttur. Komşu alanlarda yumuşama ile beraberdirler. Bu yumuşama ve fissürler patellofemoral temas alanları dışında ise patellofemoral ağrıya neden olmamaktadır. Eklem kıkırdağındaki fibrilasyon, fissür ve ülserasyon ile devam etmektedir. Ülserasyonda lokalize kıkırdak madde kaybı mevcuttur. Subkondral kemik ortaya çıkmıştır. Cilalanmış gibi gözüken subkondral kemiğe eburnasyon adı verilir. Bu olay kıkırdak dejenerasyonunun son aşamasıdır. Mikroskopisinde, hiperaktivite gösteren kondrositlerin komşu alanlarında artmış dejenerasyon ve nekrotik hücreler izlenir.

- *Kondroskleroz:* Kıkırdakta yumuşama aksine sertleşme söz konusudur. Yüzey sarı bir görünümündedir. Probe ile sertlik palpe edilir. Eklem kıkırdağının kalitesinde tam bir kayıp söz konusudur. Lezyon fibrokartilajda değil kollagen ve proteoglikan yapıdadır.

- *Püskül formasyonu:* Genellikle medial fasette lokalizedir. Patolojinin temelini kıkırdak beslenmesi için esas olan temas eksikliği oluşturmaktadır.

- *Yüzeyel değişiklikler:* Kıkırdak lamina tabakasının elevasyonu ve yırtılması sonucu oluşur.

- *Global kondromalazi:* Daha önceki tanımlamalarda lezyon tek fasette lokalize iken patella kırığı ve artrofibrozis gibi bir nedenle tüm patella eklem kıkırdağında kondromalazinin görülmesidir.

Tedavi

a) Konservatif Tedavi:

Semptomatik patellar kondromalazide konservatif tedavi olgularının çoğunda temel tedavidir [16]. Konservatif tedavide, hasta şikayetlerinin azaltılmasının yanında, kıkırdak yıkımının azaltılması ve dejenerasyonun ilerlemesinin engellenmesi amaçlanmaktadır. Bu neden ile konservatif tedavi hastaya sadece ilaç reçete etmek ve fizik tedavi uygulamak ile sınırlı değildir. Hastanın yaşam tarzı ve aktiviteleri, verilecek eğitimler ile yeniden düzenlenmelidir[14].

Konservatif tedavi uygulamaları olarak aktivite modifikasyonu ve istirahat, nonsteroid anti-enflamatuvar ilaçlar, kuadriseps güçlendirici egzersizler, patellofemoral eklem mobilizasyonu ve patellar bantlama sayılabilir. Kuadriseps güçlendirici egzersizlerden yarı çömelme (semisquat) egzersizlerin (kapalı kinetik zincir) uzun zamandır önerilen düz bacak

kaldırma egzersizlerine göre (açık kinetik zincir)daha etkilidir[17]. Bu tedavilerle hastaların büyük çoğunluğunda yakınmalarda rahatlamasağlanır [18],[4],[2].

Egzersizler tedavide birinci seçeneği oluşturmaktadır. Hastalığın quadriseps yetersizliğine bağlı olduğuna inanan klinisyenler bu tedaviyi kuvvetle önermektedirler [16].

Tam ekstansiyondan 30° fleksiyona uyarlanan izometrik egzersizler, düz bacak kaldırma ve dirence karşı uygulanan egzersizler eklem kıkırdağında tekrarlayıcı kompresyon ile beslenmeyi arttırmaktadır[6].

Aktivitenin düzenlenmesi özellikle 100° üzerinde fleksiyon, koşma, bisiklete binme gibi aktivitelerle muhtemelen patello-femoral reaksiyon kuvvetlerini arttırarak semptomları da attırmaktadırlar. Başlangıçta aktivitenin düşürülmesi hastanın yakınlarına anlatılabilir. İlaç tedavisinde ise steroidler kullanılarak travma sonucu hücre duvarı fosfolipidlerinden açığa çıkan araziidonik asid oluşumu engellenmekte, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ise direkt olarak siklooksijenaz enzimini inhibe ederek prostoglandin sentezini azaltmaktadırlar. Steroid uygulamasıyla araziidonik asid oluşumu engellenerek ağrı ortadan kaldırılmaktadır. Ancak hücre duvarı yıkımı ve fosfolipid birikimi devam etmektedir[6].

a) Cerrahi Tedavi:

Patellar kondromalazide tedavi etyolojiye yönelik olmalıdır. Değişik tedavi yöntemleriyle değişik başarı oranları görülür [6]. Konservatif tedavinin başarısız olduğu hastalardacerrahi düşünülebilir. Doğanay Cerrahi tedavi tekniklerini şöyle sıralamıştır [14]:

- **Açık veya artroskopik redüksiyon ve internal tesbit:**

Kondral ve osteokondral parçalar çivi veya vida ile tespit edilmeye uygun olduklarında yerlerine tespit edilmelidir. Parçanın köken aldığı yatak sağlam kıkırdak dokusuna ulaşılan kadar debride edilmeli ve subkondral bölge mutlaka canlandırılmalıdır[19],[14].

- **Debridman ve lavaj:**

Palyatif bir uygulamadır. Semptomları az olan, düşük aktiviteli ve ileri yaşta olan hastalarda tercih edilmelidir. Teknik olarak eklem yıkanmalı, menisküs yırtıkları tedavi edilmeli, eklem içi serbest parçalar çıkarılmalı, kıkırdakta oluşan fibrilasyonlar temizlenmelidir[20],[21],[14].

- **Kemik iliğini stimüle eden teknikler:**

Kemik iliğindeki kök hücrelerin lezyon bölgesine ulaşarak, farklılaşmalarını ve böylece kıkırdak iyileşmesinin gerçekleşmesini sağlayan yöntemler arasında subkondral delme (drilleme), abrazyon artroplastisi, mikrokırık yöntemleri bulunmaktadır. Abrazyon artroplastisinde kanayan subkondral kemik tabakasına ulaşana kadar hasarlı yüzeyin raspa veya motorlu araçlar ile temizlenmesi önerilmektedir. Mikrokırık yöntemi ise subkondral kemiğin delinmesi sonucu kanama oluşturma esasına dayanmaktadır[19],[20],[14].

- **Otolog kondrosit nakli:**

Yüksek aktivite beklentisi olan, tek kondilde lezyonu bulunan, lezyon büyüklüğü 2–10 cm² arasında olan semptomatik hastalara uygulanması önerilen bir tekniktir[14].

- **Osteokondral otogreft (Mozaikplasti):**

Hasarlı eklemün yük binmeyen yüzeylelerinden elde edilen greftlerin lezyon sahasına tatbiki esasına dayanmaktadır[14].

- **Osteokondral allogreft:**

Kadavradan elde edilen taze osteokondral greftlerin kullanılmasını öneren bir tekniktir. Doku reddi oranı ihmal edilebilecek kadar düşük olduğundan, operasyon sonrası immunosupresyona gerek yoktur[14].

- **Yumuşak doku greftleri:**

Kıkırdak iyileşmesini sağlamak amacı ile yumuşak dokunun, lezyon üzerine gerek tek başına gerekse diğer tedavi yöntemlerine destek amacı ile dikilmesi prensibine dayanmaktadır. Yumuşak doku grefti olarak periost veya perikondrium kullanılabilir[14].

- **Biyolojik ve Sentetik Materyaller:**

Osteokondral defektleri dolduracak, kıkırdak dokunun özelliğini taşıyan veya büyüme faktörleri ve hücreler üzerine etki ederek iyileşme sağlayana kadar lezyon bölgesinde çatı görevi yapacak materyaller elde edilmesi amacı ile araştırmalar devam etmektedir [14].

Genel olarak cerrahi tedaviler iki başlık altındatoplanabilir[2].

1. Patellofemoral stresi azaltmak, amacıyla patellardizilimin onarılması veya ekstansör mekanizmayıdüzenleyen cerrahilerdir. Amaçvarolan anormalliğin giderilerek osteoartrite gidişini durdurmaktır[2].

- a. Lateral retinaküler gevşetme
- b. Proksimal ve distal dizilim cerrahisi
- c. Tibial tüberkülün elevasyon cerrahisi

2. Kıkırdak hasarını yönelik cerrahitedavilerdir. Eğer biyomekanik anormallik yoksa, tedavi semptomların azaltılmasıamacıyla yapılır[2].

- a. Kıkırdak tıraşlama
- b. Eksizyon
- c. Delme (drilling)
- d. Subkondral kemiğin aşınması
- e. Spongializasyon

- **Kıkırdak tıraşlama ve eksizyon:**

Artroskopik olarak kıkırdak fibrilasyon ve hareketli fleplerin tıraşlanmasıdır. Bu yöntemde mümkün olduğunca konservatif davranmak ve ancak serbest, dizin her fleksiyon ve ekstansiyonu sırasında takılmaya neden olan parçalarının nazıkçe tıraşlanması gerekir. Düzgün yüzey elde edildikten sonra daha ileri gidilmemelidir. Bu yöntem evre III lezyonlara (fibrilasyon) uygundur. Bu yöntemde diz hareketleri ile olan takılma ve krepitasyon kaybı hastada rahatlık sağlarken her diz hareketi sırasında oluşan kıkırdak hasarı sonucu eklem içinde açığa çıkan proteoglikan, litik enzimlerin sinoviyal iritasyon yaratması ve sinoviyal efüzyon ve enflamatuvar ağrıyı ortadan kaldırması yöntemin avantajı olabilir [4],[2].

- **Subkondral delik delme, kortikal aşınma ve spongializasyon:**

Bu yöntem subkondral kemiğin açığa çıktığı ileri evre kondromalazide subkondral kemik altındaki kansellöz kemiğin ortaya çıkarılması ve bu şekilde fibröz dokunun kırıkta defekt yerine geçerek işlev görmesidir. Spongializasyon subkondral kemik tamamen alınması ve spongiöz kemiğin açığa çıkarılması olduğu için daha agresiftir. Sonuçları tahmin edilemez olduğu için kısıtlı bölgeye uygulanmalı ve gerekirse dizilim de diğer yöntemlerle düzeltilmelidir [2].

- **Lateral retinaküler gevşetme:**

Lateral kapsüler gevşetme açık, subkutan ya da artroskopik olarak, patello femoral ağrı sendromlarında popüler bir tekniktir[6].Lateral retinaküler gevşetme aşırı lateral patellofemoral basısı olan hastalarda etkili bir yöntemdir [2]. Açık veya artroskopik olarak uygulanabilecek olan lateral retinaküler gevşetme patellofemoral osteoartritin ilerlememiş olduğu erken evrelerde, lateral retinakulumda kısılmanın klinik olarak gösterildiği hastalarda bilgisayarlı tomografi ile patellanın laterale yarı çıktığı (subluksasyon) gösterilmişse oldukça başarılı bir yöntemdir [2].

- **Tibial tüberkülün yükseltilmesi:**

Maquet[22] tarafından önerilen bu yöntemde amaç patellar tendonun kuvvet kolunu artırarak patellofemoral eklem temas basıncını azaltmaktır. Bu yöntemde tüberkülün olduğu fragman anteromediale doğru kaydırılmakta, böylece hem greft almaya gerek olmadığı hem de patellar tendon medialize edildiği için patellofemoral eklem üzerinde aşırı lateral bası da kaldırılmış olmaktadır [11],[2].

- **Otolog kırıkta transplantasyonu:**

Kondral hasar distal veya lateralde olduğunda Fulkerson osteotomisi çok iyi sonuç verir. Fakat hasar medial veya superiorda ise kırıkta transplantasyonu düşünülmelidir. Hasar derin ve geniş olduğunda defektin bu yöntem ile tedavisi hasarlı bölgeye hiyalin kırıkta getirme avantajı sağlar. Bu yöntemde ilk cerrahisi sırasında otolog kırıkta transplantasyonu kararı verilmişse eklemde kırıkta alıp laboratuvarında kültüre ettikten sonra ikinci bir cerrahi ile transplante edilir. Dizilim bozukluklarının da cerrahi olarak düzeltilmesi sonucunda daha iyi olmasını sağlamaktadır. Tibial tüberkülün anteromedializasyonu ile birlikte otolog kondrosit transplantasyonunun sonuçları daha iyidir [23],[24],[2].

Patellar kondromalazide uygulanacak en iyi tedavi yöntemi Etiyolojik nedenlere ve artroskopik evrelere göre planlanan tedavidir[6].

Uygulama

Tarafımıza çeşitli tarihlerde başvurmuş ve evre 4 patellar kondromalazi tanısı koyup, artroskopik mikrokırık uyguladığımız 38 hastamız dahil edilmiştir. Tüm hastalarımızın ortak şikayetleri; diz önü ağrısı, kilitleme, merdivende zorlanma, şişme dir. Hastalarımızın 22 si bayan ve 16 sı baydır. Çalışmamızda metabolik rahatsızlığı olan ve sigara kullanan hastamız bulunmamaktadır. Hastalarımızın yaş ortalaması 37,6 (29-52) dir, ortalama takip süremiz 22,3 ay (9-33) dır. Tüm hastalarımıza başvuru anında fizik muayene, röntgenografi ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapılmıştır (Figür 1-2-3-4). Tüm hastalarımıza ameliyat öncesi, Lysholm skorlaması uygulanmıştır ve takiplerde aynı skorlama yapılmıştır. Hastalarımızın Preop Lysholm skoru 66,6 dır.

Tüm hastalarımıza spinal veya genel anestezi altında, rutin hazırlık sonrası, turnike altında, anteromedial ve anterolateral portallerden girilerek standart artroskopik eklem muayenesi yapılmıştır. Eklem lavajı yapılmıştır. Patellar evre 4 kondromalazi tanısı konduktan sonra; subkondral kemiğin görüldüğü alanlara mikrokırık uygulaması yapılmıştır. Turnike açılarak kanama kontrolü yapıldıktan sonra portaller kapatılarak işlem sonlandırılmıştır. Tüm hastalar 1 gece hastanede yatırılmıştır. Hastalara quadriceps güçlendirici egzersiz ve patellofemoral eklemi zorlayıcı hareketlerden kaçınmaları tavsiye edilmiştir. Tüm hastalar poliklinik takibine alınmıştır.

Hastalarımıza poliklinik takiplerinde, Lysholm skorlaması uygulanmıştır. Hastalarımızın Preop Lysholm skoru 66,6 iken, tedavi sonrası ortalama skor 83,4 olmuştur. Hastalarımızın genel kişisel memnuniyeti % 82,4 olmuştur.

Tartışma

Diz önü ağrısı ergenlik ve genç erişkinlikte sıktır. 20 yaş sonrası %50'nin üzerinde, 50 yaş sonrası ise %94 oranında diz kıkırdağında değişiklikler olmaktadır [5]. Çeşitli etiyolojik sebeplerle oluşabilir.[2]. Patellar kıkırdağda normal dizlerde bile yüksek oranda kondromalazi görülmektedir [7],[8].Sürtünme hissi özellikle patellofemoral eklem binen yükün arttığı durumlarda (merdiven inip çıkma gibi) hasta tarafından hissedilir veya nediren duyulabilir. Patellofemoral eklem hastalığı olan hastaların çoğunda diz eklemde effüzyon görülür. Kronik olgularda kuadriseps atrofsisi de tespit edilir [14]. Çeşitli tedavi seçenekleri vardır,

Çalışmamızda evre 4 kondromalazik patella tanısı koyduğumuz 38 hastamıza, artroskopik mikro kırık yöntemi uyguladık (Figür 1-2-3-4). Mikrokırık yöntemi; subkondral kemiğin delinmesi sonucu kanama oluşturma esasına dayanmaktadır [19],[20],[14]. Hastalarımızın yaş ortalaması 37,6 dır ve hastalarımızın genç olmasının kemik kanlanması ile iyileşme potansiyeli nedeniyle sonuca olumlu etkileri olduğunu düşünmekteyiz. Ortalama takip süremizin 22,3 ay olması nedeniyle kısadır. Lysholm skorlaması; taraf tayini, topallama, destek, kilitlenme, instabilite, ağrı, şişme, merdiven çıkma durumu ve çömelme gibi fonksiyonlara sorgulama yapmaktadır; bu nedenle kıkırdağ yüzeydeki iyileşmeyi direkt değerlendirmemesi çalışmamızın kısıtlılığıdır. Hastalarımıza kontrol artroskopisi yapamadığımızdan, butür çalışmalarında yapılması gerektiği düşüncesindeyiz. Çalışmamızdaki hastalarımızın metabolik bir rahatsızlığı olmaması ve sigara kullanmamasının olumlu etkileri olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç

Patellar kondromalazi, diz önü ağrısı ile birlikte görülen patellanın arka kısmında yer alan kıkırdağın yumuşaması, saçaklanması veya ülserasyonudur.Patellar dizilim bozukluğu mevcut ise, lateral retinaküler gevşetme, proksimal ve distal dizilim cerrahisi ve tibial tüberkülün elevasyonuna yönelik cerrahiler uygulanabilir. Otolog kondrosit transplantasyonu ise dizilim cerrahisi ile beraber uygulandığında sonucu daha iyidir.Çalışmamızda; ortalama 22,3 aylık takip süremizde, evre 4 kondromalazik patellalı 38 hastamıza uyguladığımız artroskopik mikrokırık yöntemi ile Lysholm skorlarını 66,6 dan 83,4 e çıkarttık. Hastalarımızda % 82,4 hasta memnuniyeti sağladık. Bu konuda, eklem yüzeyindeki iyileşmeyi direkt değerlendiren artroskopik görüntülemelerinde olduğu uzun takipli çalışmaların faydasına inanmaktayız.

Kaynakça

1. Aydın, Ahmet Turan. (2012). Diz Eklemine Kıkırdak Yaralanmaları (Nedenleri, Tanı Ve Tedavisi), <http://www.tusyad.org/upload/files/kikirdakcep2012.pdf>
2. Özkoç, Gürkan. (2012). Patellar kondromalazi, TOTBİD Dergisi ; 11(4):335-338
3. Büdinger K. Über die Ablösung von Gelenkteilen und verwandte Prozesse. Dtsch Z Chirurg 1906;84:311-65.
4. Akgün I. Patello-femoral hastalıklar. In: Tandoğan RN, Alpaslan MA, editörler. Diz cerrahisi. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı; 1999. p. 215-46.
5. Owre A. Chondromalacia patellae. Acta Chir Scand 1936;77(Suppl. 41):1-156.
6. Gür, Ethem ; Baydar , Metin, Lütfü. (1995). Patellar Kondromalazinin Artroskopik Tanı Ve Tedavisi, 29, 385-390.
7. Abernethy PJ, Townsend PR, Rose RM, Radin EL. Is chondromalacia patellae a separate clinical entity? J Bone Joint Surg [Br] 1978;60:205-10.
8. Marar BC, Orth MC, Pillay VK. Chondromalacia of the patella in Chinese. A postmortem study. J Bone Joint Surg [Am] 1975;57:342-5.
9. Aglietti P, Giron F, Cuomo P. Disorders of the patellofemoral joint. In: Scott WN, editor. Insall & Scott surgery of the knee. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2006. p. 807-936.
10. Goodfellow J, Hungerford DS, Woods C. Patello-femoral joint mechanics and pathology. 2. Chondromalacia patellae. J Bone Joint Surg [Br] 1976;58:291-9.
11. Fulkerson, J.P., Hungerford, D.S.: Disorders of the patellofemoral joint. VWilliams and VWilkins, 2nd. Ed. Baltimore. Hong Kong, London, Sydney, 1990.
12. J.N. Insall: Surgery of the knee. Churchill Livingstone Inc. 1984.
13. Oulerbridge, R.E.: The problem of chondromalacia patella. Clin Orthop Rel. Res. No. 110 July. Auf., 1975.
14. Doğanay, Hilal. (2009). Türk Toplumunda Patella Tipleri, Patella Tipleri İle Kondromalazi Patella Arasındaki İlişkinin Manyetik Rezonans Görüntüleme İle Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2. Radyoloji Kliniği, İstanbul
15. Willner P, Recurrent dislocation of the patella. Clin Orthop 1970; 69: 213
16. Tria, A.J., Palumbo, R.J., Alicea. J.A.: Conservative care for patellofemoral pain. Orthop Clin North Am. October 1992, P. 545-555.
17. Bakhtiar AH, Fatemi E. Open versus closed kinetic chain exercises for patellar chondromalacia. Br J Sports Med 2008;42:99-102.
18. Aglietti P, Giron F, Cuomo P. Disorders of the patellofemoral joint. In: Scott WN, editor. Insall & Scott surgery of the knee. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2006. p. 807-936.

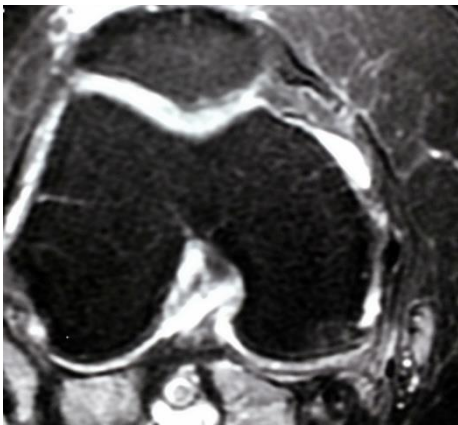
- 19.Petrie RS., John JK.,Christopher DH.: Surgical management of chondral and osteochondral lesions of the knee. In: Chrisopher DH., Kelly GV.,Freddie HF. Ed.Techniques in Knee Surgery. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. 2001; 140–158
- 20.Clark HD., Norman WS.: Arthroscopic treatment of degenerative arthritis of the knee. In: Scott WN. Ed. Surgery of the Knee. Philadelphia: Churchill Livingstone. 2006; 350–358
- 21.Freedman KB., Fox AJ., Cole BJ.: Knee cartilage: diagnosis and decision making. In: Miller MD., Cole BJ. Ed. Textbook of Arthroscopy. Philadelphia: Elsevier. 2004; 555–567
- 22.Maquet P. Advancement of the tibial tuberosity. Clin Orthop Relat Res 1976;115:225-30.
- 23.Peterson L, Brittberg M, Kiviranta I, Akerlund EL, Lindahl A. Autologous chondrocyte transplantation. Biomechanics and long-term durability. Am J Sports Med 2002;30:2-12.
- 24.Farr J 2nd. Autologous chondrocyte implantation and anteromedialization in the treatment of patellofemoral chondrosis. Orthop Clin North Am 2008;39:329-35.

İlaveler

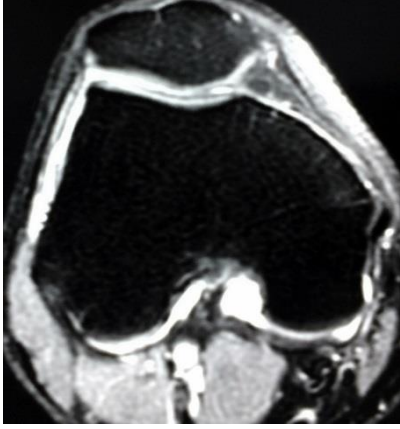
Figür 1: Uygulama yaptığımız vakamızın lateral diz grafisi.



Figür 2: Uygulama yaptığımız vakamızın transaxial MRG si.



Figür 3: Uygulama yaptığımız vakamızın transaxial MRG si.



Figür 4: Uygulama yaptığımız vakamızın transaxial MRG si.



ENFEKTE PRİMER DİZ PROTEZLERİNDE 2 AŞAMALI REVİZYON DİZ PROTEZİ UYGULAMA SONUÇLARIMIZ, 5 YILLIK TAKİP

Bülent KILIÇ*

Ali Serdar YÜCEL**

Aylin ZEKİOĞLU***

ÖZET

TDP uygulamalarının yalnızca %5'inetakip eden dönemde revizyon gerekmektedir.Total diz protezi uygulandıktan sonra derin enfeksiyona kapılma oranı % 1-2 olarak tespit edilmiştir. Diz protez implantasyonunun ardından biyofilmler içinde üreyen mikroorganizmalar sebebiyle enfeksiyonlar gelişmektedir. Bu enfeksiyonların zor tanı ve tedavisi vardır ve bu enfeksiyonlar protez ömrünü kısaltır. İnfeksiyonprimer diz artroplastisinin başarısını bozacağı için eredike edilmesi şarttır. Ayrıca hastada ciddi morbiditeye ve kalıcı sakatlığa neden olabilen enfeksiyonla mücadelede tek veya iki aşamalı revizyon tedavisi uygulanır.Revizyon tedavisinin başarısı; uygun alt ekstremitte aksının elde edilmesi, implantların uygun pozisyonda yerleştirilmesi, fleksiyon ve ekstansiyonda yeterliyumuşak doku balansının sağlanması, eklem çizgisinin restorasyonu, uygun patellar akstemini ve günlük yaşam gereksinimini karşılayacak düzeyde eklem hareket açıklığının temini ile doğrudan bağlantılıdır.Çalışmamızda; 33 hastamızda, osteoartrit nedeniyle uygulanmış olan primer diz total artroplastisi sonrası gelişen protez enfeksiyonu nedeniyle uyguladığımız 2 aşamalı revizyon diz protezi uygulamasıyla elde ettiğimiz % 100 başarı,bu hastaların kas güçlerini kazanmada bireysel yapılan sporun güçlendirmedeki önemi ve gelişen bazı komplikasyonları paylaştık.

Anahtar sözcükler: Total Diz Protezi, Proteze Bağlı Enfeksiyon; Tek ve İki Aşamalı Revizyon.

* Ortopedi Uzmanı Bülent Kılıç Tekirdağ,

** Ali Serdar YÜCEL Fırat Üniversitesi Besyo

***Aylin ZEKİOĞLU Celal Beyar Üniversitesi Besyo

Revizyon Diz Protezi

Protez ile eklem rekonstrüksiyonu, çeşitli patolojiler sonucu eklemlerinde ileri derecede hasar oluşmuş hastalarda yaşam kalitesini artıran başarılı bir tedavi yöntemidir. Protez ameliyatından sonra hastaların yaklaşık %10’unda komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. [2] Hastaların karşılaştığı en önemli komplikasyonlardan biri, primerprotez ameliyatı sonrası görülen enfeksiyonlardır [3]. Total diz protezi sonrası oluşan derin enfeksiyon, en sık revizyon nedenlerinden biridir. Primeruygulama sonrası % 0.5-5 oranları arasında enfeksiyon gerçekleştiği tespit edilmiştir [2], [1], [4]. Enfeksiyon bir diz protezi için kötü sonuçlar doğurabilecek bir komplikasyon çeşididir [5] [6]. Enfeksiyonun neden olduğu bozulan fonksiyonlarının tekrar elde edilmesi ve enfeksiyonun eradike etmek çok önemlidir. [3] Enfeksiyon eradikasyonu için ilk önce tanı ve tedavi planlanmalıdır.

Protezi olan ve hastaneye ateş şikayeti ile başvuran bir hastada protez eklem enfeksiyonu akla gelmelidir [7]. Enfeksiyonu hemartroz, protez gevşemesi, dislokasyon gibi aseptik ve mekanik problemlerden ayırt etmek gerekir. Hareketle ve yük verme ile oluşan ağrı dislokasyonu düşündürmelidir. Postoperatif erken dönemde olan yüzeysel doku enfeksiyonlarının da ayırıcı tanıda unutulmaması gerekir. [8]

Tedavi kararının verilmesinde en önemli nokta; enfeksiyonun başlama zamanı ve süresine göre yapılan sınıflamalardır. Sınıflamalar primer cerrahi sonrası geçen zaman ve enfeksiyonun kaynağı temel alınarak oluşturulmuştur. Her hastanın tanı ve tedavisi kendine özgü bir planlama gerektirir. Tedavinin planlanması ve uygulanması sırasında, hastanın gereksinim ve beklentileri ile cerrahın bilgi birikimi ve deneyimi son derece önemlidir. Mikroorganizmanın izolasyonu ve etkili antibiyotik kullanımı tedavinin başarı şansını artırmaktadır. Enfekte protezlerin revizyonu ile enfeksiyon kontrolü sağlansa bile, komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Tüm doğabilecek sonuçların hasta ile tartışılarak hastanın da tedavi sürecinin bir parçası olması sağlanmalıdır. [3]

Ağrısız, fonksiyonel bir revizyon diz protezinin yapılabilmesi için ilk şart enfeksiyonun eradike edilmesidir. Bu amaçla değişik tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Protez korunarak yapılan tedaviler ancak çok erken dönemde teşhis edilmiş, protezin fiksasyonunun iyi olduğu ve mikroorganizmanın antibiyotiklere duyarlı olması durumunda tercih edilmelidirler [9]. Bu yolla başarı oranı %15 olarak tespit edilmiştir. [10]. Revizyon cerrahisinde amaç ağrıyı azaltmak, stabiliteyi yeniden sağlamak, hareket açıklığını oluşturmak ve sonuçta fonksiyonel bir diz eklemi elde etmektir. Bu amaçlar basit gibi görünmekle birlikte gerçekleştirilmesi zordur. Bu amaçları gerçekleştirmek doğru protez seçimi, doğru insizyon, iyi bir cerrahi teknik ve eklem rekonstrüksiyonu aşamalarını içerir. Tüm bunların detaylı incelenmesi revizyon cerrahisi tekniğinin anahtarlarını oluşturacaktır. [11]. Revizyonda enfekte protez, sement yumuşak dokudan çıkartılır, tam bir debridmanı takiben yeni bir protez tekrar, aynı ameliyatta (tek aşamalı) yada daha sonraki bir ameliyatta (iki aşamalı) uygulanır. Tek aşamalı ya da iki aşamalı tekniklerden hangisinin kullanılması gerektiğine dair çalışmalar halen devam etmektedir ancak genel kabul gören iki aşamalı tekniklerdir. Bu tekniklerden hangisi seçilirse seçilsin, önemli olan tam bir yumuşak doku debridmanı, etken patojenin tespiti ve uygun antibiyotik seçilmesi gibi temel prensiplerin terk edilmemesidir [12]. Açık veya artroskopik debridmana ilaveten antibiyotik tedavisinde başarı oranı % 25-50 olarak tespit edilmiştir. Artrodez, rezeksiyon artroplastisi ve amputasyon gibi kurtarıcı girişimler ise tedaviye dirençli yaşamı tehdit eden, ekstansör mekanizmanın tahrip olduğu, yumuşak doku

örtüsünün yeterli olmadığı hastalarda düşünülmelidir [10]. Protez çıkartılarak yapılan girişimlerden olan revizyon tek veya iki aşamalı olarak 2 tiptedir.

a) Tek Aşamalı Revizyon

Tek aşamalı tekniğin üstünlüğü; hastanede kalış süresini kısaltması ve hastayı ikinci bir ameliyattan kurtarıp morbiditeyi azaltmasıdır. Ancak enfeksiyon eradikasyonu açısından iki aşamalı tekniğe göre daha başarısız olduğu iddia edilmektedir. Tek aşamalı revizyon uygulanmak istendiğinde teknik özelliklere özenle uyulmalıdır. [12], [13],[14]

Tek aşamalı revizyonlar, enfekteartroplastinin geniş debridman sonrası, aynı seansda antibiyotikli çimento ile yeni bir protezin yerleştirilmesidir. İki aşamalı revizyonlar ile %90-100 gibi başarı sağlandığı bildirilmiştir [15]. Bu yöntemin başarısında ilk seansda, yapılacak debridmanın ve protezin çıkartılması aşamasının büyük önemi vardır. Protez çıkartılırken dikkat edilmemesi, istenmeyen kemik kayıplarıyla sonuçlanır[16]. Tek aşamalı tekniğin üstünlüğü; hastanede kalış süresini kısaltması ve hastayı ikinci bir ameliyattan kurtarıp morbiditeyi azaltmasıdır. [14],[12]. Ancak enfeksiyon eradikasyonu açısından iki aşamalı tekniğe göre daha başarısız olduğu iddia edilmektedir. [17]. Bu tekniğe göre tüm yabancı materyaller (protez, sement) ara membranlar, nekrotik dokular çıkartılmalı, bunlardan kültür örnekleri gönderilmelidir. Takiben eklem bol miktarda serum fizyolojik veya antibiyotikli sıvılarla yıkanmalı, povidiniodin (baticon) emdirilmiş gazlarla doldurulup cilt yaklaştırma sütürleri ile paketlenmelidir. Daha önceden etken biliniyorsa etkene yönelik, bilinmiyorsa S.aureusayönelik antibiyotik uygulanmalı, turnike açılmalı ve 30 dakika beklenmelidir. Daha sonra yeni protezler antibiyotikli sement ile fiske edilmelidir. Antibiyotik tedavisine üç ay devam edilmelidir. Büyük allogreft kullanımı gerektiren durumlarda ve immun yetmezliği olan durumlarda tek aşamalı revizyon önerilmemektedir. Ayrıca tek aşamalı revizyonlardasementsiz protezlerde önerilmemektedir. [18] Sonuç olarak etken gram (+) ise antibiyotikli sement kullanılabilir ise, 3 ay antibiyotik kullanabileceksa ve hastanın iki kez anestezi alması sakıncalı ise tarif edilen teknik özelliklere uyularak, tek aşamalı revizyon uygulanabilir. [14], [19], [12].

Tek aşamalı değişimin başarısı iki aşamalı değişime oranla daha düşüktür. Ancak tek aşamalı değişimin de bazı avantajları vardır; hasta tek operasyona katlanır ve totalde daha kısa bir hospitalizasyon gerektirir[20]. Konsensus önerisi eğer minimal doku hasarı varsa ve tablodan daha az virulan mikroorganizmalar sorumlu ise tek aşamalı revizyon düşünülebilir. [8]

Primer TDP uygulaması sonrası gelişen enfeksiyonun tedavisinde 2 aşamalı revizyon cerrahisi etkin yöntemdir. Eklem çizgisinin anatomik yapıya uygun olarak restorasyonu için gereklidir[6].Enfekte bir diz protezinin tedavisinde enfeksiyonuneradikasyonu hem de bozulan anatomi nedeniyle cerrahi teknik oldukça zordur. Birinci aşamada yapılacak debridmanın geniş olması, protezlerin dikkatli çıkarılması ve antibiyotik yüklü çimento spacer yerleştirilmesi, parenteral uygun antibiyotiğin yeterli süre verilmesi, ikinci aşamada ise kemik kayıplarının onarılması klinik başarı için mutlak şarttır[16].

b) İki Aşamalı Revizyon

İki aşamalı revizyon ilk kez İnsall ve ark. tarafından 1983 yılında yapılmıştır[3] ve revizyon tekniği protez enfeksiyonlarında en sık kullanılan tedavi yöntemidir. İki aşamalı teknikte enfeksiyoneradikasyonunda %57 - % 100 arası başarıya ulaşılabilmektedir[12], [13] İki aşamalı revizyon; akut hematojen enfeksiyonlarda debridman ve yıkama ile antibiyotik

tedavisinin başarısız olduğu durumlarda ve geç kronik enfeksiyonların tedavisinde kullanılmaktadır. [3]

Bu tekniğin ilk aşamasında aynı tek aşamalı revizyonda olduğu gibi tüm yabancı cisimler (protez, sement, çimento, polietilen tıkaç, tel, vida vb), nekrotik, enfekte dokular çıkartılır, canlı iyi kanlanandokular elde edilir. Çıkarılan bu materyallerden kültür için örnekler gönderilir. Enfekte dokuların debridmanı etkili yapılır. Eklem içi bol serum fizyolojik veya antibiyotikli mayiler ile yıkanır protez çıkarılmasını takiben boşluk doldurmak ve lokal antimikrobiyal etkisi için antibiyotik yüklü kemik çimentosu ile hazırlanmış boşluk doldurucular uygulanır ve kapatılır[12], [21]. Pek çok cerrah boşalan eklem aralığına antibiyotikli sementspacer yerleştirmeyi tercih etmektedir. [19], [22] Sement donmaya yakın yerleştirilir ki ikinci aşamada kolaylıkla çıkarılabilsin. Ayrıca ayaktan ılımlı bir traksiyon yapılırken sement yerleştirilirse ligaman uzunlukları korunur ve ikinci ameliyatta cerrahi diseksiyon daha kolay sağlanmış olur[12]. Eğer spacer kullanılmaz ise, meydana gelen potansiyel boşluğun fibroz doku ile dolmasından, çevre kasların, ligamentlerin kontraksiyonundan dolayı ikinci ameliyat daha da güçleşir. Fakat unutulmamalıdır ki her ne kadar antibiyotikli spacer enfeksiyonla mücadeleyi kolaylaştırır da esas olan cerrahi debridmanın yeterince yapılmasıdır[23], [12]. Bu tekniğin en büyük avantajı debridman ve yıkama yapılması ile antibiyotik çimento boşluk doldurucu yardımı ile direkt olarak enfekte dokulara ulaştırılmasını sağlamaktır[3].

İki aşama arasındaki dönemde dizdeki instabiliteyi giderebilmek için iskelet traksiyonu, alçı atel, eksternal fiksatörler kullanılabilir. Femur ve tibia arasına konacak spacer mutlak suretle antibiyotikli olmalıdır. Ya da hazır antibiyotikli çimentolar da kullanılabilir. Bunların dışında ameliyathanede çimento içerisine termostabil bir antibiyotik konabilir veya fabrikasyon hazır spacerlar kullanılabilir. İlk aşamadan sonra sement yerleştirilmesini takiben 6-12 hafta antibiyotik tedavisi ile beklenir ki tekrar reimplantasyon sağlanabilsin yeni protezin yerleştirilmesi ile iki aşamalı revizyon tamamlanır. [16], [8]. Bununla beraber süre uzamış ise; kas atrofisini, kemik zayıflığını, dolayısı ile rehabilitasyon gecikmesini beraberinde getirir. Bekleme süresinin sonunda revizyona karar vermek önemlidir. Genellikle antibiyoterapi süresi bittikten sonra hastalar ESR, CRP, beyaz küre sonuçları ile değerlendirilir. ESR ve CRP de antibiyoterapi öncesi parametrelere göre % 50 oranında düşme olmalıdır[24]. Bu bekleme süresi içerisinde parenteral uygun antibiyotik kullanılmalı ve C-RP ve sedimantasyon normal değerlere inmişse ikinci aşamaya başlanmalıdır[16]. Revizyondan önce diz klinik olarak mutlaka değerlendirilmelidir. Eritemi, akıntılı fistül ağzı varlığı araştırılmalıdır. Bazı otörler revizyondan önce antibiyoterapinin iki hafta süre ile kesilmesini, süre sonunda laboratuvar sonuçlarının tekrarlanması önerirler. [25], [12]. İkinci aşamada, kemik kayıplarını nedeniyle bozulan eklem anatomisinin restorasyonu yapılır. Eklem çizgisinin normal yerine getirilmeye çalışılır. Kemik kayıpları onarılır bu çok önemlidir. [16]

Patella yüksekliği ve eklem çizgisindeki 8mm'den daha az yer değiştirdiği olgularda sonuçlar, primer TDP sonuçlarına olan etkileri açısından daha iyidir [26], [6] Normalde eklem çizgisi medial femoral epikondilin yaklaşık 2.5 cm distalindedir. Kemik kaybı tamir edilmeyip küçük bir protez konması bu eklem çizgisinin yukarı çıkmasına sebep olur ve instabiliteye yol açar. Bu instabiliteyi gidermek için daha kalın insert kullanıldığında da patellabaja ortaya çıkacaktır[16]. Eklem çizgisinin restorasyonu sırasında femoral epikondili normal olarak eklem çizgisinden ortalama 2-2.5 cm kadar proksimalde olup femurun revizyonu sırasında[6] Bu amaçla metal destek blokları, metal aklar ve kemik greftleri kullanılmaktadır[25]. Bu sayede

eklem çizgisi ile epikondiler arası mesafenin bu sınırlarda tutulması amaçlanmalıdır[5],[27],[28],[6]. Önerilen ideal giriş anterior orta hat longitudinal cilt insizyonu ve medialparapatellar yaklaşım ile eklem ulaşılmasıdır. Eklem açıldıktan sonra sıklıkla kalınlaşmış bir kapsül ve kapsül içi yapışıklıklar ile karşılaşılır. Mümkünse bu fibröz kapsül eksize edilmeli, tüm yapışıklıklar kesilmelidir. [29] Bu işlem ile kapsülde ve patellada yeterli gevşeme sağlanamıyorsa proksimalinsizyonkuadrisepsin kas kitlesine dek uzatılabilir ve distaldekiinsizyonpatellartendonuntuberositastibiadaki yapışma yerine dek indirilebilir. [29] Bu girişimler ile de yeterli sonuç almamıyorsaCoonse-Adams'mpopülerize ettiği V-Y plasti denenebilir. V-plasti kadar geniş bir insizyon yapılması istenmezse Insall'm tanımladığı *rectussnip* tekniği de uygulanabilir. Bu teknikte kuadrisepstendonulaterale doğru çentilir[30], [31], [32]. Patellayılateralize edebilmek için kullanılabilir diğeri bir teknik de tuberositastibiaosteotomimidir[30] ,[29]. Tüberositastibiaosteotomisi büyük bir kemik parça (en az 1.5x6 cm) kaldırılarak yapılmalı, lateraldenperiost ve yumuşak doku bağlantısı kaldırılmamak ve kesilmemelidir. Osteotominin tespitinde vida ya da serklaj kullanılabilir. Osteotomiden sonra alçıya gerek olmamakla birlikte pasif fleksiyona zorlanmamak ve aktif ekstansiyon 6 hafta süre ile engellenmelidir [10].İki aşamalı revizyonun yararları şöyle sıralanabilir[33]

1. İntraoperatif kültürlerle enfekte eden mikroorganizma kesin olarak tanınabilir.
2. Klinik ve fonksiyonel sonuçları daha iyidir.
3. Enfeksiyona iyileşmesi için zaman verir (Eğer iyileşmeden şüphe duyuluyorsa indium işaretli lökosit veya CRP ile takip yapılabilir, hatta gerekirse ikinci debritleme yapılabilir.)
4. Yetersiz kemik stoğu varlığında ikinci ameliyatta sementler temizlenirken kemik transportu yapılabilir.
5. Eğer birinci ameliyattan sonra çıkarılmamış sement varsa postop çekilen grafilerde görülerek ikinci ameliyatta kalan sementler çıkarılabilir[12]

Kısaca Revizyon diz protezi uygulamalarındakomplikasyonlar ortaya çıkabilir.Revizyon operasyonları sırasında ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonlarprimer operasyonlardakinden daha fazladır. Başlıca komplikasyonlar; kırıklar (femoralkondil kırıkları, tibia plato kırıkları, patella kırıkları) tuberositastibiaavulsiyonu,uzamışseröz akıntı, post op yara iyileşmesi problemleri, derin ventrombozu ve pulmoneremboli olarak sayılabilir [12]

Revizyon ameliyatlarında genellikle primer diz artroplastilerine göre daha kısıtlayıcı tip protezler kullanılır. Çünkü revizyon cerrahisinde kemik kaybı veya kötü kemik kalitesi bulunduğu standart protezler ile yeterli stabilite sağlanması güçtür, arka çapraz bağ genellikle zedelenmiştir [29]. Eğer revizyon sırasında AÇB sağlamsa ve bağ dengesi iyi kurulabiliyorsa AÇB koruyan tip[11]. sağlam değilse kısıtlayıcı tip protezler seçilmelidir. Eğer bağ instabilitesi çok belirgin ve kemik kaybı çoksa menteşe tip protezler düşünülmelidir. Ancak özellikle genç hastalarda mümkün olduğunca en az kısıtlayıcı tip protezler tercih edilmelidir. [34]. Çünkü kısıtlılık arttıkça zamana karşı protez gevşemesi oranı artar. [11]. Çimento ile veya çimentosuz yöntemle tespit edilen uzun stemlerin kullanılması ile protezlerin fiksasyonu artırılabilir[35], [36], [37], [38], [39].Teorikolarak uzun stem kullanılması stres dağılımını engelleyerek protezfiksasyonunu olumsuz etkilemektedir ve osteopeni ve periprostetik kırıklara neden olabilir. [6].Revizyonlardan sonra görülen komplikasyonlarprimer cerrahi ye göre daha fazladır. Septik vakalar içindeise tek aşamalı reimplantasyonlardan sonra reinfeksiyon%50, iki aşamalı reimplantasyonlardan sonra% 10,

debridman+antibiyotiksupresyonundan sonra%60 dır [11].Revizyon cerrahisi sonrasında maksimumfleksiyon açıklığını Goldberg 84, Benin 100 derece olarak bildirmektedir. [40], [41], [11].

İki aşamalı revizyondasementin hızlı ve güvenli bir fiksasyonyapması, küçük cerrahi yanlıları ve kemiksel düzensizlikleri kompanse etmesi,erkenden tam yük verilmesine olanak sağlaması gibi bazı avantajları vardır[42] [43] Ancakzamanla gelişen histolojik reaksiyonlardan dolayı sementte bozulma olur ve fiksasyongeşeyebilir. Bu yüzden sementliprotezler uzun yaşam beklenen genç hastalardakullanılmazlar [44].

Metod

Çeşitli kliniklerde, osteoartrit tanısıyla primer diz protezi uygulanmış ve protez enfeksiyonu gelişmiş 33 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalarımıza 2 aşamalı revizyon diz protezi uygulaması yapılmıştır (Şekil 1). Tüm hastalar; dizde aşırı ağrı, yürüme güçlüğü, dizde ve şişme vbşikayetlerle tarafımıza başvurmuştur. Hastalarımızın yaş ortalaması 58,6 dır. 9 hastamızda bilateral total diz eklem protezi mevcuttur fakat tek taraflı enfeksiyon bulunmaktadır. 8 hastamız kronik diabetusmellitus hastasıdır ve insülin kullanmamaktadırlar. 7 hastamız kronik sigara kullanıcısıdır. 6 hastamıza, primer cerrahilerinin gerçekleştirildiği kliniklerde; protezirrigasyonu, debridman ve polyethylene insert değişimi uygulanmış fakat enfeksiyon eradike edilememiştir. Tüm hastalarımız, etken maddeye duyarlı antibiyoterapi almış fakat başarılı olunamamış hastalardır. Hastalarımızın ortalama olarak primer cerrahilerinden bizim cerrahi uygulamamıza kadar geçen süre 7,4 aydır.

Tüm hastalarımıza; sedimentasyon, CRP ve lökosit takibi yapılmıştır. Tüm hastalarımız; fizik muayene, eklem grafisi, eklem sıvısı incelemesi, kültür antibiyogram, sintigrafi ile değerlendirilmiştir. Hastalarımıza gerekli hazırlıklar (antibiyoterapi, düşük molekül ağırlıklı heparinvs) yapıldıktan sonra; spinal veya genel anestezi ile ille hastaların bacakları steril hazırlandı ve örtüldü. Hastalarımızın eski anteriorinsizyonları kullanılarak artrotomi yapıldı. Patellalaterale devrildi. Tüm eski suture materyalleri çıkartıldı. Protezin polyethyleneinsörtü çıkartıldı. Yumuşak doku debridmanı yapıldı. Batikonlupedler yerleştirildi ve beklendi. Yoğun irrigasyon sonrası, protezkomponentleri, kemik dokular korunarak çıkartıldı. Kemik küretaj yapıldı, tekrar batikonlupedler yerleştirildi ve beklendi. Yoğun irrigasyon sonrası, teikoplanin'lipolymethylmethacrylate eklem boşluğunu ve bağ gerginliğini koruyacak şekilde şekillendirilip hafif donduktan sonra eklem aralığına yerleştirildi. Tüm katlar kapatıldı. Hastalara, post op ekleme 40 derece hareke izni veren menteşeli brase takıldı ve yürümelerine izin verildi. Tüm hastalar taburcu sonrası poliklinikten takip edildi. Hastalarımız enfeksiyon konsültasyonu ile takip edilmiştir ve enfeksiyon markerları normalleşince (ortalama 3 ayda) ikinci aşama olan protez implantasyonuna geçilmiştir. Tüm hastalarımıza arka çapraz bağı kesen ve stem destekli revizyon protezleri ile eklem seviyesi ve hareket aralığını koruyan protez implantasyonlariantibiyotikli sementli olarak gerçekleştirilmiştir. Tüm hastalarımız post op 1.günde tam yük verdirilerek yürütülmüştür. 7 hastamızda insizyonlarından kendiliğinden geçen serohematöz içerikli sıvı drenajı olmuştur. Tüm hastalarımızda beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğretim görevlilerinin hazırlamış olduğu spor protokolü yaptırılmıştır. 90 derecenin üzerinde fleksiyon sağlanmıştır. Hastalarımıza ortalama 3 ay günlük 600 mg aspirin profilaksisi uygulanmıştır. Hastalarımızın 5 yıllık takiplerinde enfeksiyonnüks ü veya

herhangi bir komplikasyon görülmemiştir. Tüm hastalarımızın hasta memnuniyeti sağlanmıştır.

Şekil 1: Enfekte primer total diz protezi nedeniyle 2 aşamalı revizyon uyguladığımız hastamız:

- a) Aşama 1: Enfekte protezi çıkarıp, antibiyotikli semet spacer koyduk.



- b) Aşama 2: Enfeksiyonu eradike ettikten sonra, spacer ı çıkartıp, revizyon protezi uyguladık.



Tartışma

Total diz protezi sonrası oluşan derin enfeksiyon, en sık revizyon nedenlerinden biridir. Primer uygulama sonrası % 0.5-5 oranları arasında enfeksiyon gerçekleştiği tespit edilmiştir [2], [1], [4]. Protezi olan ve hastaneye ateş şikayeti ile başvuran bir hastada protez eklem enfeksiyonu akla gelmelidir [7]. İki aşamalı revizyon diz cerrahisi ile enfeksiyonun eradike edilmesi ve klinik başarı %97-100 olarak bildirilmiştir [1]. Çalışmamızda elde ettiğimiz % 100 lük başarı oranı literatürle uyumludur. Çalışmamızda kronik sigara kullanıcısı ve diabetus mellitus hastalarının bulunmasına rağmen elde ettiğimiz başarı çok anlamlıdır.

Eklem içi bol serum fizyolojik veya antibiyotikli mayiler ile yıkanır protez çıkarılmasını takiben boşluk doldurmak ve lokal antimikrobiyal etkisi için antibiyotik yüklü kemik çimentosu ile hazırlanmış boşluk doldurucular uygulanır ve kapatılır [12], [21]. Cerrahi yöntemimizde uyguladığımız teikoplanin emdirilmiş kemik çimentosu kullanımının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Sement yerleştirilmesini takiben 6-12 hafta antibiyotik tedavisi ile beklenir ki tekrar reimplantasyon sağlanabilsin yeni protezin yerleştirilmesi ile iki aşamalı revizyon tamamlanır. [16], [8]. Çalışmamızdaki ortalama iki cerrahi arasındaki 3 aylık bekleme süremiz literatürle uyumludur. Bazı otörler revizyondan önce antibiyoterapinin iki hafta süre ile kesilmesini, süre sonunda laboratuvar sonuçlarının tekrarlanması önerirler. [25], [12]. Uygulamalarımızda antibiyoterapiyi hiç kesmedik ve bu riski almadık. Çimento ile veya çimentosuz yöntemle tespit edilen uzun stemlerin kullanılması ile protezlerin enfeksiyonu arttırılabilir [35], [36], [37], [38], [39]. Revizyon uygulamalarımızda kullandığımız stemlerin, protez stabilitesi ve ömrü açısından önemine inanmaktayız. Hastalarımızın yaş ortalamasının 58.6 ile genç olmasının, sonuca olumlu katkısı olduğunu düşünmekteyiz. Hastalarımızın tümünün primer cerrahilerini farklı bir merkezde olmuş olmalarına rağmen elde ettiğimiz enfeksiyon eradikasyonu ve başarılı revizyon cerrahilerinin anlamlı olduğunu, cerrahi metodundaki uygulama hassasiyeti ve özeninin önemli olduğu kanısındayız.

Sonuç

Diz osteoartriti yaygın bir rahatsızlıktır ve bu rahatsızlıkta uygulanan total eklem protezleri başarılıdır. Protez enfeksiyonları, hekim ve hasta açısından ciddi bir sorundur. Protez enfeksiyonlarında, 2 aşamalı cerrahinin çok anlamlı olduğu düşüncesindeyiz. Öncelikle tüm protezlerin çıkarılması, enfeksiyonun eradikasyonu ve sağlıklı dokuların elde edilmesinden sonra yapılacak revizyonun başarısına inanmaktayız. 5 yıllık takipli çalışmamızda elde ettiğimiz % 100 lük başarının, 2 aşamalı revizyon cerrahisinin önemini ortaya koyduğunu düşünmekteyiz. Enfekte protez revizyonlarında, tek aşamalı uygulamanın yerine 2 aşamalı uygulamayı tavsiye etmekteyiz. Kas gücünü kazanmada, bireysel yapılan bilinçlendirilmiş sporun faydasına inanmaktayız.

Kaynakça

- 1.Trampuz A, Zimmerli W. Prostheticjointinfections: update in diagnosisandtreatment. SwissMedWkly 2005;135:243-51.
- 2.Steckelberg JM, Osmon DR. Prostheticjointinfection. In:vBisno AL, Waldvogel FA, editors. Infections associated withind welling medical devices. 3rd ed. Washington: Am Soc Microbiol; 2000. p. 173-209.
- 3.Deveci, Mehmet Ali; Şener, Ertuğrul, Şimşek, Sezai Aykın. (2011). Proteze bağlı enfeksiyonların tedavisinde iki aşamalı revizyon , Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği, TOTBİD Dergisi;10(4):312-318
- 4.Tsukayama DT, Estrada R, Gustilo RB. Infection after total hiparthroplasty. A study of thetreatment of one hundred and six infections. J Bone JointSurg [Am] 1996;78:512-23.
- 5.Rand JA: Sepsis following total knee arthroplasty. In Rand JA (ed). Total knee arthroplasty. New York, RavenPress, 1993, pp 349-375.
- 6.Bilgen, Ömer Faruk, Durak, Kemal, Atıcı, Teoman. (2001). Total Diz Protezi Revizyonu Erken Dönem Sonuçları Uludağ Tıp Fakültesi Dergisi, Sayı: 1-2-3, Cilt: 27, s.1-19
- 7.Akhan SÇ, Özsüt H, Eraksoy H, Hamzaoğlu A, Dilmener M, Çalangu S. Ortopedik yabancı cisim ve protez enfeksiyonları. Klinik Derg 2000; 13: 88-90
- 8.Şele, Kamer Eker. (2012). Protez Eklem Enfeksiyonlarında Etkenler, Tedavi Rejimleri Ve Prognozun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana.
- 9.Barnes CL, ScottRD : Patello femoral complications of total knee replacement. Heckman JD (ed). Instructional Course Lectures. Rosemont, American Academy of Orthopaedic Surgeons 303, 1993.
- 10.Şener, Nadir. (1997). Total Diz Artroplastisi Revizyonları, (Uzmanlık Tezi), T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul
- 11.Şener, Nadir; Tözün, i. Rernzi; Şengün, Mustafa. (1997). Total diz artroplastisi revizyonlarımız, Acta Orthop Traumatol Turc 31: 492-497.
- 12.Çelikaş, Mustafa. (2007). Enfekte Total Diz Protezlerinde İki Aşamalı Revizyon Yapılan Hastalarda Orta Ve Uzun Dönem Sonuçlar, Uzmanlık Tezi, T.C Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Adana
- 13.Öztürk, Neyzar. (2012). Primer Ve Revizyon Diz Protezli Hastalarla Gonartrozlu Hastalar İçin Önemli Olan Aktivitelerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ortopedik Fizyoterapi, İzmir,
- 14.Göksan SB, Freeman MAR. One stage reimplantation for infected total knee arthroplasty. JBJS 74b, 1992; 78-82
- 15.Insall JN, Thompson FM, Brause BD: Two-stage reimplantation for the salvage of infected total knee arthroplasty. J Bone JointSurg 1983;65-A:1087-1098.
- 16.Erdemli, Bülent. Armangil, Mehmet. (2003) İki Aşamalı Revizyon Total Diz Protezi Uygulamaları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 2, Ankara

17. Windsor RE, Insall JN. Management of the infected TKA. Insall JN (ed) Surgery of the knee, 2nd edition. New York, Churchill Livingstone Inc. 1993, 959
18. Speller DCE. Microbiology of infected joint prosthesis. Seminars in Orthopedics 1: 1986; 1
19. Hanssen AD, Rand JA et al. Treatment of the infected total knee arthroplasty with insertion of another prosthesis. Clin Orthop 309: 1994; 44-50
20. Langlais F. Can we improve the results of revision arthroplasty for infected total hip replacement? J Bone Joint Surg Br 2003; 85: 637-40
21. Windsor RE. Two-stage reimplantation for the salvage of total knee arthroplasty complicated by the infection. JBJS. 72 A, 1990; 272-276
22. Booth RE, Lotke PA. The results of spacer block technique in revision of infected total knee arthroplasty. Clin Orthop. 248, 1989; 57-60
23. Tetsworth K. Infection after total knee arthroplasty: evaluation and treatment. Current Opinion in Orthopaedics. 14, 2003; 45-51
24. Robert E, Lotke I. The results of spacer block technique in revision of infected total knee arthroplasty. Clin Orthop: 248, 1988; 57-60
25. Hofmann AA. Treatment of infected total knee arthroplasty using an articulating spacer. 2 - 12 years experience. Clin Orthop. 430. 2005; 125-131
26. Figgie HE, Goldberg VM, Heiple KG: The influence of tibial-patello femoral location on function of the knee in patients with the posterior stabilized condylar knee prosthesis. J Bone Joint Surg 68A: 1035-1040, 1986.
27. Scuderi GR, Mann JW: Cement fixation techniques for revision total knee arthroplasty. In Lotke PA, Garino JP (eds). Revision total knee arthroplasty, Philadelphia, Lippincott-Raven publishers, 1999, pp 304-305.
28. Partington PF, Sawhney J, Rorabeck CH, Barrack RL, Moore J: Jointline restoration after revision total knee arthroplasty. Clin Orthop 367: 165-171, 1999.
29. Vince KG : Revision knee arthroplasty technique. Heckman JD (ed). Instructional Course Lectures. Rosemont, American Academy of Orthopaedic Surgeons Vol. 42 : 325, 1993.
30. Bourne RB, Kirk PG : Revision total knee arthroplasty. Current Orthop 6 : 54, 1992
31. Eckardt JJ, Lesavoy MA, Dubrojj JJ, et al : Exposed endoprosthesis: management protocol using muscle and myocutaneous flap coverage. Clin Orthop 251 : 220, 1990.
32. Scott RD, Siliski J : The use of a modified V-Y quadricepsplasty during total knee replacement to gain exposure and improve flexion in the ankylosed knee. Clin Orthop 8 : 45, 1985.
33. Bengston S, Knutson K. Treatment of infected knee arthroplasty. Clin Orthop. 245; 1989; 173-178
34. Stern SH, Singer LS, Wettsmanb SE : Analysis of hospital costs in total knee arthroplasty. Clin Orthop 321 : 36-44, 1995.
35. Hoeffel DP, Rubash HE: Revision total knee arthroplasty. Current rationale and techniques for femoral component revision. Clin Orthop 380: 116-132, 2000.



- 36.Murray PB, Rand JA, Hanssen AD: Cemented longstem revision total knee arthroplasty. Clin Orthop 309: 116-123, 1994.
- 37.Insall JN, Dethmers DA: Revision of total knee arthroplasty. Clin Orthop 170: 123-130, 1982.
- 38.Askew MJ, Lewis JL: Analysis of model variables and fixation post length effects on stresses around a prosthesis in the proximaltibia. J Biomech Eng 103: 239, 1981.
- 39.Whiteside LA: Cementless reconstruction of massive tibial bone loss in revision total knee arthroplasty. Clin Orthop 248: 80, 1989.
- 40.Friedman RJ, Hırsı P, Poss R, et al: Results of revision total knee arthroplasty performedforaseptic loosening. Clin Orthop 255: 235-241,1990.
- 41.Goldberg VM, Figgie MP, Figgie HE, et al : Therresults of revision total knee arthroplasty. Clin Orthop226 : 86-92,1988.
- 42.Westrich GH, Salvati EA, Brause B. Post operative infection. In: Bono JV, McCarty JC, Thornhill TS, Bierbaum BE, Turner RH, eds. Revision total hiparthroplasty. New York: Springer-Verlag, 1999:371-90
- 43.Miller J, Chan KH. Cementing techniques in total knee arthroplasty. Evarts CM. Surgery of the musculo skeletal system 2nd ed. New York, Livingstone, 1990; 3569
- 44.Wilde AH, Ruth JT. Two-stage reimplantasyon in infected total knee arthroplasty. Clin Orthop. November 236, 1988; 23-35

BİR KAMU HASTANESİ KADIN DOĞUM KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN SEZARYEN VE NORMAL DOĞUM TANI İLİŞKİLİ GRUPLAMA VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

Emrullah İNCESU*

ÖZET

Sağlıkta geri ödeme mekanizmasının etkili, verimli ve adaletli bir şekilde kurulması ve işletilmesi konusu dünyada birçok ülkenin gündemindedir. Dünya örnekleri incelendiğinde bu mekanizma için yaygın olarak Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Sisteminin kullanıldığı görülmektedir (Narmanlı ve ark.,2012: 29-38).

Amaç: *Bu çalışma, 2011-2012 ve 2013 yılları içinde Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen ve normal doğum yapan hastaların Tanı İlişkili Gruplar (TİG) verileri kullanılarak nicelik açısından değerlendirilmesi amaçladı.*

Gereç ve Yöntem: *2011-2012 ve 2013 yılları arasında Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen ve normal doğum yapan tüm hastalar çalışmanın evreni olarak kabul edildi. Hastalara ait ICD IM-10 kod gruplandırmaları, yaş ortalamaları, yatış gün sayıları, ortalama yatış gün sayısı ve DRG (Diagnosis Related Groups) dağılımları analiz edildi. Veriler, hastane bilgi yönetim sistemi, TİG Klinik Veri Girişi programı ve TİG Web Yönetimi sayfasından elde edildi.*

Bulgular: *Seydişehir Devlet Hastanesi'nde 2011,2012 ve 2013 yılları toplam poliklinik hastası sayısı 1.075.872 olarak belirlendi. Bu sayının 69.294'ü kadın doğum polikliniğine başvurmuştur. Başvuru oranı tüm polikliniklere göre %6,4 dür.Yıllara göre kadın doğum kliniğinde yatan hastaların sıklıkla O01C ve O60C TİG kodları ile tedavi gördükleri, hastaların (doğum yapan) yaş ortalaması 27 ve ortalama yatış gün sayısı ise 2 gün olarak tespit edildi.*

Sonuç: *Tıbbi kayıtlarından elde edilecek tanısız verilere dayanan Teşhisle ilişkili gruplar (TİG), sağlık sisteminde ödeme mekanizmalarından biri olarak kullanılmaktadır. TİG verileri; tanısız ve işlemsel bazda kıyaslanabilir gruplar oluşturulması, kurumların verimli birer işletme olarak yönetilmelerini teşvik edilmesine, kurumsal ya da ulusal ölçekte kaynak aktarımı, yatak sayısı tespiti gibi unsurların belirlenmesine olanak sağlayacaktır. Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen ve normal doğum yapan hastaların sıklıkla O01C ve O60C TİG kodları ile tedavi gördükleri belirlendi.*

Anahtar kelimeler: *Teşhisle İlişkili Gruplar, Klinik Kodlama, Kadın Doğum Kliniği*

*A Sınıfı İş Güvenliği Uzmanı, Klinik Kodlamacı, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

INPATIENTS IN THE GYNECOLOGY DEPARTMENT OF A PUBLIC HOSPITAL CAESAREAN SECTION AND NORMAL DELIVERY IDENTIFICATION DATA COMPARATIVE ANALYSIS RELATED GROUPING

ABSTRACT

Health reimbursement mechanisms effective, efficient and equitable establishment and operation of the subject is on the agenda of many countries in the world. When we examine the World for this mechanism is widely Diagnosis Related Groups (DRG) system is used it is seen that(Narmanlı et al., 2012: 29-38).

Objective: *This study, in 2011-2012 and 2013 Seydişehir of Konya State Hospital Obstetrics Clinic patients having normal birth cesarean and Diagnosis Related Groups (DRG) data were used to evaluate in terms of quantity.*

Materials and Methods: *Between 2011-2012 and 2013, cesarean section and normal delivery at the Department of Obstetrics and Gynecology of the study, all patients who were considered to be the universe. I belong to the patients ICD-10 codes for grouping, mean age, number of days of hospitalization, the average number of days of hospitalization and DRG (Diagnosis Related Groups) distributions were analyzed. Data, hospital information management system, Tig Tig Clinical Data Entry program and were obtained from the Web Management page.*

Results: *Seydişehir State Hospital, 2011.2012 and 2013, the total number of outpatients was set at 1,075,872. This number up to 69,294 has been admitted to the maternity clinic. Application rate 6.4% compared to all clinics respectively. According to years of patient frequently in gynecology and O60C DRG codes were treated with O01C patients (giving birth) average age of 27 and the average number of days of hospitalization were identified as 2 days.*

Conclusion: *The diagnostic data will be obtained from medical records based on the diagnosis-related group (DRG) payment mechanism as one of the healthcare systems are used. DRG data; comparable groups on the basis of diagnostic and procedural creation of institutions to encourage them efficiently managed businesses, corporate or national scale source extraction, identification of factors such as number of beds will allow detection. Seydişehir Konya State Hospital Maternity Clinic and normal cesarean birth and O60C O01C patient soft treated with DRG codes were determined.*

KeyWords: *Diagnostically related groups, Clinical Coding, Obstetrics and Gynecology Clinics*

1. Giriş

Teşhise ilişkili gruplar 1970'li yıllarda, Amerika Birleşik Devletlerinde Yale Üniversitesi'nde sağlık hizmetlerinin kalite denetimi amacıyla geliştirilmiş bir araç olup 1980 yılından itibaren geri ödemelerde de kullanılmaya başlanan bir vaka sınıflama sistemidir (TIG NEDİR?, 13.05.2014). Böylece yatarak tedavi gören hastaların tıbbi kayıtlarından elde edilecek tanısal veriler, prosedürlerle ilgili veriler ve demografik verilerini klinik açıdan

anamlı ve kaynak kullanımı bazında homojen gruplar şeklinde düzenlenmesiyle klinik olarak benzer tanılar ve prosedürler içeren ve yine benzer maliyetlerin olduğu Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) geliştirilmiştir (Yılmaz A: 2008; 3: 5,6).

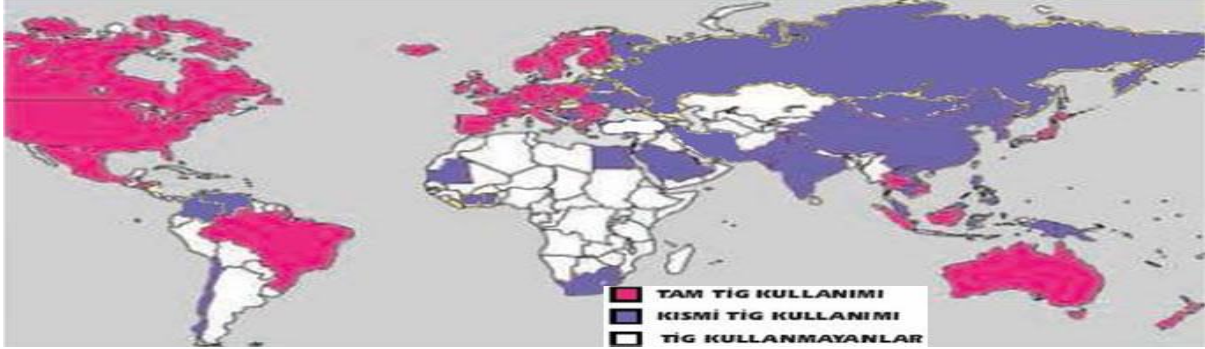
Teşhisle ilişkili grup çalışmasında; eğer hastaları benzer sağlık gereksinimlerine sahip hasta gruplarına kategorize edebilirsek, herhangi bir hastaya sağlanan bakımı, gruptaki diğer bütün hastalara sağlanan bakımla (yani ortalamayla) karşılaştırabiliriz. Her hasta benzersizdir; her hastanın bir dizi farklı klinik tanısı, risk faktörü, aile durumu ve çevresi vardır. Hasta düzeyindeki çeşitlilik, neredeyse sonsuzdur. Bu çeşitliliği anlamlandırmak için, bunları benzer koşullar isteyen gruplara ayırmamız gereklidir. Asıl başlangıç noktası, bunların hastalıklarıdır. Hastayı ana hastalığa (birincil tanıya) göre gruplandırmak ve daha sonra ikincil durumun varlığına ya da yokluğuna göre alt gruplara ayırmak TİG’lerde kullanılan gruplara ayırma yaklaşımlarından ilki ve en önemlisidir. Tanı temelinde bu şekilde ayırım yapılıyor olsa da, tanı detay düzeyinde olmasa da, yapılan işlemlerin ve hatta hastaların demografik verilerinin de grupların belirlenmesinde katkıları göz önünde bulundurulmaktadır. Belirlenen bu grupların içerisine düşen hastaların ortalama maliyetlerinden çıkarak her grup için birer bağıl değer atanması işlemleri de bu sistemin geri ödeme metodolojisi olarak kullanılmasının basit açıklamasıdır. Her hastane yatan hastaları için ürettikleri TİG’leri ve bunlara karşılık gelen bağıl değer miktarları oranında bütçeden pay alacaklardır ([TİG NEDİR?](#),13.05.2014).

TİG, hastane çıktıları için ürün tanımları sağlamak adına kullanılmaktadır. Hastanelerde bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolünün temellendirilmesi için geliştirilmiştir. 1983’te Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi (Medicare) için ileriye dönük ödeme sistemi (prospectivpaymentsystem-PPS) ne uyarlanmıştır. Bu gruplama çabasının altında hastane performansını değerlendirme ve ölçülebilir hale getirme isteği vardır (Fetter RB.,1991: 21 (1): 6-26).

Hastane çıktıları tanı ve tedavide benzer hizmetleri alan hastalıkları sınıflandırmak için kullanılmaktadır. Bu şekilde ürünlere kod verilmiş olacak ve bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolüne uygun bir araç geliştirilmiş olacaktır. TİG, maliyetleri göz önünde tutarak on binlerce tanı ve işlemden yüzlerce grup oluşturur. Her grubun maliyetlerine göre birer ağırlık (bağıl değer) hesaplar. Bu bağıl değerler, geri ödemeye konu olacak tutarın hesaplanması için kullanılır. Geri ödeme yapılırken her vaka, tanıya ya da yapılan işleme göre durumun karmaşıklığı da göz önüne alınarak belirli bir TİG grubuna yerleştirilir. Vakaların dahil olduğu gruplara ait bağıl değerler toplamı, ödeme katsayısı ile çarpılarak ödenecek rakam belirlenir (Narmanlı ve ark.,2012: 29-38).

Şekil 2’de Dünya’da TİG’itam olarak, kısmi olarak kullanan ve hiç kullanmayan ülkeler harita üzerinde gösterilmiştir.

Şekil 2. Dünya'da TİG kullanımı



Kaynak: (TİG Nedir?. 11.05.2014)

TİG sistemi Amerika Birleşik Devletleri Yale Üniversitesi kaynaklı olmasına rağmen zamanla bu alanda diğer ülkeler ön plana çıkmıştır. Dünya'da TİG kullanımı açısından önde gelen ülkeler, Avustralya, Kanada ve Norveç olarak görülmektedir (TİG Nedir?. 11.05.2014). OECD'nin 29 üye ülkeyi yaşam süresi beklentisine göre sıraladığı indekse göre ilk 5 ülke sırasıyla; Avustralya, İsviçre, Kore, Japonya ve İzlanda'dır. Türkiye bu sıralamada 11. sıradadır (de Cos PH, 2012). Avustralya'nın TİG bakımında önde gelen ülkelere birisi olması ve OECD indeksinde de ilk sırada olması arasındaki ilişki incelemeye değerdir.

Yatan hastalara yönelik bir ödeme yöntemi olan TİG konusunda 2005 yılında başlayan bir proje ile ülkemizde ilk çalışmalar başlamıştır. Bu proje 2009 Kasım ayı itibarı ile sonuçlanmıştır. TİG çalışması, Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HUAP) olarak da adlandırılan bu projenin alt çalışma başlıklarından sadece birisidir. Bu süreçte oluşan birikimler, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Teşhis İlişkili Gruplar Şubesi'nin oluşturulması ile değerlendirilmeye başlanmıştır (TİG Nedir?. 11.05.2014). Şu anda T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yeni yapılanması ile birlikte Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında TİG Daire Başkanlığı kurulmuştur.

TİG verilerinin klinik açıdan anlamlı olabilmesi içinde kodlama, gruplama, veri toplama, analiz aşamalarının dikkat edilmesi gerekir. Özellikle klinik verilerin kodlaması bir uzmanlık alanı olarak gelişmektedir. Sağlık Bakanlığı sertifika eğitimleri yaparak Devlet hastanelerinde görevli klinik kodlayıcılarını yetiştirmiştir (Aydın ve ark., 2013).

2. Materyal Ve Yöntem

Bu çalışma: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen ve normal doğum yapan hastaların, 2011-2012 ve 2013 yılları TİG verilerini kullanarak ICD10-AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) kod gruplandırmaları, yaş ortalamaları, yatış gün sayıları, ortalama yatış gün sayısı ve DRG (Diagnosis Related Groups) dağılımlarının niceliksel olarak analizini yapmaya yönelik, kesitsel araştırma modelinde yapılmak üzere planlandı. Araştırmada veriler; hastane bilgi yönetim sistemi, TİG Klinik Veri Girişi programı ve TİG Web Yönetimi sayfasından toplandı. Çalışmada 2011, 2012 ve 2013 yıllarına ait toplam 1996 hastanın TİG verisi kullanıldı.

Araştırma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen ve normal doğum yapan hastalar ile sınırlı tutulmuştur. Ayrıca araştırmada elde edilen sonuçlar lokal değerleri ifade etmektedir.

TİG oluşturma algoritması içinde 25 adet Majör Tanı çeşidi mevcuttur(TİG Uygulama Rehberi, 15.05.2014). Bu majör tanı çeşitlerinden biri de gebelik, doğum ve lohusalık ile ilgilidir. Bu tanı ile ilgili DRG taraması sonrası 17 adet tanı çeşidi TİG’e ulaşıldı. Bu çalışmada bunlardan sadece 6 adeti için DRG üretildiği tespit edildi(Tablo 1).

Tablo 1. TİG Gebelik, Doğum Ve Lohusalık Kodları

DRG Kodları	Tanım	Açıklama
O01A	Doğum, Sezeryan, Katastrofik KK Bulunan	Gebelik, doğum ve lohusalık
O01B	Doğum, Sezeryan, Şiddetli KK Bulunan	Gebelik, doğum ve lohusalık
O01C	Doğum, Sezeryan, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	Gebelik, doğum ve lohusalık
O60A	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	Gebelik, doğum ve lohusalık
O60B	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	Gebelik, doğum ve lohusalık
O60C	Doğum, Vajinal Yolla, Tekil, Komplike Olmayan, Diğer Olumsuzlukların Eşlik Etmediği	Gebelik, doğum ve lohusalık

3. Bulgular Ve Tartışma

Teşhisle ilişkili gruplar 1970’li yıllarda, Yale Üniversitesi’nde sağlık hizmetlerinin kalite denetimi amacıyla geliştirilmiş olmakla birlikte, 1980 yılından itibaren geri ödemelerde de kullanılmaya başlanan bir vaka sınıflama sistemi halini almıştır. Teşhis ilişkili grupların oluşturulmasındaki temel amaç, benzer çıktılar veya hizmetler alması beklenen vaka tiplerinin bir tanımının yapılması ve böylece kıyaslanabilir bilgi üretilmesidir (Aydın ve ark.,2013).

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) istatistik modül verilerine göre Seydişehir Devlet Hastanesi’nde 2011,2012 ve 2013 yılları toplam poliklinik hastası sayısı 1.075.872 dir. Bu sayının 69.294’ü kadın doğum polikliniğine başvurmuştur. Başvuru oranı tüm polikliniklere oranla %6,4 olarak tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. 2011-2013 Yılları Arası Seydişehir Devlet Hastanesi Genel Polikliniklerine Ve Kadın Doğum Polikliniklerine Başvuran Hasta İstatistikleri

Poliklinikler	2011	2012	2013	Toplam
Genel	365005	366950	343917	1.075.872
Kadın doğum poliklinikleri	25312	26388	17594	69.294
Oran %	6,9	7,2	5,1	6,44

Kaynak: Kurum Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

2011 yılında sıklıkla Z33 Kod 6521 hasta, 2012 yılında Z33 kod 5314 hasta ve 2013 yılında Z33 kod 6255 hasta kadın doğum polikliniklerine başvurmuştur. Görüldüğü üzere Z33 kod ile başvuran hastalar ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca yıllara göre Kadın Doğum Polikliniklerine Başvuran İlk 5 Hastalık Kodları Ve İstatistikleri Tablo 3’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Yıllara Göre Kadın Doğum Kliniğinde Yatan İlk 5 Hastalık Kodları Ve İstatistikleri tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 3.Yıllara Göre Kadın Doğum Polikliniklerine Başvuran İlk 5 Hastalık Kodları

ICD10-AM Kodları	2011	2012	2013
Z33-Gebelik Durumu	6521	5314	6255
N92.6-Düzensiz Menstrüasyon, tanımlanmamış	3652	2772	5482
D64-Anemiler	2644	898	3038
M76.0-Akut Vajinit	1802	422	1067
N97-Kadın İnfertilitesi	-	300	880
O26.8-Gebelikle İlgili Durumlar	1286	-	-

Kaynak: Kurum Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

Tablo 4. Yıllara Göre Kadın Doğum Kliniğinde Yatan İlk 5 Hastalık Kodları

ICD10-AM Kodları	2011	2012	2013
Z33-Gebelik Durumu	432	699	689
O02.1-Kayıp Abortus	44	51	51
O82.9- Sezaryen seksiyö aracılığıyla tek doğum	37	22	105
O03.1- Spontan düşük, inkomplet, gecikmiş veya aşırı hemoraji nedeniyle komplike hale gelmiş	26	7	24
N85.1- Endometrialadenomatözhiperplazi	23	32	63

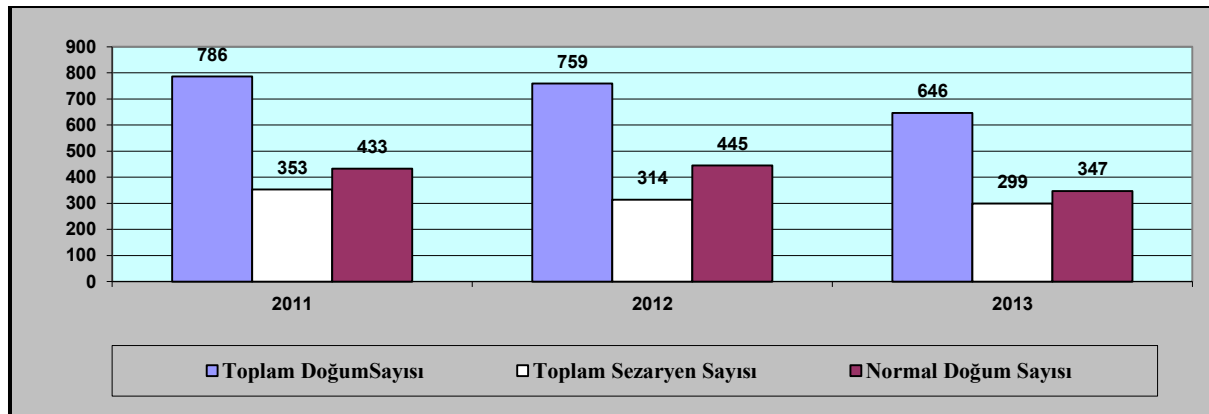
Kaynak: Kurum Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

TİG oluşturulmasında ilk basamak, hastayı ana hastalığa yani birincil tanıya göre gruplandırmak ve daha sonra ikincil durumun varlığına ya da yokluğuna göre alt gruplara ayırma işlemidir (Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) Çalışması, 15.05.2014).

Yıllara göre kadın doğum kliniğinde yatan hastaların sıklıkla O01C ve O60C TİG kodları ile tedavi gördükleri belirlendi (Tablo 5.6.7).

TİG oluşturulurken, tanı sınıflaması esas alınmakla birlikte hastaların yaşı, cinsiyeti, yatış süresi, taburcu şekli, yeni doğan ağırlığı, günübürlük durumu, yoğun bakım yatış süresi, mekanik ventilasyon süresi, cerrahi müdahale yapılması gibi değişkenler de kullanılmaktadır. Bu yüzden bu parametreler çerçevesinde veri analizi yapılabilmektedir. Üretilen TİG’ler sayesinde hastanenin hangi tür vakaları tedavi ettiği, toplam ve ortalama yatış süreleri gibi farklı parametreler ile niceliğin iş yüküne yansımaları hesaplanmaktadır. Bu veriler komplikasyon ve komorbidite oranlarının izlenmesinde, araştırmalarda, planlamada, ödeme sistemlerinde, maliyetlerin hesaplanmasında, sağlık hizmetlerinde süreçlerin ve çıktının değerlendirilmesinde, kalite değerlendirme faaliyetlerinde ve diğer idari faaliyetlerde kullanılmaktadır (Aydın ve ark.,2013).

Grafik 1. Seydişehir Devlet Hastanesi Doğum Sayıları



Kaynak: Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Birimi İndikatör Kayıtları

2011 yılında 729 yatan hasta, 27,53 yaş ortalaması, 1634 toplam yatılan gün sayısı ve 2,24 ortalama yatılan gün sayısı, 2012 yılında 759 yatan hasta, 27,51 yaş ortalaması, 1523 toplam yatılan gün sayısı ve 2,00 ortalama yatılan gün sayısı ve 2013 yılında ise 508 yatan hasta, 27,44 yaş ortalaması, 1004 toplam yatılan gün sayısı ve 1,97 ortalama yatılan gün sayısı olarak belirlendi (Tablo 5.6.7). Grafik 1de belirtilen hastaneye ait doğum ve sezaryen sayıları bu kodlarla yapılan yatış ve tedavileri doğrulamaktadır.

Tablo 5. 2011 Sezaryen Ve Normal Doğum DRG Dağılımları

DRG Kodları	DRG Sayısı	Yaş Ortalaması	Toplam Yatış Gün Sayısı	Ortalama Yatış Gün Sayısı	Tanım
O01A	-	-	-	-	Doğum, Sezaryen, Katastrofik KK Bulunan
O01B	6	30,66	21	3,5	Doğum, Sezaryen, Şiddetli KK Bulunan
O01C	317	28,21	894	2,82	Doğum, Sezaryen, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan
O60A	3	22	8	2,66	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan
O60B	35	25,48	72	2,05	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan
O60C	368	27,13	639	1,73	Doğum, Vajinal Yolla, Tekil, Komplike Olmayan, Diğer Olumsuzlukların Eşlik Etmediği
Σ	729	27,53	1634	2,24	

2012 yılında klinikte yatan ve DRG oluşturulan hastaların 404'ü O60C DRG kodu tanısı ile tedavi görmüştür. Bu hastaların ortalama yatış gün sayısı ise 2 gün olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6. 2012 Sezaryen ve Normal Doğum DRG Dağılımları

DRG Kodları	DRG Sayısı	Yaş Ortalaması	Toplam Yatış Gün Sayısı	Ortalama Yatış Gün Sayısı	Tanım
O01A	-	-	-	-	Doğum, Sezeryan, Katastrofik KK Bulunan
O01B	21	29,85	69	3,28	Doğum, Sezeryan, Şiddetli KK Bulunan
O01C	296	28,02	707	2,38	Doğum, Sezeryan, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan
O60A	5	23	6	1,2	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan
O60B	33	26,12	61	1,84	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan
O60C	404	27,19	680	1,68	Doğum, Vajinal Yolla, Tekil, Komplike Olmayan, Diğer Olumsuzlukların Eşlik Etmediği
Σ	759	27,51	1523	2,00	

2013 yılında klinikte yatan ve DRG oluşturulan hastaların 270’i O60C ile 199’u ise O01CDRG kodu tanısitedavi görmüştür. Bu hastaların ortalama yatış gün sayısı ise 1,97 gün olarak tespit edilmiştir.

Tablo 7. 2013 Sezaryen Ve Normal Doğum DRG Dağılımları

DRG Kodları	DRG Sayısı	Yaş Ortalaması	Toplam Yatış Gün Sayısı	Ortalama Yatış Gün Sayısı	Tanım
O01A	2	26,5	7	3,50	Doğum, Sezeryan, Katastrofik KK Bulunan
O01B	14	29,21	36	2,57	Doğum, Sezeryan, Şiddetli KK Bulunan
O01C	199	27,85	459	2,30	Doğum, Sezeryan, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan
O60A	3	26	3	1	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan
O60B	20	27,15	39	1,95	Doğum, Vajinal Yolla, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan
O60C	270	27,1	460	1,7	Doğum, Vajinal Yolla, Tekil, Komplike Olmayan, Diğer Olumsuzlukların Eşlik Etmediği
Σ	508	27,44	1004	1,97	

Yaşa özel doğurganlık hızı, belli bir yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Bu çalışmada Kadın Doğum Kliniğinde yatan hastaların (doğum yapan) yaş ortalaması (27) hastalar olduğu söylenebilir.

2013 TÜİK Yaş grubuna göre doğurganlık hızları incelendiğinde, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı “25-29” yaş grubunda olması bu çalışmadaki hastaların yaş ortalaması ile paralellik gösterdiği görülmektedir (TükDoğum İstatistikleri, 15.05.2014).

Hastaların ortalama yatış gün sayısının 2 olması, 2012 Türkiye geneli yatak devir aralığı (gün) ortalamasından (2,2) daha hızlı olduğunu ve 2012 Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Gününden (4,0) daha aşağı olduğunu görülmektedir (Sağlık İstatistikleri 2012 Yıllığı, 15.05.2014)

Yıllara göre DRG ve bağıl değer üretiminde 2013 yılı değerleri önceki yıllara oranla daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Yıllara Göre DRG Ve Bağıl Değer İstatistikleri

Yıllar	DRG Sayısı	Toplam Bağıl Değer
2011	8571	6545,64
2012	9332	8863,54
2013	8090	8088,4

Kaynak: TİG Web Yönetimi

4. Sonuç

Yatan hastaların tıbbi kayıtlarından elde edilecek tanısal veriler sayesinde elde edilen bilgiler, tanısal ve işlemsel bazda kıyaslanabilir gruplar oluşturulması ve ilgili hesaplama yöntemleri ile anlamlı hale getirilerek, kurumların verimli birer işletme olarak yönetilmelerini teşvik edilmesine, kurumsal yada ulusal ölçekte kaynak aktarımı, yatak sayısı tespiti gibi unsurların belirlenmesine olanak sağlayacaktır. Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen ve normal doğum yapan hastaların DRG (Diagnosis Related Groups) dağılımları analiz edilen bu çalışmada sıklıkla O01C ve O60C TİG kodları ile tedavi gördükleri belirlendi.

Kaynaklar

1. Aydın S, Yiğit P, Demir M, Güler H, “Tanı ilişkili gruplama verileri çerçevesinde Türkiye’de ürogenital kanserlere bakış”, Yeni Üroloji Dergisi, 2013; 8 (2): 72-78de Cos PH, and Moral-Benito E. Determinants of health-system efficiency : Evidence from OECD countries 2012.
2. Fetter RB. Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance. Interfaces 1991; 21 (1): 6-26
3. Narmanlı M, Ertong G, Dikici A, Soysal E, Tümay A, Güngör M.K, “Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası”, Erişim tarihi: 11.04.2014; <http://www.turkmia.org/kongre2012/cd/pdf-format/29-38.pdf-IX>. Ulusal Tıp Bilim Kongresi 2012
4. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2013, 105-109. Erişim tarihi: 15.05.2014; Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32083/saglik-istatistikleri-yilligi-2012.htm>
5. Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) Çalışması, Erişim tarihi: 15.05.2014; Erişim: <http://www.tig.saglik.gov.tr/index.php?pid=16>.
6. TİG Nedir?. <http://www.tig.saglik.gov.tr/index.php?pid=16> Erişim: 11.05. 2014
7. TİG NEDİR?, <http://gisy.istanbul.edu.tr/tig.aspx> Erişim: 13.05.2014
8. TİG Uygulama Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara, 2011. Erişim: http://www.ohsad.org/documents/saglikbakanligi/sb_d_2011_1121_tigkitap.pdf, 15.05.2014
9. Tük Doğum İstatistikleri, Erişim tarihi: 15.05.2014; Erişim: 2013, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048>
10. Yılmaz A: Tanı İlişkili Gruplar (DRG): Amerika Birleşik Devletler Örneği, Tanı İlişkili Gruplar E Bülteni. In Shah J: Uluslararası TİG Çalışmaları: Amerika (U.S.A.) Örneği. Ankara, 2008; 3: 5,6

BİR KAMU ACİL SERVİNE BAŞVURAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emrullah İNCESU*

Özet

Bu çalışma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi acil servisinden hizmet alan hastalara tedavi ve bakım konusundaki memnun olma durumlarını ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadaki veriler Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının Standart anket seti kullanılarak toplanmıştır. Anket formunda, acil servise başvuran hastaların aldıkları bakım ve hizmetlere ilişkin memnuniyetlerini belirlemeye yönelik 17 soru bulunmaktadır. Araştırma örnekleme şansa bağlı örnekleme yolu ile seçilmiş olup, anket 2012 Ocak-Ağustos dönemi içerisinde acil servise başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 120 hasta üzerinde uygulanmıştır. Güvenirlilik analizi Cronbach's Alpha sayısı $\alpha=0,827$ olarak bulunmuştur. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında frekans sıklığı, yüzdeler ve ki-kare önemlilik testleri uygulanarak değerlendirildi.

Hastaların %87.5'i acil serviste verilen hizmetten genel olarak memnun olduğu, hastaların eğitim durumuna göre, personelin kişisel mahremiyete özen göstermesi ($\chi^2=63.986, p=0.000$), personelin kibar ve saygılı olması ($\chi^2=17,709, p=0.024$) ve hastaların meslek durumuna göre, verilen hizmetten genel olarak memnun olma ($\chi^2=22,162, p=0.036$) soruları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Acil servis hastaları, Hasta memnuniyeti

*Biyolog, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü, emrinc@hotmail.com

A PUBLIC EMERGENCY SERVICE LEVEL OF SATISFACTION OF PATIENTS ADMITTED TO THE EVALUATION OF

Abstract

This study was Seydişehir State Hospital Emergency Department on the treatment and care of patients being satisfied with the status of the service, and was conducted to determine the factors that influence satisfaction.

Quality Assurance and Accreditation of the Department of Health data for the study were collected using a set of standardized questionnaire. In the form of a questionnaire, patients admitted to the emergency room for their care and services, there are 17 questions to determine their satisfaction. The sample was selected by way of example and not due to chance, the survey admitted to the emergency department in 2012 January-August period, and the study carried out on 120 patients who volunteered to participate. Number of Cronbach's alpha reliability analysis was found to be $\alpha = 0.827$ SPSS 16.0 package program, the frequency range, percentage and chi-square tests were used for.

87.5% of patients in the emergency department is generally satisfied with the service provided, level of education of the patients, according to the attention of the personal privacy of staff ($\chi^2 = 63.986$, $p = 0.000$), be polite and courteous staff ($\chi^2 = 17.709$, $p = 0.024$) and patients employed by the state, in general, be satisfied with the service provided ($\chi^2 = 222.162$, $p = 0.036$), the difference was statistically significant questions.

Key Words: *Emergency service, emergency service patients, Patient Satisfaction*

1.Giriş

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sunulmuş biçimi günümüzde ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergeler arasında yer almaktadır (Dölek vd., 2005).

Sağlık işletmelerinin yapısal açıdan çok karmaşık olması, müşterilerinin de karmaşık olmasını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık işletmeleri müşterilerinin oldukça heterojen bir yapıya sahip olduğu söylenebilir (Boonekamp, 1994: 14).

Modern toplumlarda hasta memnuniyeti ve pozitif algılayışın gelişmesinde medikal bakımın kalitesi önemli rol oynamaktadır (Yıldırım vd., 2005).

Memnuniyet, hastaların beklentileri ile hastanenin başarı sonuçları arasındaki uyumluluk derecesi veya hastaların hastanelerden beklentilerinin toplamı olarak tanımlanabilir (Aslan vd., 2007).

İyi sağlık hizmeti verebilmek için alınan hizmetin kalitesinin ölçülmesi gerekmektedir; bu da memnuniyet değerlendirme araştırmaları ile yapılmaktadır. Hasta memnuniyeti sonuç kalitesinin de bir parçasıdır. İyi bir hizmette verilen tedavi geçerli, kriterlere uyumlu, güvenli ve uygulanabilir olmalıdır. Hasta memnuniyetinde en önemli süreçler yönlendirme, bilgilendirme, ilgi ve nezaket, empati, hizmet hızı, zamanlamanın uygunluğu, hizmet sunanların yetkinliği, tıbbi sonuçlarının uygunluğu ve genel kalite olarak özetlenmektedir.

Hasta bakımına olan ilgiyi ve bakım yöntemini arttıran her türlü çaba hasta memnuniyetini artırır. Hasta memnuniyeti hastanın sağlık kurumuna bağlılığını arttıran ve kişi ve kuruma karşı davaları azaltan önemli bir etmendir. Her kurum müşteri memnuniyeti artıran faktörleri tespit etmelidir(Topaçoğlu vd.,2004).

Acil servisler hastanelerin en sık başvurulanan yerleridir. Bu nedenle hastaların bir hastane hakkında ilk düşüncelerini daha önce gittiği acil servisten aldığı hizmeti esas alarak oluşturmaktadır.

2.Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Acil Servisinden hizmet alan hastaların tedavi ve bakım konusundaki memnun olma durumlarını ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Konya Seydişehir Devlet Hastanesi acil servisinden sağlık hizmeti alan hastalar oluşturmaktadır.

2.3.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının Standart acil servis memnuniyet anket seti kullanılarak toplandı. Anket formunda acil servise gelen hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin memnuniyetlerini belirlemeye yönelik 17 soru bulunmakta. Araştırma örnekleme sansa bağlı örnekleme yolu ile seçildi. Anket 2012 Ocak-Ağustos dönemi içerisinde araştırmaya katılmaya gönüllü olan 120 hasta üzerinde uygulandı. Güvenirlilik analiziCronbach's Alpha sayısı $\alpha=0,827$ olarak bulundu. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında frekans sıklığı, yüzdeler ve ki-kare önemlilik testleri uygulanarak değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

2.4. Sınırlılıklar

Bu çalışma Konya Seydişehir Devlet Hastanesiyle sınırlı tutulmuştur. Bu yüzden, elde edilen bilgilerle bölge veya ülke çapında bir genellemeye gidilmemiştir. Çalışmanın Seydişehir Devlet Hastanesiyle sınırlı tutulmasının sebebi zaman ve maliyet kısıtlarıdır.

3. Bulgular Ve Tartışma

Hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %49,2'si kadın,%50,8'si erkek,%33,3'ünün 31-40 yaş aralığında olduğu, en sıklıkla %42,5'sinin ilköğretim/ortaokul düzeyinde eğitim aldığı,%33'ünün ev hanımı olduğu,%76,7'inin evli olduğu ve %65,8'inin SGK çalışmanı olduğu belirlendi(Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Çeşitli Özelliklere Göre Dağılım Durumu

Özellikler	Sayı(n)	%
Cinsiyet		
Erkek	61	50,8
Kadın	59	49,2
Yaş Grupları		
0-10	1	0,8
11-20	4	3,3
21-30	38	31,7
31-40	40	33,3
41-50	16	13,3
51-60	10	8,3
61 ve üzeri	11	9,2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	6	5
Okuryazar	3	2,5
İlkokul/ortaokul	51	42,5
Lise ve dengi	29	24,2
Ön Lisans-Lisans	31	25,8
Meslek		
Kamu görevlisi	15	12,5
İşçi	10	8,3
Emekli	11	9,2
Çiftçi	5	4,2
Serbest meslek	21	17,5
Öğrenci	18	15
Ev hanımı	40	33
Medeni durumu		
Evli	92	76,7
Bekâr	28	23,3
Sosyal Güvence		
SGK çalışan	79	65,8
SGK emekli	26	21,7
Yeşil kart	5	4,2
Sosyal güvencesi yok	1	0,8
Diğer	9	7,5

2012 Ocak-Ağustos döneminde 120 hasta ve hasta yakınlarına yüz yüze anket uygulama yöntemi ile yapılan hasta memnuniyeti anket sonuçları şu şekilde sıralanabilir (Tablo 2): Çalışmaya katılanların, % 74,2'si acil serviste çok beklemediğini, 72,5'i kayıt kabul sırasında beklediği yerin rahat olduğunu, % 76,7'si tüm personeli kibar ve

saygılı bulunduğunu, % 85,8'i tüm personelin kişisel mahremiyetine özen gösterdiğini, % 83,3'i hekimin kendilerini hastalığı konusunda bilgilendirdiğini, % 65'i hastaneyi genel olarak temiz bulunduğunu ve hastaların % 87,5'i hastanede verilen hizmeti genel olarak iyi bulduğunu belirlendi. Behçet ve arkadaşlarının 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine başvuran hastalar için buna benzer bir çalışmada genel bakım memnuniyetinin %70,2 olduğu, Dölek ve arkadaşlarının yine 2003 Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisi yatan hasta memnuniyeti çalışmasında ise bu oranı %63.1 olarak belirlemişlerdir. Bu iki hastanenin genel memnuniyet verileri çalışmadaki genel memnuniyet oranının altında kaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Tedavi Ve Bakım Konusundaki Memnun Olma Durumları

Değişkenler	Evet		Biraz/ Kısmen		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.	89	74,2	24	20	7	5,8
Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	87	72,5	28	23,3	5	4,2
Tüm personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	92	76,7	24	20	4	3,3
Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	103	85,8	14	11,7	3	2,5
Beni muayene eden doktor, hastalığının nedeni konusunda bana bilgi verdi.	100	83,3	16	13,3	4	3,3
Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim.	98	81,7	18	15	4	3,3
Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.	92	76,7	23	19,2	5	4,2
Acil servis temizdi.	78	65	37	30,8	5	4,2
Tekrar acile gelmem gerekirse yine bu acil servisi tercih ederim.	100	83,3	15	12,5	5	4,2
Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	105	87,5	13	10,8	2	1,7

Hastaların öğrenim durumuna göre, temizlik personelinin kibar ve saygılı olması ($\chi^2=17,709, p=0.024$), tüm personelin kişisel mahremiyete özen göstermesi ($\chi^2=63,986, p=0.000$) ve hekimin hastalık hakkında bilgi vermesi ($\chi^2=26,846, p=0.001$) ile ilgili sorularına verilen cevaplar aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 3. Hastaların Öğrenim Durumu Göre Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	Öğrenim Durumu					X ² p
	Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul/Ortaokul	Lise ve dengi okul	Üniversite ve üstü	
Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı. Evet Kısmen Hayır	6 0 0	2 0 1	44 7 0	20 8 1	20 9 2	X ² =17,709 p=0.024
Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi. Evet Kısmen Hayır	6 0 0	1 0 2	49 2 0	21 8 0	26 4 1	X ² =63,986 p=0,000
Beni muayene eden doktor, hastalığının nedeni konusunda bana bilgi verdi. Evet Kısmen Hayır	6 0 0	0 2 1	48 2 1	23 6 0	23 6 2	X ² =26,846 p=0.001

Hastaların mesleki durumuna göre, doktorların hastalara hastalıkları hakkında bilgi vermesi ($\chi^2=30,2174, p=0.003$), acil serviste beklenme ($\chi^2=21,932, p=0.038$), servisi başkalarına tavsiye etme ($\chi^2=21,634, p=0.042$), çalışanların hastaları yönlendirmesi ($\chi^2=25,219, p=0.025$) ve hastanede verilen hizmeti genel olarak değerlendirilmesi ($\chi^2=22,162, p=0.036$) ile ilgili sorularına verilen cevaplar aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 4. Hastaların Meslek Dağılımına Göre Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	Meslek							X ² p
	Kamu Görevlisi(Memur)	İşçi	Emekli	Çiftçi	Serbest Meslek	Öğrenci	Ev hanımı	
Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.								
Evet	11	8	7	5	14	8	36	X ² =21,932 p=0.038
Kısmen	3	1	3	0	4	9	4	
Hayır	1	1	1	0	3	1	0	
Beni muayene eden doktor, hastalığının nedeni konusunda bana bilgi verdi.								
Evet	10	9	8	5	14	15	39	X ² =30,174 p=0.003
Kısmen	2	1	2	0	7	3	1	
Hayır	3	0	1	0	0	0	0	
Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim.								
Evet	9	9	7	5	14	15	39	X ² =21,634 p=0.042
Kısmen	5	1	4	0	6	2	0	
Hayır	1	0	0	0	1	1	1	
Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.								
Evet	8	7	9	5	17	13	33	X ² =25,219 p=0.025
Kısmen	4	1	2	0	4	5	7	
Hayır	3	2	0	0	0	0	0	
Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.								
Evet	9	10	9	5	17	16	39	X ² =22,62 p=0.03
Kısmen	5	0	1	0	4	2	1	
Hayır	1	0	1	0	0	0	0	

4.Sonuç Ve Öneriler

Acil servisler hastanelerin ön kapısı olarak bilinen ve günün 24 saati kesintisiz hizmet sunan mekânlardır. Bu araştırmada Seydişehir devlet hastanesi acil servisine başvuran ve ankete katılmaya gönüllü olan hastaların ve yakınlarının sağlık hizmetine ulaşmadaki memnuniyeti ölçülmeye çalışılmıştır.Genel olarak ankette belirtilen konularda yapılan istatistikî ölçümlerde hastaların %87,5'inin memnun oldukları sonucuna ulaşılmış olmakla birlikte; Bekleme yerlerinin rahatlığı, personelin ilgi ve alakası, acil serviste hizmete ulaşmada geçirilen süre ve hizmet sunum alanlarının temizlik durumu, çalışanların yönlendirmeleri ile ilgili olarak ulaşılan veriler de memnuniyet oranları düşüktür. Memnuniyetin artırılması için acil serviste hizmet sunan personelin hasta ve yakınlarına karşı tutumlarının geliştirilmesine yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmeli ve bekleme yerlerinin fiziki şartları geliştirilmelidir. Eğitim ve denetimler yapılarak, memnuniyet anketleriyle ölçümlerin tekrarlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

- 1.Al B, Yıldırım C, Togun İ, Zengin S, Bozkurt S, Köse A,Sohbet Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.Akademik Acil Tıp Dergisi 2009;8(1):39-44
- 2.Asan F E, Aygin D, Sarıyıldız D Turkiye Klinikleri J MedSci 2007, 27: 687–694
- 3.Boonekamp,L.C.M., “Marketing forHealthCareOrganizations: An IntroductiontoNetwork Management”, Journal of Management in Medicine, 8 (5), 1994
- 4.Dölek M, Turaba F, Akbınar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005; 5(3):122-127
- 5.Topaçoğlu H, Karcıoğlu Ö, Öz Saraç M,, Arif H. Çımrın, “Acil servislerde hasta memnuniyeti: Ne? Ne kadar? Nasıl?” Akademik Acil Tıp Dergisi, Yıl: 2004 Cilt: 2 Sayı: 3 47-53
- 6.Yıldırım C, Kocoglu H, Goksu S, Gunay N, Savas H. Patientsatisfaction in a universityhospitalemergencydepartment in Turkey. ActaMedica (HradecKralove). 2005; 48 (1):59 62

**ÖZEL HASTANELERDE SAĞLIK PERSONELİNİN HASTA GÜVENLİĞİ
KÜLTÜRÜ ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA
(MANİSA İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

Şeniz HASDİL*

Meltem KAPLAN**

A.Çetin YİĞİT***

Seçkin Berk ÇAKIR****

İ. Ceyhun BAYRAKTAROĞLU*****

ÖZET

Özel Hastanelerde Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algısına Yönelik Bir Değerlendirme” konulu bitirme projesinde Manisa il merkezinde bulunan tüm özel hastanelerde çalışan sağlık personeline (hekim, hemşire- ebe, klinik sekreteri, sağlık memuru ve diğer sağlık personeline) anket uygulaması yapılmıştır. Veriler SPSS 17.0 programına aktarılmış, gerekli çözümlenmeler yapılmıştır. Hasta güvenliği, sağlık çalışanlarının hasta güvenliğine yönelik bilgileri, hasta güvenliği kültürü, tıbbi hatalar gibi konular projematinde ilgili başlıklar altında değerlendirilmeye alınmıştır. Veri analizleri sonucunda Hiç olay raporu doldurmayanların araştırmacının 79, 4’ünü oluşturduğunu görülmüştür.

***Anahtar Kelimeler:** Sağlık Personeli, Hasta Güvenliği, Sağlık, Tıbbi Hatalar, Örgüt Kültürü.*

*Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi, snzhsdl@gmail.com

** Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi, mltmmkpln@gmail.com

***Yrd. Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cyigit2002@yahoo.com

**** Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi, s.berk.cakir@hotmail.com.tr

***** Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi, i-ceyhun-bayraktaro-lu1@hotmail.com

1. Giriş

Hasta güvenliği, sağlık bakımı ile ilgili bir şekilde hastanın gereksiz zarar ya da olası zarar görme durumundan uzak olması biçiminde ifade edilmektedir (DSÖ-WHO, 2007).

Institute of Medicine yayınlamış olduğu iki rapor ile sağlık hizmetlerinin yaşadığı çok önemli iki problemini gün yüzüne çıkardı; tıbbi hatalar veya hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite problemi.

05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanunu'nda, tıbbi hizmetler “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin giderilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi yetenek ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan faaliyetler” olarak ifade edilmektedir (Alver, 1993:45).

Tıbbi uygulama hataları, görevli personelin kusurlu hareket etmesi ile meydana gelmektedir. Günümüzde tıbbi uygulama hataları olarak tanımlanan olgu, sağlık çalışanlarının bu kusurlu hareketleri neticesinde karşı karşıya kaldıkları cezai ve hukuki sorumlulukları ile bu durumla ilgili yaptırımları ifade etmek için kullanılmaktadır (Akyılmaz, 1991).

Tıbbi uygulama hatalarına yönelik olarak hata alanları aşağıdaki biçimde sıralanabilir (Akyılmaz, 1991):

- ✓ İletişim problemi ve kayıt hataları
- ✓ Yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyon
- ✓ Aydınlatma ve onam
- ✓ Tanı ile ilgili hatalar
- ✓ Tedavi ile ilgili hataları
- ✓ Hatalı karar alma
- ✓ Girişim hataları ve teknik hatalar
- ✓ Terk etme
- ✓ Özen eksikliği

Hasta güvenliğini tehdit eden ve hastanın bir biçimde zarar görmesine sebep olan, tanı, tedavi, bakım ve izlem aşamasında sıklıkla karşılaşılabilen tıbbi hatalar aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (Hancı, 2002).

*Tanıda yapılan hatalar

* Tedavi/bakım ve izlem sürecinde yapılan hatalar

* İnsan etmeni

* Kurumsal etmenler

* Teknik etmenler

Karşılaşılan tıbbi uygulama hatası, çok ender olarak tek bir sebebe bağlı olarak oluşmaktadır. Meydana gelen tıbbi uygulama hataları çoğunlukla insan faktörü (bilgisizlik, zihinsel muhakeme hataları, dikkatsizlik gibi), çevresel faktörler ve tıbbi cihazlar gibi hata oluşması riskini arttıran çeşitli unsurlar mevcuttur. Hataların oluşmasına neden olan bu faktörler, tek başına da tıbbi uygulama hatası oluşmasına sebep olabilir. Fakat tıbbi bakım, bir ekip işi olduğundan hata oluşumunda söz konusu faktörler, çoğunlukla iç içe geçmiş durumda meydana gelmektedir (Akyılmaz, 1991).

Tıbbi hataların reklam edildiği bir kültür yerinin oluşturulması hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir olgudur. Güçlü bir liderlik yönetiminde yapılan araştırmalar olmaksızın hasta güvenliğinin başarıya hiçbir şekilde ulaşmayacaktır (DSÖ, 2006).

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Manisa Özel Grand Medical Hastanesi ile Manisa Sekiz Eylül Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü algısının sosyo-demografik özelliklere göre değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- ✓ Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
- ✓ Sağlık personelinin hasta güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının düzeyi nedir?
- ✓ Sağlık personelinin hasta güvenliği derecesine ilişkin görüşlerinin düzeyi nedir ?
- ✓ Sağlık personeli tarafından raporlanan olay sayısı nedir ?

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini hastanelerde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmanın çalışma evrenini Manisa Özel Grand Medical Hastanesi ile Manisa Özel Sekiz Eylül Hastanesi'nde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için hastane yönetiminden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kapsamında Manisa Özel Grand Medical Hastanesi (162 personel) ile Manisa Özel Sekiz Eylül Hastanesi (80 personel)'nin tüm birimlerinde çalışan personelin tamamına toplam 242 sağlık personeline anket uygulanmıştır. Personelin gerek izinli olması, gerek anket uygulamayı kabul etmemesi sebebi ile dönen anket sayısı 102'dir. Bu rakam bilinen evrenden örneklem çekilme formülü ile yapılan hesaplardan elde edilen sayıya göre büyüktür. Araştırma evrenini Manisa il merkezinde bulunan tüm özel hastanelerin sağlık personeli oluşturmaktadır.

2.3. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” (Hospital Survey on Patient Safety Culture) (HSPSC) uygulanmıştır. Sağlık personeli için uygulanan bu anket, 2004 yılında ABD'de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilmiştir (Yıldız ve ark, 2013:904).

Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi 12 boyutludur ve 42 sorudan oluşmaktadır. Ankettin A, B, C, D, E, F bölümlerinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ayrıca katılımcılara hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısı ile ilgili birer soru sorulmaktadır. Kişisel bilgiler bölümünde katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren 10 soru bulunmaktadır.

Anketin güvenilirliği iç tutarlılık katsayılarına bakılarak her bir faktör için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Anketin güvenilirliğini test etmek için kullanılan Cronbach α güvenilirlik katsayısının 0,60-0,79 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Alpar, 2000:78).

Araştırmada demografik dağılım ve hasta güvenliği ile ilgili boyutlarla ilgili skorlarda herhangi bir gruplama yöntemine gidilmemiş, 5'li likert ile cevaplanmış soruların ölçümü ve

dağılımı verilmiştir. Karşılaştırma sorularında matrislerin tamamının dolu olmaması ve matrislerin bazı gözlerinde beklenen değerinin 5'ten küçük olması sebebi ile 5'likert (Hiç katılmıyorum “1”, katılmıyorum “2”, ne katılıyorum ne katılmıyorum “3”, katılıyorum “4” ve tamamen katılıyorum”5”), 3'lü gruplandırma yöntemi ile (Katılmıyorum, ne katılıyorum ne katılmıyorum, katılıyorum) 3'lü likerte dönüştürülmüş ve bağımlı/bağımsız arasındaki ilişki ölçümleri buna göre yapılmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS 17.0 programına aktarıldıktan sonra verilerin dağılım frekansları incelenmiş, hasta güvenliğine ait boyutların ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin analizinde Ki-Kare testi uygulanarak gerekli çözümler yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablolar oluşturularak yorumlanmış ve değerlendirilmiştir.

Araştırma boyutlarına ilişkin bulunan skorlarda ölçeklendirme aralıkları aşağıdaki gibidir;

<u>Ağırlık</u>	<u>Seçenekler</u>	<u>Sınırları</u>
1	Hiç Katılmıyorum	1.00-1.79
2	Katılmıyorum	1.80-2.59
3	Kısmen Katılıyorum	2.60-3.39
4	Katılıyorum	3.40-4.19
5	Tamamen Katılıyorum	4.20-5.00

Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.00-1.79	1.80-2.59	2.60-3.39	3.40-4.19	4.20-5.00

3. Bulgular

Örneklem grubunun demografik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre dağılımı Tablo-1'de sunulmuştur. Buna göre araştırma kapsamına 102 kişi alınmıştır. Örneklem Grubunun %75,5'i "kadındır. Yaş gruplarına göre bakıldığında %76,5'i "18-25 yaş", %18,6'sı "26-33 yaş" grubuna girmektedir. Eğitim durumu açısından incelendiğinde %34,3'ünün "Lise", %32,4'ünün "Önlisans", %17,6'sının "Lisans" mezunu oldukları anlaşılmaktadır. Örneklem grubunun gelir durum incelendiğinde %76,5'inin "0-2000 TL", %9,8'inin "2000-5000 TL" gelir grubunda oldukları saptanmıştır. Araştırmaya katılan örneklem grubunun mesleği açısından bakıldığında %19,6'sının "Hekim", %20,6'sının "Hemşire-Ebe", % 23,5'inin "Klinik Sekreteri" ve %36,3'ünün "Diğer Sağlık Personeli" olduğu görülmektedir. Meslekte

çalışma sürelerine göre %64,7'sinin “0-5 yıl”, %27,5'inin “6-15 Yıl”, %7,8'inin “16 yıldan daha fazla” çalıştığı saptanmıştır.

Tablo-1:Örneklem Grubunun Demografik ve Sosyo-Ekonomik Faktörlere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		SAYI	YÜZDE (%)
Cinsiyet	Kadın	77	75,5
	Erkek	25	24,5
	Toplam	102	100,0
Yaş	18-25	78	76,5
	26-33	19	18,6
	+34	5	4,9
	Toplam	102	100,0
Eğitim Durumu	Lise	35	34,3
	Önlisans	33	32,4
	Lisans	18	17,6
	Yüksek Lisans/Doktora	16	15,7
	Toplam	102	100,0
Gelir Durumu	0-2.000 TL.	78	76,5
	2.000-5.000 TL.	10	9,8
	+5.001	14	13,7
	Toplam	102	100,0
Mesleği	Hekim	20	19,6
	Hemşire-Ebe	21	20,6
	Klinik Sekreteri	24	23,5
	Diğer	37	36,3
	Toplam	102	100,0
Meslekte Çalışma Süresi	0-5 Yıl	66	64,7
	6-15 Yıl	28	27,5
	+16	8	7,8
	Toplam	102	100,0

Tablo-2: Çalışma Alanı ile İlgili Hasta Güvenliği Ortalamaları

S.NO	KRİTERLER	\bar{X}	SS
01	Daha fazla iş için hasta güvenliğinden vazgeçilmez	3,84	,992
02	Bu birimde insanlar birbirine saygılıdır	3,77	,831
03	Bu birimde insanlar birbirini destekler	3,70	,993
04	Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır	2,33	1,037
	GENEL ORTALAMA	3,35	

Tablo 2'ye bakıldığında, çalışma alanı ile ilgili hasta güvenliği kültürü toplam 17 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,35 olarak gerçekleşmiştir. Bu boyutta ilk sırayı 3,84 ile “Hasta Güvenliğinden Vazgeçilmeme”, 3,77 ile “İnsanların birbirine saygılı olmaları” ve 3,70 ile “İnsanların birbirlerini desteklemeleri” yer almıştır. En düşük ortalamayı ise 2,33 ile “Bu birimde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır.” kriteri almıştır.

Tablo-3 incelendiğinde; hasta güvenliği konusunda yöneticilerin davranışları toplam 4 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,17 olarak gerçekleşmiştir. Bu boyutta ilk sırayı 3,49 ile “Önerilerin ciddiye alınması”, bulunmuştur. En düşük ortalaması 2,51 ile “Hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelme” kriteri almıştır.

Tablo-3: Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Davranış Ortalamaları

S.NO	KRİTERLER	\bar{X}	SS
01	Yöneticim hasta güvenliği gelişimi için çalışanların önerilerini ciddiye alır	3,49	,972
02	Yöneticim hasta güvenliği prosedürüne göre yapılmış işleri takdir eder	3,41	1,037
03	Baskı arttığında yöneticim hızlı çalışma ister	3,29	,981
04	Yöneticim sürekli oluşan hasta güvenliği sorunlarını görmezden gelir	2,51	1,088
	GENEL ORTALAMA	3,17	

Tablo-4'ün analizine bakıldığında; hasta güvenliği konusunda yöneticilerin açıklığı ilgili hasta güvenliği toplam 6 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,41 olarak gerçekleşmiştir. Bu boyutta ilk sırayı 3,83 ile “Olumsuzlukları dile getirebilme”, almıştır. En düşük ortalaması 2,51 ile “Soru sormaktan korkmama” olarak bulunmuştur.

Tablo-4: Hasta Güvenliği Konusunda İletişim Açıklığı Ortalamaları

S.NO	KRİTERLER	\bar{X}	SS
01	Personel hasta bakımını etkileyen olumsuzlukları dile getirebilirler	3,83	1,016
02	Bu birimde olan hatalar hakkında bilgilendiriliriz	3,81	,972
03	Personel doğru gitmeyen şeyler için soru sormaktan korkarlar	2,51	1,175
	GENEL ORTALAMA	3,41	

Tablo-5: Hasta Güvenliği ile İlgili Olayların Rapor Edilme Ortalamaları

S.NO	KRİTERLER	\bar{X}	SS
01	Zarar verebilecek bir hatanın, hastaya zarar vermediği durumda rapor edilme sıklığı	3,36	1,303
02	Bir hatanın hastaya zarar verme durumu olmadığında rapor edilme sıklığı	3,22	1,157
03	Bir hatanın hastayı etkilemeden fark edilerek düzeltildiği durumun rapor edilme sıklığı	3,09	1,228
	GENEL ORTALAMA	3,22	

Tablo-5'e göre; hasta güvenliği ile ilgili olayların rapor edilme sıklığı hasta güvenliği toplam 3 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,22 olarak gerçekleşmiştir. Bu boyutta ilk sırayı 3,36 ile “Hastaya zarar vermeyen bir hatanın rapor edilme sıklığı”, almıştır. En düşük ortalama 3,09 ile “Hastayı etkilemeyen bir hatanın rapor edilme sıklığı” olarak bulunmuştur.

Tablo-6: Hastanenin Hasta Güvenliği Konusundaki Genel Ortalamaları

S.NO	KRİTERLER	\bar{X}	SS
01	Hastalara en iyi bakımı sağlamak için birimler birlikte iyi çalışır	3,64	,931
02	Hastane yönetimi hasta güvenliğini arttıran ortam sağlamaktadır	3,58	,927
03	Birlikte çalışılan personel arasında iyi bir işbirliği vardır	3,56	,827
04	Bu hastanede nöbet değişimi hastalar açısından problem olur	2,32	1,055
	GENEL ORTALAMA	3,00	

Tablo-6'nın bulgularına bakıldığında; hastanenin hasta güvenliği ile ilgili genel durumu toplam 11 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,00 olarak gerçekleşmiştir. Bu boyutta ilk sırayı 3,64 ile “Takım Çalışması” alırken bunu sırayla 3,58 ile “Hastane yönetiminin hasta

güvenliğine verdiği önem” ve 3,56 ile “Personel arasındaki iş birliği” almıştır.. En düşük ortalama 2,32 ile “Nöbet değişiminin hasta güvenliğine olumsuz etkisi” olarak saptanmıştır.

Tablo- 7: Hastanenin Hasta Güvenliği Derecesine İlişkin Ortalamaları

	Puan	Sayı	%
Mükemmel	5	13	12,7
Çok İyi	4	24	23,5
Kabul Edilebilir	3	51	50,0
Zayıf	2	13	12,7
Başarısız	1	1	1,0
TOPLAM		102	100,0
GENEL ORTALAMA	3,35		

Tablo-7 incelediğinde; birimlerde çalışan personelin sağlık kurumunu hasta güvenliği açısından değerlendirmeleri sonucunda; hasta güvenliği derecesinin %50,0 ile “Kabul Edilebilir” olarak bulunmuştur. Hasta güvenliğine ilişkin genel ortalama ise 3,35 olarak saptanmıştır. Bu ortalama sağlık kurumlarının çok kötü düzeyde olmadıklarını, ancak hasta güvenliği kültürünü daha fazla geliştirmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo-8: Son Bir Yıl İçinde Raporlama Sıklığı Dağılımı

	Sayı	%
0 Olay Raporu	81	79,4
1-2 Olay Raporu	11	10,8
3-4 Olay Raporu	10	9,8
TOPLAM	102	100,0

Tablo-8’e göre hiç olay raporu doldurmayanların araştırmanın 79,4’ünü oluşturduğunu görmekteyiz.

4. Tartışma

Çalışma Alanı, Yönetici Davranışları, İletişim Açıklığı, Olayların Rapor Edilmesi, Genel ortalamalar olmak üzere anket 5 boyutuyla değerlendirilmiştir. Boyutlara ilişkin ortalamalar sırasıyla; Genel olarak değerlendirecek olursa en yüksek değeri 3,84 ile “Hasta Güvenliğinden Vazgeçilmeme” kriteri yer almaktadır. 3,83 ile “Olumsuzlukları dile

getirebilme”, 3,77 ile “İnsanların birbirine saygılı olmaları” kriterleri bu sıralamayı takip etmektedir. En düşük ortalamayı ise, 2,32 ile “Hastanede nöbet devirleri ve hasta nakilleri sırasında oluşan problemler” kriteri olarak saptanmıştır.

Kıbrıs’ta Atılgan (2014) tarafından Yakın Doğu Devlet Hastanesi’nde yapılan araştırma sonucunda da en yüksek değeri 4,52 ile “Hasta güvenliğinden vazgeçilmeme”, 4,46 ile “Yönetici takdiri”, 4,31 ile “birimler içinde ekip çalışması” kriterleri sıralamayı takip etmektedir. En düşük ortalamayı ise, 1,10 ile “Hastanede nöbet devirleri ve hasta nakilleri sırasında oluşan problemler” olduğu görülmüştür.

Aynı anket kullanılarak Batman Devlet Hastanesi’nde yapılan araştırma sonucunda “birimler içinde ekip çalışması” boyutunun 3,69 ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Bunu 3,35 ile “örgütsel öğrenme ve sürekli iyileştirme” boyutu takip etmektedir. Bunu 2,81’er ortalama ile “iletişimin açık tutulması” ve “hastane birimleri arasında ekip çalışması” boyutları ve 2,82 ile de “yönetici beklentileri ve hasta güvenliğini geliştirme faaliyetleri” boyutu takip etmektedir. Boyutlardan 2,39 ortalama ile “hastanede nöbet devirleri ve hasta nakiller” boyutunun en düşük ortalamaya sahip boyut olduğu görülmektedir. (Yıldız ve ark, 2013)

Aynı anket kullanarak Ankara’da yapılan başka bir çalışmada “birimler içinde ekip çalışması” boyutu 4,06 ile en yüksek ortalamaya sahip olurken “hataların raporlanma sıklığı” ve “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutları en düşük ortalamaya sahip boyutlar olmuştur. (Teleş, 2011: 90)

Yine aynı anketi kullanarak Konya’da üç farklı hastanede yapılan başka bir çalışmada, “hastane birimleri arasında ekip çalışması” boyutu % 63 puanla en yüksek olumlu cevap yüzdesinde sahip olurken, “hataların raporlanma sıklığı” boyutu % 15, “hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” boyutu % 19 puanla en düşük iki boyutu oluşturmuştur. (Filiz, 2009: 53) Hollanda, Tayvan ve Amerika’da birçok hastanede uygulanan hasta güvenliği kültürü anketinin sonuçlarının ortalaması alınarak ülkeler arası bir karşılaştırmanın yapıldığı bir çalışmada “birimler içinde ekip çalışması” boyutu, Hollanda’da 45 hastanenin ortalaması % 85, Tayvan’da 74 hastanenin ortalaması %81, Amerika’da 622 hastanenin ortalaması %79 olana en yüksek ortalamayı oluşturan boyut olmuştur. “Hastane birimleri arasında ekip çalışması” boyutu % 28 ile Hollanda’da en düşük boyut olurken, “Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt” % 31 ile Tayvan’da ve % 44 ile de Amerika’da en düşük boyut olmuştur. (Yıldız ve ark, 2013: 901-913)

Bu konu ile ilgili yapılan araştırmalar Kamu Hastaneleri’nde gerçekleştirilmiştir. Genel anlamda en yüksek boyutu “birimler arasında ekip çalışması” kriteri almıştır. Bu araştırma Manisa il Merkezi’nde bulunan Özel Hastaneler bazında uygulanıp, “birimler arasında ekip çalışması” kriteri 3,68 ile daha ortalarda bir değer olduğu gözlenmiştir.

Çalışmada, boyutlardan “hastanede devirler ve nakiller” boyutunun en düşük boyut olması bu hastanede hastaların başka birimlere naklinde ya da nöbet değişikliği sırasında önemli problemlerin yaşandığını göstermektedir.

Kamu hastanelerinde saptanan “İletişimin açık tutulması” boyutunun düşük çıkması, çalışanların bir hata olduğunda fikirlerini özgürce ifade edemediklerini göstermektedir. Yapılan çalışmaların aksine özel hastanelerde 3,83 ile “Olumsuzlukları dile getirebilme” ortalamalarında 2. Sırada yer almaktadır.

Araştırmada hastanelerin hasta güvenliği derecesine ilişkin genel ortalaması 3,35'tir. Bu değer çok iyi ile kabul edilebilir arasında olup, 3 puan olan kabul edilebilir seçeneğine daha yakındır. (Yıldız ve ark, 2013)' ün yapmış olduğu çalışmada bu değer 3,38, Teleş (2011)'in yapmış olduğu çalışmada ise 3,17 olarak çıkmıştır. İzmir'de yapılan başka bir çalışmada hasta güvenliği derecesi ISO 9001:2000 belgesine sahip hastanelerde 3,92 ile çok iyi ve kabul edilebilir arasında bir değer çıkarken, bu belgeye sahip olmayan hastanelerde 2,75 ile Kabul edilebilir ve zayıf arasında çıkmıştır. (Çakır, 2007: 174) Araştırmada, hasta güvenliği derecesinin çok iyi ya da mükemmel olarak algılanmaması, burada iyileştirmelerin yapılması gerektiğini göstermektedir.

Son bir yıl içerisinde hiç olay raporu doldurmayanların oranı %79,4, (Yıldız ve ark, 2013)'ün araştırmasında %63,9, (Teleş, 2011)'in araştırmasında % 69,8, (Filiz, 2009)'in araştırmasında % 84,4, (Çakır, 2007)'in araştırmasında %81,5, (Atılkan 2014)' in araştırmasında ise 28,2 çıkmıştır. Hem bu araştırmada hem de diğer araştırmalarda olay raporu doldurma oranının çok düşük olması, personelin raporlamaya teşvik edilmesi için gerekli önlemlerin alınması gerektiğine işaret etmektedir.

5. Sonuç ve Öneriler

5.1 Sonuçlar:

1. Çalışma alanı ile ilgili hasta güvenliği kültürü toplam 17 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,35 olarak gerçekleşmiştir.
2. Hasta güvenliği konusunda yöneticilerin davranışları toplam 4 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,17 olarak bulunmuştur.
3. Hasta güvenliği konusunda yöneticilerin açıklığı toplam 6 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,41 olarak saptanmıştır.
4. Hasta güvenliği ile ilgili olayların rapor edilme sıklığı ilgili hasta güvenliği toplam 3 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,22 olduğu görülmüştür.
5. Hastanenin hasta güvenliği ile ilgili genel durumu toplam 11 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalaması 3,00 olarak belirlenmiştir.
6. Birimlerin alıştıkları sağlık kurumunu hasta güvenliği açısından değerlendirmeleri sonucunda hasta güvenliğine ilişkin genel ortalaması 3,35 olarak saptanmıştır.
7. Hiç olay raporu doldurmayanların araştırmanın 79,4'ünü oluşturduğunu görülmüştür.
8. Eğitim durumu ile “Yeterli personel olması durumu”, “Hata engelleme oranı” ve “Eşgüdümlü Çalışmama” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.
9. Meslek Grupları ile “Hasta güvenliğine ortam sağlama durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.
10. Meslekte çalışma süresi ile “Zamanı İyi Kullanabilme Durumu” ve “Yönetici Takdiri Durumu” arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

5.2. Öneriler:

1. Hastane yönetimince hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye öncelik verilmesi ve bu kültürün Toplam Kalite Yönetimi kapsamında değerlendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

2. Sağlık personelinin hasta güvenliği derecesinin 3,35 çıkması, bu alanda iyileştirmelerin yapılması gerektiğini ortaya çıkarmaktadır. Bu maksatla personele bu konuda hizmet içi eğitim verilmesi sağlanmalıdır
3. Hastane yönetimince hasta güvenliğini yönetimini ve denetimini sağlayacak bir birim kurulmasının ve bu birimde konu ile ilgili personelin çalıştırılmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

Kaynakça

1. AKYILMAZ, B. (1991), Kamu Görevlilerinin Üçüncü Şahıslara Vermiş Oldukları Zararlardan Doğan Mali Sorumluluk, Yayınlanmış Doktora Tezi, Konya.
2. ALTUNKAN, H. (2009), Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
3. ALVER, C. (1993), İdari Yargılama Usulü Kanunu, Üçüncü baskı, Şafak Matbaacılık, s.45, Ankara.
4. HANCI, İ.H. (1995), Hekimin Yasal Sorumlulukları (Tıbbi Hukuk), Egem Tıbbi Yayıncılık, s: 75-112, İzmir.
5. HANCI, İ.H. (2002), Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
6. YILDIZ, A. Ekingen E. ve Teleş M. (2013), Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Uygulama, 7. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Konya, s.901-915.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2007), Call for more researche on patent safety. URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/> (Erişim Tarihi: 10MAYIS 2014)
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2006.), World Alliance for patient safety. Forward programme 2006- 2007. Geneva, Switzerland; WHO Press.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2005), World alliance for patient safety. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): A Summary, Clean Hands are Safer Hands. Geneva. Switzerland.

HASTANE YÖNETİMİNDE SÜRDÜRÜLEBİLİR YAKLAŞIM: YEŞİL YÖNETİM

Okan ÖZKAN*

Gamze BAYIN**

Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN***

ÖZET

Enerji ve su tüketiminin yoğun, kimyasal ve kimyasal olmayan atık miktarının fazla, potansiyel tehlikeli madde çıktısının yüksek, satın alınan malzemelerin çeşitli ve çok sayıda olduğu hastanelerde kaynakların sınırlı, atık depolama ve imha alanlarının yetersiz, tehlikeli madde kullanımı ve atılması ile ilgili personel eğitimlerinin dar kapsamlı ve yenilebilir enerji kaynakları kullanımı için teşviklerin az olması sonucu sağlık kurumlarında “yeşil” kavramı gündeme gelmiştir.

Yeşil hastaneler; kaynak kullanımına alternatifler üreten, enerjinin, suyun ve çevre dostu malzemelerin daha etkin ve verimli kullanılmasını teşvik eden, maliyet-etkin bir yeşil bina tasarımını ve yeşil teknolojileri kullanan, her türlü israfın önüne geçilmesini sağlayan, tasarrufa yönelik çevresel düzenlemeler yapan ve çevresel yerleşelerde sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Yeşil sağlık hizmeti sunmak, tesislerin kuruluş yeri seçimi ve binanın inşaatından itibaren hizmet sunum sürecinin her aşamasında çevre dostu olabilmektir.

Türkiye’de yeşil hastane kategorisinde değerlendirilen hastane sayısının oldukça az ve yeşil hastane kavramının oldukça yeni olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, yeşil hastane kavramı hakkında bilgi vermek, yeşil hastanelerin sağlık yönetimine sağladığı faydalarda kilit rol oynayan tehlikeli maddelerin yönetimi, atık yönetimi, enerji yönetimi, su yönetimi, hava emisyonu düzenleme sistemi ve yenilikçi çevresel tasarım unsurlarını yeşil hastanelerdeki uygulama örnekleri ile açıklamaktır. Bu çerçevede hastane yönetimlerine sürdürülebilir yeşil stratejilerin ve yeşil kültürün benimsenmesi ile daha etkili, verimli ve kaliteli hizmet sunmak için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yeşil Hastane, Yeşil Yönetim, Sürdürülebilirlik

*Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, ozkanokan@yahoo.com

**Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, gamzebayin@gmail.com

***Öğr. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, gtrekli@gmail.com

SUSTAINABLE APPROACH IN HOSPITAL MANAGEMENT: GREEN MANAGEMENT

ABSTRACT

The concept of “green” has been debated and evaluated regularly in health institutions as a result of limited resources, insufficient waste storage and disposal area, limited staff training about the usage of dangerous materials and their disposal and lack of incentives in order to promote renewable energy resources given high energy and water consumption, high amounts of chemical and organic waste disposal, high amounts of potentially dangerous material output, diversity of purchased material.

Green hospitals are institutions which generate alternatives for resource usage, promote efficient and effective usage of energy, water and environmental-friendly materials, adopt a cost-effective green building design and green technologies, aim to prevent any kind of wastefulness, arrange their practices in the way to reduce costs and provide health services in environmentalist premises. Providing green health services is a process which is environmentally friendly in each step starting from the construction work to the provision of its services.

It is seen that the number of hospitals which are categorized as green hospitals are too few and green hospital is a very new concept in Turkey. The purpose of this study is to inform on the concept of green hospital and to explain this concept with examples on key elements of green management in hospitals such as dangerous material management, waste management, energy management, water management, and air emission organization systems. In this context, this study has a lot to offer for the hospital managers about providing efficient, effective and quality services with sustainable green strategies and adoption of the green culture.

Key Words: Green Hospital, Green Management, Sustainability

1. Giriş

Dünya genelinde, hastaneler ve diğer sağlık tesisleri uygun maliyetli, yüksek kalitede, yenilikçi ve insani hasta bakımı sağlamaya çalışmaktadırlar. Ancak bu önemli görevi yerine getirirken, sağlık kurumlarının çevre üzerine bir takım etkileri olmaktadır. Geçtiğimiz birkaç yıl içinde, çevreci kurumlar sağlık kurumlarının çevreye daha duyarlı düzenlemeler yapması konusundan baskı kurmaya başlamışlardır. (Environment Science Center, 2003: 2). Bu çalışmada, yeşil hastane kavramı hakkında bilgi verilerek yeşil yönetimin hastanelere sağladığı faydalar uygulama örnekleriyle açıklanmakta olup, hastane yönetimlerine yeşil yönetim yaklaşımıyla ilgili önerilerde bulunulmuştur.

1.1. Hastanelerde Yeşil Yönetim

Küresel iklim değişikliği, gelişen iletişim olanakları, bilinçlenen toplum, sürdürülebilir kalkınma davranışı ve çevre hareketleri, sosyal sorumluluk projeleri, ekonomik değişiklikler ve yasal zorunluluklar hem üretim hem de hizmet işletmelerinin çevreci arayışlar içinde

bulunmalarında, sürdürülebilir çevreci yaklaşımlar geliştirmelerinde ve yöneticilerin “yeşil işletme” olma yönünde çaba harcamalarında rol oynamıştır. Uluslararası anlamda 20. Yüzyılın özellikle ikinci yarısından itibaren çevresel konular hakkındaki farkındalık artmış ve yeşil işletmelerde ortaya çıkan kurumsal çevrecilik ya da yeşil yönetim anlayışı, oldukça popüler bir kavram haline gelmiştir (Büyüközkan ve Vardaloğlu, 2008: 2; Banerjee, 2001: 489).

Yeşil yönetim, çevrenin korunmasını sağlamak ve çevre dostu bir örgüt oluşturmak amacıyla örgütsel faaliyetlerin çevreci bakış açısıyla planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi ve kontrol edilmesi sürecidir (Aimkij, Mujtaba ve Kaweevisultrakul, 2013: 105). İşletmelerin faaliyetlerini çevresel sorumluluk duygusu ile yürütmelerini ifade etmekte; çevrenin korunması ile ekonomik büyümenin birlikte düşünülmesi esasına dayanmaktadır. İşletmelerin amaçlarında, fonksiyonlarında, süreçlerinde ve organizasyon yapılarında çevreyi ön planda tutan faaliyetlerin yürütülmesidir (Karabulut, 2003; Aktaran Akatay ve Aslan, 2008: 318-319). Diğer bir ifade ile yeşil yönetim, yönetimin çevreci kararlar alarak geri dönüştürülebilir, yeniden kullanılabilir ya da henüz geri dönüşümü yapılmış malzemeleri satın alma, işletmenin çevresel amaçları ile en uyumlu tedarikçiyi seçme, tüm kaynakların kullanımında tasarruf sağlama, kaynak kullanımını verimli kılan ürünler temin etme, tehlikeli madde içermeyen malzeme, ekipman ve donanım kullanma, atık maddeleri azaltma, yeniden kullanım ve geri dönüşüm imkanları oluşturma, tasarrufa yönelik çevre düzenlemesi yapma, yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımına önem verme, ekolojik değer yaratmak için çevreci bakış açısı geliştirme faaliyetlerini kapsamaktadır.

Yeşil yönetim uygulamalarını benimseyen yeşil işletmeler, ekolojik yaşam kalitesinin yaratıcısı olmak istemektedirler. Bu amaçla, atılan ilk adım çevrenin kirlenmesini önlemek iken; ikinci adım her türlü kaynak kullanımında tasarruf sağlamak ve yenilenebilir kaynaklara yönelmek olmaktadır (Düren, 2002: 191-198). İşletmeler, yeşil yönetim uygulamaları ile verimliliklerini, karlılıklarını ve pazar paylarını artırmayı, rekabetçi konumlarını güçlendirmeyi, maliyetlerini azaltmayı hedeflerken; aynı zamanda sürdürülebilir gelişim ve ekosistemin korunması için çevreye olan olumsuz etkilerini de en aza indirerek farkındalık yaratmak ve toplumda yeşil imaj oluşturmak istemektedirler (Kim ve Min, 2011: 1175; Porter ve van der Linde, 1995).

Diğer tüm işletmeler gibi sağlık hizmeti veren kurumlar da faaliyetlerini çevre dostu uygulamalar ile bütünleştirebilirler. Bu bağlamda hastanelerde “yeşil” kavramı ile alternatif kaynak kullanmak, enerjinin, suyun ve malzemenin daha etkin ve verimli kullanılmasını teşvik etmek, yapılan her türlü israfın önüne geçilmesini sağlamak ve çevreci bina tasarımlarını gerçekleştirmek amaçlanmaktadır (Terekli, Özkan ve Bayın, 2013: 38).

Özyaral (2013: 219)’a göre, yeşil hastane girişimi kavramı ile sağlık kurumlarında yeniden kullanılabilirlikten ve tıbbi atığın azaltılmasından bahsedilmektedir. “Yeşil hastane” kavramı, çevreci yerleşim tasarımı seçmek, doğa dostu yapı malzemeleri ve ürünler satın almak, hastane binası inşaatında çevreye duyarlı olmak ve bu duyarlılığı hizmet üretim sürecinde de devam ettirmek gibi seçeneklerden en az birini karşılayan hastaneleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Yeşil hastane, geri dönüşüm yapan, materyalleri, malzemeleri tekrar kullanan, atık maddeleri azaltan ve çevreye daha temiz hava veren bir tesis etrafına kurulmuştur (<http://hospital2020.org/Agreenhospital.html>).

Çevre dostu hastanelerin sağlık yönetimine sağladığı faydalarda kilit rol oynayan yeşil yönetim unsurları, Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1. Yeşil Yönetimin Anahtar Unsurları

Bu çalışma kapsamında, yeşil yönetimin anahtar unsurlarına ve bu unsurları kullanarak yönetim süreçlerini yeniden tasarlayan, projeler ve tasarımlar gerçekleştiren hastane örneklerine aşağıda yer verilmiştir.

1.1.1. Atık Yönetimi

Hastane atıkları, bulaşıcı ve zehirli özellikler göstermeleri nedeniyle son derece tehlikeli olan özel bir atık kategorisine girmektedir (Tsakona vd., 2007: 912). Bu atıklar; kan veya diğer vücut sıvıları, salgılar, ilaçlar veya diğer farmakolojik ürünler, bez veya pansuman, şırıngalar, iğneler veya diğer keskin aletleri tamamen ya da kısmen içeren insan ve hayvan dokularından oluşmaktadırlar (Elgitait vd., 2010: 86). Dünya Sağlık Örgütü, hastane atıklarını 8 ana kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar; bulaşıcı atıklar (tek kullanımlık bez, bandaj), radyoaktif atıklar (radyoterapötik maddelerle kirlenmiş cam), kimyasal atıklar (civa, dezenfektanlar), kesici atıklar (şırıngalar, iğneler, neşter), patolojik atıklar (vücut parçaları), toksik içeren atıklar (kanserojen atıklar), ilaçlar ve ağır metalik

atıklardır (kırık civalı termometre) (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/>). Bu tür atıklara maruz kalınması, hem çalışanlar hem hastalar hem de toplum için tehlike arz etmektedir. Sürdürülebilir yönetim, bu hastane atıklarının minimum etki ile kullanımını içermektedir (Suwasono vd., 2013a: 1989). Hastane tarafından; toplama, paketlenme, depolama, taşıma, arıtma ve bertaraf etme aşamalarının eğitimi, takibi ve kontrolünün etkili bir biçimde sürdürülmesi gerekmektedir (Tsakona vd., 2007: 912).

Bazı sağlık kurumları, yeşil yönetim kapsamında, geri dönüşüm ve malzemelerin geri kazanımı gibi atık akışlarını planlayacak geri dönüşüm programlarını hayata geçirmişlerdir. Vermont Fletcher Allen Sağlık Hizmetleri Tıp Merkezi Hastanesi, mutfak yağından sargı bezlerine kadar 20 adet malzemenin geri dönüşümünü sağlamak üzere bir geri dönüşüm ve eğitim programı başlatmıştır. Hastane kafeteryasındaki gıda atıkları, kar amaçlı olmayan bir vakfin organik sebze bahçelerinde gübre olarak kullanılmış; bandaj ve sargı bezleri ise, yeniden kullanım için veteriner kliniklerine bağışlanmıştır. Hastane, bir yılın sonunda, 18.000\$ ile 20.000\$ civarında tasarruf etmiştir. Albany Tıp Merkezi ise, kimyasal atıklarının damıtma yöntemi ile geri dönüştürerek kimyasalları yok etme ve satın alma maliyetlerinde yıllık 250.000\$ tasarruf etmiştir (Kaiser vd., 2001: 207).

1.1.2. Su Yönetimi

Su, bir hastanenin klinik ve klinik olmayan faaliyetlerini sürdürebilmesi için kritik bir rol oynamaktadır (Hui, 2013: 117). Sterilizasyon, havalandırma, klima, tedavi süreci, tıbbi ekipmanlar gibi hastanelerde pek çok farklı alanda kullanılan suyun hastanelerdeki tüketim miktarı da oldukça yüksektir (Smith, 2012: 33; Roberts, 2011: 48). Kullanılan su miktarı, hasta sayısı, tesisin büyüklüğü, yatak sayısı, hizmetin türüne göre farklılık göstermektedir. Örneğin, Amerika'daki hastaneler, günde yatak başına ortalama 363-682 litre su tüketirken; Almanya'daki hastaneler, günde yatak başına ortalama 363-736 litre su tüketmektedir. Yeşil yönetim, su sistemlerinin etkili bir biçimde yönetiminin sağlanarak atık suların kontrolü, gereksiz su tüketiminin azaltılması ve su döngüsünün takibini gerekli kılmaktadır (Smith, 2012: 33, 43). Yeşil çatı uygulaması ile yağmur sularının arındırılarak kullanılmasının sağlanması, az su tüketen bitki ve ağaçlar ile peyzaj yapılması; hastanelerin yeşil yönetim stratejisiyle uyguladıkları su yönetim projeleridir (Özyaral, 2013: 224, 225).

Su tüketimini azaltmaya yönelik projeler gerçekleştiren ve önemli tasarruflar elde eden pek çok hastane bulunmaktadır. 2008 yılında gümüş LEED sertifikası kazanan Kolombiya'da yer alan Lexington Tıp Merkezi, yağmur sularını tutabilmek için bir havuz sistemi tasarlamış ve bu sulara arındırma sağlayarak yeniden kullanımını gerçekleştirmiştir (Johnson, 2010: 78). Pittsburgh Üniversitesi Tıp Merkezi ise, yağmur suyunun akışını etkili bir biçimde yönetebilmek için yağmur bahçeleri oluşturmuştur. Yapılan simülasyon analizleri sonucunda ise, buradan elde edilen tasarruf ile ısıtma ve havalandırma maliyetlerinde azalmalar olabileceği tespit edilmiştir (Landers, 2012).

1.1.3. Enerji Yönetimi

Hastaneler, yedi gün 24 saat kesintisiz hizmet veren kurumlar olarak enerji tüketimleri oldukça fazladır. Yeşil hastaneler, enerji tasarrufu sağlamak ve enerji verimliliğini artırmak amacıyla güneş panelleri kullanmak, enerji tasarrufu sağlayan aydınlatmalar kullanmak,

pencerelerde ısı koruyucu camlar kullanmak, gün ışığından daha çok yararlanmayı sağlayan binalar tasarlamak, iyi bir yalıtım sistemi kurmak gibi stratejiler benimsemektedir (Albrecht ve Petrin, 2010; GE Healthcare, 2008).

“Johnston Memorial Hospital”da; harekete duyarlı ışıklara ek olarak enerji-verimli soğutucuların, kazanların ve izolasyon ünitelerinin kullanımı hastaneye % 17 civarında enerji tasarrufu sağlamıştır. “Women and Infants Hospital”ın güney bölümü güneş ışığından en uygun biçimde yararlanmayı mümkün kılacak şekilde tasarlanmış olup, yüksek verimli camlar ve yansıtıcı çatı vasıtası ile hastanede kullanılan enerji miktarı düşürülmüştür (Stevens, 2014). “Everett Kliniği”, “Gece Nöbetçi Programı” ile farklı inovatif çevreci fikirler geliştirmekte ve değişik tarzda yeşil girişimlerde bulunmaktadır. Klinik tarafından oluşturulan Gece Nöbetçi Programı sayesinde, kullanılmayan bilgisayarların uzaktan kapatılması söz konusu olmakta, böylece klinik, enerjiden tasarruf ederek kazanç sağlamaktadır (Reno vd., 2010). “UF Health Standards Center Hospital”da bulunan ısı ve enerji santrali, yaklaşık olarak % 46 oranında tasarruf sağlamaktadır (Stevens, 2014).

1.1.4. Tehlikeli Maddelerin Yönetimi

Tehlikeli maddelerin yönetimi hastanelerin günlük faaliyetlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastanelerde sıklıkla kullanılan potansiyel tehlikeli maddelere örnek olarak organik ve inorganik bileşikler, aşındırıcı maddeler (asit/baz), dezenfektanlar ya da karsinojenik (kanserojen), mutajenik veya üreme toksinleri içeren diğer bileşikler verilebilir. Hastanelerde bu bileşikler, radyoloji departmanlarında yapılan işlemler, mikrobiyolojik kültür alım işlemleri, patoloji operasyonları, sterilizasyon ve anestezi gibi işlemler sonucunda meydana gelebilirler (Environment Science Center, 2003; Wilding vd., 2009). Termometre, tansiyon aleti, diş amalgamı, laboratuvar kimyasalları, temizlik malzemeleri, floresan lambalar ve bilgisayar donanımları gibi çeşitli elektronik cihazlarda kullanılan cıva, beyin, omurilik, böbrek, karaciğere zarar verebilecek güçlü bir nörotoksindir. PVC, tıbbi cihazlarda ve atılabilir eldivenlerde en yaygın olarak kullanılan plastiktir. Ancak bu plastik türü, bir dizi çevresel sağlık riski oluşturmaktadır. Temizlik malzemeleri ve böcek ilaçlarındaki kimyasallar, hastalarda ve çalışanlarda kanser, üreme bozuklukları, astım gibi solunum rahatsızlıkları, göz ve cilt tahrişi, sinir sistemi bozukluğu gibi rahatsızlıklara sebep olmaktadır (<http://www.fhnw.ch/lifesciences/iec/forschungsfelder-und-projekte/download-projekte/projekte/best-environmental-practices-for-the-healthcare-sector>).

Bu maddelerin çalışanlara, hastalara, ziyaretçilere ve çevreye etkilerinin en aza indirilmesi oldukça önemlidir. Bu amaçla yeşil hastaneler, tehlikeli olan bileşikler yerine daha az tehlikeli olan bileşiklerin kullanımını sağlayarak potansiyel tehlikelerin önüne geçebilirler. Örneğin, yüksek oranda tehlikeli maddeler grubuna giren “benzene” yerine daha az zararlı olan “toluene” ya da “ksilen” bileşikleri kullanılabilir (Environment Science Center, 2003).

Çevre dostu hastanelerden “UF Health Shands Cancer Hospital” ve “Joe DiMaggio Children’s Hospital”da uçucu organik bileşikler ve malzemeler düşük miktarlarda kullanılmaktadır (Stevens, 2014). Pittsburgh Çocuk Hastanesi’nde toksik olmayan temizlik kimyasalları, mikro fiber paspas ve bezlerin kullanımı gibi çevre dostu yeşil temizlik malzemeleri; cıva içermeyen tıbbi malzemeler kullanılmaktadır. Ayrıca hastanede ksilen ve alkol içeren kimyasal atıklara ait geri dönüşüm laboratuvarı bulunmakta olup, kağıt, karton, plastik atık, pil ve ampul gibi malzemeler için geri dönüşüm programı uygulamaktadır (<http://www.chp.edu/CHP/environmentally+friendly>). Türkiye’de ise İstanbul Florence

Nightingale Hastanesi'nde ilk kez kullanılmaya başlanan EOS cihazı ile ortopedik görüntüleme düşük dozlu 2D / 3D X-Ray ışınları kullanılarak radyasyon dozu ile ilişkili riskler azaltılmıştır (<http://www.florence.com.tr/istanbul-florence-nightingale-hastanesi.html>).

1.1.5. Hava Emisyonu Düzenleme Sistemi

Hastanelerde hava kirleticilerin çoğu, kazanlardan ve jeneratörlerde yakılan yakıtlardan oluşmaktadır. Hastanelerden yayılan kirleticilerin önemli bir bölümünü hava kirleticileri oluşturur (Michigan State Department of Environmental Quality, 2009: 1). Bunlar aşağıda sıralanmaktadır:

- Karbonmonoksit (CO)
- Kurşun (Pb)
- Azot dioksit (NO₂)
- Ozon
- Parçacık madde (PM)
- Sülfür dioksit (SO₂)

Hastaneler, hava kirleticiler yayan ekipmanların insan sağlığına ve çevreye olan ciddi zararlarını minimize etmek için uygun düzenlemeler yapmaktadırlar. Örneğin, İngiltere Güney Manchester NHS Kuruluş Vakfı Üniversite Hastanesi, 2007'den bu yana gerçekleştirdiği işe bisikletle gitme ve biyokütle yakma gibi girişimleri içeren enerji verimliliği programı sayesinde karbondioksit salınımlarında %28'lik bir azalma gerçekleştirmiş ve 2012 yılında Ashden Ödülü'nü almıştır (Stevens, 2014).

Geniş bir alanda sundukları uzman bakımı ve yıllık 220.000 hasta viziti ile London's Great Ormond Street Hastanesi dünyanın önde gelen çocuk hastanelerinden biridir. Hastane, 1930'lardan kalma sağlık birimlerini 572 milyon dolarlık bir projeye yenilemiş ve projenin bir parçası olan, Mittal Çocuk Sağlığı Merkezi'ndeki Morgan Stanley Klinik Binası, yeşil tasarım özelliklerini barındırmaktadır. Bu tasarım, yıllık tahmini 20,000 ton karbondioksit salınımı dengeleyen, hastaneyi hem ısıtan hem de soğutan çift yönlü döşeme altı ısıtma sistemi, jeneratör ve atık ısı geri dönüşüm sistemlerini içermektedir (Stevens, 2014).

1.1.6. Yenilikçi Çevresel Tasarımlar

Sağlık kurumları, sadece hasta bakımına değil, aynı zamanda yüksek performanslı, iyileştirici çevreler yaratmaya odaklanmışlardır. Çevresel tasarımlar, hastane enfeksiyonların önlenmesinden, hasta memnuniyetine, personelin üretkenliğinin artırılmasından yaralanmaların azaltılmasına kadar, toplum sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Bilimsel literatürde de, güneş ışığından yararlanma, dış alanlara erişim ve iç alanlarda hava kalitesi ile ilaç verme hatalarında, hastanede kalış süresinde, hasta ve yakınlarının stres durumları gibi klinik göstergeler arasında negatif korelasyon görülmektedir (Practice Greenhealth).

“Kiowa County Memorial Hospital”, 2007'de Greensburg Kansas'ı etkileyen kasırgada hasar görmüştür. Bu hasar sonrasında, hastane, LEED platin-sertifikalı bir tesis olarak inşa edilmiştir. Önceden kullanılan yapay aydınlatmanın tamamen ortadan kaldırılarak, hastanenin iç alanlarının %75'inin doğal aydınlatma ile aydınlatılmasına önem verilmiş olup; etkili aydınlatma kontrolleri, ofis ekipmanları ve “ısı geri kazanım sistemi” ile hastane yeşil kimliği ön plana çıkmıştır (Stevens, 2014).

“ St. Mary’s Hastanesi” Kanada’nın en yeşil hastanesi olmakla kalmayıp, Kuzey Amerika’daki en yeşil sağlık kurumlarından biri olarak değerlendirilmektedir. St. Mary’nin tasarımı, güneş enerjisi panelleri ile elektrik gereksinimini karşılayacak şekilde yapılmıştır. Hastanede %40 oranında enerji tasarrufu sağlamak için yeşil ilkeler oluşturulmuştur (Stevens, 2014).

2. Sonuç ve Öneriler

Hastaneler, insanların sağlığını korumada ve iyileştirmede kritik bir rol oynamakta ve toplum için önem arz etmektedirler. Bu nedenle, sağlığı korumanın yanı sıra toplum için birer ekonomik, çevresel ve sosyal sorumluluk örneği olmaktadır (Serb, 2008). Günümüzde, pek çok hastane, örnek olma bilinciyle yönetim süreçlerini değiştirmekte ve daha iyi hizmet ve sürdürülebilir faaliyetler tasarlamaktadır (Suwasono vd., 2013a: 1988). Çevresel açıdan sürdürülebilir yönetim anlamına gelen yeşil yönetim de bu değişimin, ihtiyacın ve yeni yaklaşımların bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Venus Lun, 2011: 559).

Hastaneler, yeşil yönetim ile sürdürülebilir ve çevre dostu ilkeleri sağlık kurumunun planlama, tasarım, hizmet sunumu, inşa, bakım ve onarım gibi faaliyetleri ile entegre ederek, maliyetlerini azaltmayı, kaynaklarını daha verimli kullanmayı, hizmet kalitesini artırmayı, hasta güvenliğini sağlamayı, israfı azaltmayı, verimliliği yükseltmeyi, tasarruf sağlamayı ve çevreye daha duyarlı sistemler tasarlamayı amaçlamaktadırlar. Hastaneler, bu amaçlarını gerçekleştirirken; “*tehlikeli maddelerin yönetimi, atık yönetimi, enerji yönetimi, su yönetimi, hava emisyonu düzenleme sistemi ve yenilikçi çevresel tasarım*” gibi unsurları kullanmaktadırlar (Carpenter ve Hoppszallern, 2010; GE Healthcare, 2008). Bu unsurlar, sürdürülebilir yeşil stratejilerinin gerçekleştirilmesi ve yeşil kültürünün benimsenmesi için anahtar rol oynamaktadır.

Bu araştırma kapsamında, yeşil hastanenin anahtar unsurlarını kullanarak yönetim süreçlerini yeniden tasarlayan, projeler ve tasarımlar gerçekleştiren pek çok hastane örneğine ve bu hastanelerin elde ettikleri kazanımlara yer verilmiştir. Bu kazanımların gerek çalışan performansı, gerek hasta ve ziyaretçilerin memnuniyeti ve güvenliği gerekse toplum sağlığı ve davranışları üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, hastanelere sürdürülebilir sistemlerin gelişebilmesi için yeşil yönetim unsurlarından faydalanmaları gerektiği önerilmektedir (Suwasono vd., 2013b: 180; Özyaral, 2013: 227).

Yeşil yönetim, hizmet üretim ve sunum sürecinde yer alan fiziki tasarımlardan, yapım özelliklerine, inşaat malzemelerinin niteliklerinden ürün kullanım talimatları oluşturmaya kadar pek çok aşamayı kapsamaktadır. Bu aşamalarda gerçekleştirilebilecek ve hastane yöneticilerine rehberlik edebilecek yeşil yönetime dair uygulama önerileri aşağıda sıralanmaktadır (Johnson, 2010: 80; Özyaral, 2013: 224, 225):

- Yeşil çatı uygulaması ile yağmur sularının arındırılması,
- İzolasyon sistemleri ile ısıtma soğutma maliyetleri ve karbondioksit salınımının azaltılması,
- Güneş enerjisinden yararlanılarak yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımının sağlanması,
- Doğal çevre ile uyumlu bir yapılanma gerçekleştirilmesi,
- Hafriyatın ve atık malzemelerin yeniden kullanılması ve değerlendirilmesine yönelik tasarımların oluşturulması,

- Doğal ışık ile aydınlatmayı binanın içinde olabildiğince kullanabilecek bir mimari yapılanması,
- Az su tüketen bitki ve ağaçlar ile peyzaj yapılması,
- Binanın kendi elektriğini üreten sistemler kurulması,
- Harekete duyarlı sensörler ile havalandırma ve ışıklandırma,
- Yer altı ısı kaynağının kullanılması

Bu çalışmanın sağlık kurumları yöneticilerinin yeşil yönetim konusundaki farkındalıklarının artırılması ve Türkiye’de bulunan hastanelerde çevre bilinci oluşturulması konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1.AIMKIJ, Nisarar, Bahaudin G. Mujtaba, Tanin Kaweevisultrakul (2013), Green Management Sustainability and Its Economic Impact, Journal of Economics and Sustainable Development, 4(6), s. 104-115.
- 2.ALBRECHT, Sarah, Benjamin Petrin, (2010), Establishing a Sustainable Vision for Healthcare, An Interactive Qualifying Project Report, Worcester Polytechnic Institute.
- 3.BANERJEE, Suhabrata, B. (2001), Managerial Perceptions of Corporate Environmentalism: Interpretations from Industry and Strategic Implications for Organizations, Journal of Management Studies, 38(4), s. 489-513.
- 4.BÜYÜKÖZKAN, Gülçin, Zeynep Vardaloğlu, (2008). Yeşil Tedarik Zinciri Yönetimi, Lojistik Dergisi, 8, 66-73.
- 5.CARPENTER, Dave, Suzanna Hoppszallern, (2010), Sustainable Operations Survey: Green and Greener: Hospitals Embrace Environmentally Sustainable Practises, Though Laggards Remain, Health Facilities Management Magazine, 23(7), s. 15-21.
- 6.DÜREN, Zeynep (2002), *2000’li Yıllarda Yönetim*, Alfa Yayınları, İstanbul.
- 7.ELGITAİT, Y., Gee, I., Andrew, R., Matipa, W. (2010), Staff Perception And Hospital Practices Towards Recycling of Hospital Waste In North West Hospitals, 5 Th Annual Conference Liverpool “BEAN” 18 Th-19 Th May 2010 (s. 84).
- 8.ENVIRONMENT SCIENCE CENTER (2003), Greener Hospitals: Improving Environmental Performance, Bristol-Myers Squibb Company, Germany.
- 9.GE HEALTHCARE (2008), Green Hospitals, Clinical Engineering Society of Ontario (CESO) Conference, Ontario.
- 10.HUI, Encon (2013). Management of Water Supply in Healthcare Facilities, The 4th Greater Pearl River Delta Conference on Building Operation and Maintenance (s. 117-122).
- 11.JOHNSON, Sherryl W. (2010), Summarizing green practices in US hospitals, Hospital topics, 88(3), s. 75-81.

12. KAISER, Barb, Patrick D. Eagan ve Hollie Shaner (2001), Solutions To Health Care Waste: Life-Cycle Thinking and "Green" Purchasing, *Environmental Health Perspectives*, 109(3), s. 205.
13. KARABULUT, Elif (2003), İşletmelerde Çevre Bilinci ve Yeşil Yönetim Uygulamalarının İşletme Başarısına Katkısını İncelemeye Yönelik Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi; Aktaran Akatay, Ayten ve Aslan, Şebnem (2008), Yeşil Yönetim ve İşletmeleri ISO 140001 Sertifikası Almaya Yönelen Faktörler, *DEÜ SBE Dergisi*, 10(1), s. 313-339.
14. KIM, Ilsuk, Hokey Min, (2011), Measuring Supply Chain Efficiency From a Green Perspective, *Management Research Review*, 34(11), s. 1169-1189.
15. LANDERS, Jay (2012), Pennsylvania Hospital Emphasizes 'Green' Design, *Civil Engineering—ASCE*, 82(10), s. 26-30.
16. MICHIGAN STATE, DEPARTMENT OF ENVIROMENTAL QUALITY, AIR QUALITY GUIDANCE (2009), http://www.michigan.gov/documents/deq/deq-oppca-hospital-guidance_297833_7.pdf, Erişim Tarihi: 17.07.2014.
17. ÖZYARAL, Oğuz (2013), “*Yeşil Hastane*”, Ed. Haydar Sur, Tunçay Plateki, Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 219-235.
18. PORTER, Micheal E., Claas Van Der Linde (1995), Green and Competitive, *Harward Business Review*, 73(5), s.120-134.
19. PRACTICE GREENHEALTH, <https://practicegreenhealth.org/topics/green-design-construction>, Erişim Tarihi: 17.07.2014
20. RENO, Steve, Wes Simons, Leslie Helm (2010), The Green Washington 2010 Winners, What does it take to be Green?, *Seattle Business Magazine*.
21. ROBERTS, Greg L. (2011), Shades of Green: The Evolution Of Hospital Sustainable Design Standards, *Health Facilities Management Magazine*, 24(11), s. 45-50.
22. SERB, Chris (2008), Think gren, *Hosp Health Netw.*, 82(8), s. 22-26.
23. SMITH, Marry Ellen F. (2012), Sustainable Healthcare, Master of Science in Environmental Sciences, Policy & Management.
24. SUWASONO, Edy, Agus Suman, Suemarno ve Bagyo Yanuwadi (2013a), Creating A Green Hospital Concept Through The Management of Non-Medical Waste, *International Journal of Advances in Engineering & Technology*, 6(5), s. 1988-1994.
25. SUWASONO, Edy, Agus Suman ve Bagyo Yanuwadi (2013b), Solid Wastes and Green Open Space Management in the Green Hospital Perception, *Journal of Environment and Earth Science*, 3(12), s. 180-186.
26. STEVENS, Tom (2014), 30 Most Environmentally Friendly Hospitals in the World, <http://www.healthcare-administration-degree.net/30-most-environmentally-friendly-hospitals-in-the-world/>, Erişim Tarihi: 17.07.2014
27. TEREKLİ, Gözde, Okan Özkan, Gamze Bayın (2013). Çevre Dostu Hastaneler: Hastaneden Yeşil Hastaneye, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12 (2), s. 37-54.
28. TSAKONA, M., Anagnostopoulou, E., ve Gidakos, E. (2007), Hospital Waste Management and Toxicity Evaluation: A Case Study, *Waste management*, 27(7), s. 912-920.



29. WILDING, Bobie C., Kathy Curtis, Kristen Welker-Hood (2009), Hazardous Chemicals in Health Care Report: A Snapshot of Chemicals in Doctors and Nurses. Erişim Yeri: http://www.akaction.org/Publications/Health_Care/Hazardous_Chemicals_in_Health_Care.pdf, Erişim Tarihi: 02.09.2013.

30. VENUS LUN, Y.H. (2011), Green Management Practices and Firm Performance: A Case of Container Terminal Operations, Resources, Conservation and Recycling, 55, s. 559–566.

31. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/>, Erişim Tarihi: 31.07.2014

32. <http://www.florence.com.tr/istanbul-florence-nightingale-hastanesi.html>, Erişim Tarihi: 31.07.2014

33. <http://www.fhnw.ch/lifesciences/iec/forschungsfelder-und-projekte/download/projekte/projekte/best-environmental-practices-for-the-healthcare-sector>, Erişim Tarihi: 04.08.2014

34. <http://hospital2020.org/Agreenhospital.html> Erişim Tarihi: 04.08.2014

35. <http://www.chp.edu/CHP/environmentally+friendly> Erişim Tarihi: 04.08.2014

SAĞLIK TURİZMİ YÖNETİMİNDE KOÇLUK YAKLAŞIMININ ÖNEMİ

Erkan KARA*

Akın MARŞAP**

ÖZET

Günümüz küresel dünyasında yeni teknolojik değişmeler nedeniyle yaşanan hızlı değişim ve yenileşme süreci, sağlık kurumlarını artan rekabet ortamında üstün kılacak arayışlara yöneltmektedir. Bu yönelim açısından sağlık turizminde koçluk yaklaşımının önemini her geçen gün artırmaktadır. Sağlık işletmelerinin yoğun rekabet ortamında kendilerini farklı kılmalarını sağlayacak başlıca istemlerden birisi de koçluk yaklaşımıdır. Sağlık turizminde koçluk yaklaşımı öğrenen organizasyon bilinci geliştikçe koçluk yaklaşımı da gelişmeye ve sağlık sisteminde kendisine yer bulmaya başlamıştır. Koçluk sistemi, entelektüel sermaye olan insan kaynaklarının daha verimli değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Sağlık çalışanlarının performansını artırarak, hem sağlık işletmesine hem de çalışanların kendi kişisel doyumlarına yardımcı olmaktadır. Koçluk, yöneticiliğin bir boyutu olarak, sağlık turizmi kurumları içinde kullanılabilen koçluk süreci, aynı zamanda danışmanlar tarafından her kesime hitap eden bir hizmet olarak da sunulabilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık İdaresi, Sağlık Turizmi, Koçluk Yaklaşımı.

*İnsan Kaynakları Uzmanı, Royal A.Ş. , İnsan Kaynakları Birimi, erkan.kara.ik@gmail.com

**Prof. Dr. İstanbul Aydın Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Anabilim Dalı, akinmarsap@aydin.edu.tr

THE IMPORTANCE OF COACHING APPROACH IN HEALTH TOURISM MANAGEMENT

ABSTRACT

In today's global world, due to the new technological change, the process of rapid change and innovation lead health care institutions to searches which enable them to be superior in an increasingly competitive environment. In terms of this inclination, the importance of coaching approach in health tourism increases its importance with each passing day. One of the main claims to enable healthcare enterprises to differentiate themselves in a highly competitive environment is coaching approach. When, in health tourism, organizational awareness that learn about coaching approach evolves, coaching approach began to develop and find a place for itself in the health system. Coaching system aims at evaluating intellectual capital as human resources more efficiently. Improving the performance of health workers is to help both the health enterprises and their employees to fulfill personal satisfaction. As a dimension of management, coaching process that can be used in health tourism institutions can be provided by consultants as a service that also appeals to all sectors.

Key words: Health Administration, Health Tourism, Coaching Approach.

1.Giriş

Turizm sektörü, dünyada hızlı ve dinamik şekilde büyüyen bir sektör olma özelliğini korumaktadır. BM tarafından yüksek gelir getiren ve kalkınmaya olan katkısındaki önemi kabul edilmektedir(İzadi,2013:59).Turizm sektörü birçok turizm çeşidini bünyesinde barındırmaktadır. Bunların başında sağlık turizmi gelmektedir. Günümüzde sağlık turizminden yararlanmak isteyenler artık sağlık sorunlarını çözerken, yalnızca kendi ülkelerindeki imkânlarla değil; en iyi çözüm ve en iyi fiyat seçeneklerini değerlendirerek hareket etmektedir. Buradan hareketle sağlık turizmi gerçekleşmiş olmaktadır(Zengingönül,2012:4). Sağlık turizmi; sağlıklı ve zinde kalmaya yönelik çabaların sonucunda gerçekleşen turizm çeşidi şeklinde ifade edilebilmektedir(Özsarı,201:138). İnsan sağlığında meydana gelen olumsuz değişimler, kişilerin sağlık hizmetleri almalarını zorunlu kılmaktadır. Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmeye devam ederken, güzelleştirici ve rehabiliteedici sağlık hizmetleri piyasa ekonomisine bırakılmış durumdadır(Selvi,2014:1). Sağlık turizmi başarı ile gerçekleşmesi için bazı unsurların bulunması gerekir. Bu unsurlar; turizm olanaklarının mevcut olması, teknolojik ve konforlu sağlık tesislerinde sağlık hizmetlerinin sunulması ve tüketici yani bu hizmetlerden faydalanacak kişiler ile sağlık turizmi sektörünü buluşturacak profesyonellerin varlığı gerekmektedir(Taşlıyan,2012:416).Teknolojide meydana gelen gelişmeler potansiyel turistlerin oturdukları yerden dünyanın her yerine erişimini, sunulan hizmetlerin incelenmesini, fiyat karşılaştırmalarını ve tedavi ve hizmetlerin derhal ve doğrudan kullanılabilirliğini olası hale getirmektedir(Şencan,2012:18).

Sağlık turizmi konusunda dünyada söz sahibi olan ülkelerin başında Hindistan gelmektedir. Hindistan sağlık turizminde lider konumda olması ile birlikte en pahalı ülkelerin başında gelmektedir. Hindistan'ın İngiltere'nin eski sömürsü olması sağlık turizmin gelişmesinde önemli etkisi vardır(Purandare,2014:7). Türkiye sağlık turizmi konusunda gelişmekte olan bir ülke konumundadır. Ayrıca; diğer ülkelere oranla fiyat avantajına sahip olması, en fazla JCI akreditasyonlu hastaneye sahip ikinci ülke olması, hava yolları ağının

gelişmiş olması, ABD ve Avrupa ülkelerine Uzakdoğu ülkelerinden daha yakın turistik ülke olması Türkiye'nin sağlık turizminde ilerlemesini kolaylaştıran avantajları arasındadır(Dikili,2012:20).

Koçluk sistemi, entelektüel sermaye olan insan kaynaklarının daha verimli değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Sağlık turizminde aktif halde bulunan çalışanların performansını artırarak, hem işletmeye hem de çalışanların kendi kişisel doyumlarına ulaşmalarında koçluk yaklaşımın büyük önemi bulunmaktadır. Koçluk, yöneticiliğin bir boyutu olarak, kurum içinde kullanılabilen koçluk süreci, aynı zamanda danışmanlar tarafından her kesime hitap eden bir hizmet olarak da sunulabilmektedir. Koçluk yaklaşımı, eğitim ve geliştirme yöntemleri arasında en etkili yönetici geliştirme tekniğidir. Bu nedenden dolayı koçluk yaklaşımının sağlık turizminde faaliyet gösteren işletmelerde uygulanması ve geliştirilmesi, organizasyonun etkinlik ve verimliliğini artırması açısından son derece önemlidir. Bununla birlikte koçluk modelini iş dünyasında aktif olarak kullanan ülkelerin başında ekonomi devlerinden olan ABD, İngiltere ve Kanada gibi devletler gelmektedir. Türkiye’ de ise koçluk yaklaşımının kabul edilip uygulanması gelişmiş ülkelere oranla daha yavaş ilerlemektedir. Hem turizm sektöründe hem de diğer sektörlerde faaliyet gösteren Türk şirketlerinin dünya ekonomisi ile yarışabiliyor olabilmesi için iş dünyasındaki değişimleri yakalaması hatta bu trendleri oluşturmayı sağlamalıdır. Bu yazıda sağlık turizmi yönetiminde koçluk yaklaşımın önemi ve uygulanabileceği düşünülen koçluk modeli üzerinde durulmaya çalışılacaktır(Kara,2012:2).

1.1. Sağlık Turizmi

Sağlık turizminin geçmişi uzun yıllar öncesine dayanmaktadır. Eski Yunan İmparatorluğu’nda hastalar Akdeniz ülkelerine termal su tedavileri almak için gittikleri, 18.yüzyıldan sonra zengin Avrupalılar kaplıca tedavisi almak için Nil’e gezi düzenledikleri bilinmektedir(Çiçek,2013:26).20.yüzyılın sonlarına kadar gelişmekte olan ülkelerdeki zengin kişiler, gelişmiş ülkelere doğru sağlık turizmi faaliyeti gerçekleştirirken 21.yüzyılda uluslararası hasta dolaşımı yön değiştirmeye başlamıştır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerdeki insanlar daha ucuz ve kaliteli hizmetler için gelişmekte olan ülkelere seyahat etmektedirler(Kaya,2013:18).Sağlık turizmi tanım olarak, sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması ve sağlığın geri kazanılması amacıyla başlayan ve sağlık hizmetleri unsurlarının yanı sıra tatil unsurlarını da kapsayan seyahatler, konaklamalar ve organizasyonlardan doğan olay ve ilişkilerin bütünü şeklindedir (Özer,2012:70). Sağlık turizmi açısından turistler; yalnızca (sağlık hizmetinden yararlanmayan) turist, tatilde tedavi edilen turist, tatil ve tedavi amaçlı turistler, tatil yapan hastalar ve yalnızca hastalar olmak üzere beş gruba ayrılmaktadır(Mert,2013:6).Bununla beraber dünyadaki sağlık turizmi hareketleri incelendiğinde sağlık turizminden en büyük payı alan ülkelerin başında Hindistan gelmektedir. Her yıl yaklaşık olarak Hindistan’a 150.000 sağlık turisti gitmektedir. Hindistan sağlık sektöründe her yıl % 30’luk bir büyüme olduğu kaydedilmekte ve 2014 yılında yıllık sağlık turizm gelirinini 1,2 milyar poundu aşması beklenmektedir. Bu popüleritenin temel nedeni turizm potansiyelini erken görmeleri, düşük maliyetle çalışmaları ve iyi tanıtım yapılarıdır(Barca,2013:69).

Türkiye’de sağlık turizmi yeni yeni gelişmekte olan bir turizm dalı konumundadır. Türkiye’de sağlık ve turizm ile ilgili planlanma ve teşvik çalışmalarını Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı yürütmektedir. Kültür ve Turizm Bakanlığı, konaklama ve seyahat gibi turizm sektörüne doğrudan hizmet veren işletmeler için kuralları koyucu, yol gösterici ve denetleyici bir kuruluştur. Sağlık Bakanlığı ise sağlık kurumlarının kurulması, sağlık

personelinin eğitilmesi ve istihdamı, çeşitli kamu sağlığı hizmetleri veren ünitelerin denetimi gibi görevleri yapmaktadır(Aydın,2012:94).Türkiye’de farklılaşan sağlık ihtiyacını karşılamak hem de sağlık turizminin getirilerinden yararlanmak amacıyla ülkenin dört bir yanına özel ve devlet hastaneler ile sağlık merkezleri kurulmuştur(Barca,2013:71). Ayrıca devlet desteği ile başlatılan sağlık sektöründeki gelişim ve değişim, diğer ilerlemelerin yanında, özellikle tüm vatandaşların kamu ve özel hastanelerden hizmet alabilmeleri sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bir aşamasını oluşturmuştur(Delil,2013:4).

1.2 Sağlık Turizmi Türleri

Sağlık turizmi, kendisini meydana getiren dört sağlık turizmi türünü barındırmaktadır. Sağlık turizmi; Termal Turizm, Medikal (Tıp) Turizm, İleri Yaş Turizmi ve SPA Turizmi olarak değerlendirilmektedir (Özer,2012:72).

1.2.1. Termal Turizm

Termal turizm veya kaplıca turizmi; mineralize termal su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında, iklim kürü, fizik-tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerin birleştirilmesiyle yapılan kür (tedavi) uygulamaları için meydana gelen turizm hareketi olarak tanımlanır. Bu uygulamaların yapıldığı tesislere ise "Termal Kür Merkezi veya Kaplıca Tedavi Merkezi" denilmektedir. Busüreçte hem sağlık sektörü hem de turizm sektörü rol almaktadır(Gülen,2011:51).

1.2.2. Medikal (Tıp) Turizmi

Uluslararası hukukta medikal turizm için bir tanım yapılmış değildir. Fakat Dünya Turizm Örgütünün yaptığı tanıma göre medikal turizm; tedavi olmak amacı ile kişilerin gerçekleştirmiş olduğu sağlık turizmi çeşididir(Martynov,2014:107).Medikal turizm, genellikle maliyeti yüksek olan daha nitelikli sağlık tesisi barındırması gereken bir turizm çeşididir. Tıbbi ve turistik hizmetleri kapsamaktadır(Mishra,2014:13).Medikal turizm Güneydoğu Asya’da daha popüler olan bir turizm çeşididir. Medikal turizm konusunda; Endonezya, Malezya, Filipinler, Singapur, Tayland gibi Asya ülkeleri başı çekmektedir(Walsh,2014:85).

1.2.3. İleri Yaş Turizmi

Gelişmiş ülkelerde, sağlık koşullarının iyileşmesi ile birlikte insan ömrü uzamış; bunun sonucunda 65 ve daha yukarı yaştakilerin toplumdaki oranları yükselmiştir. Bu insanların emekli olmaları nedeniyle ellerinde bol özgür zamanları bulunduğu ve emeklilere tanınan haklar sonucunda yeterli gelirleri olduğundan, turizm sektörü için gittikçe artan bir müşteri potansiyeli oluşmaktadır. Böylece, yaşlıların yaşam biçimi ve gereksinimlerine yanıt veren ve aynı zamanla sağlık ihtiyaçlarını karşılayabildikleri değişik bir turizm türü ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, üçüncü yaş turizmi, bir edilgen dinlenme yaşamından çok; etkin, insanı geliştirici, yaşamı renklendirici bir etkinlik olma eğilimi taşımaktadır(Gülen,2011:51).

1.2.4. SPA Turizmi

SPA Turizmi, "su ile gelen sağlık" anlamını veren Latince bir kelime olan "Sanus Per Aquam" teriminin baş harflerinden oluşan "SPA" terimi ile ifade edilmektedir. Genel bir tanımla; şifalı sularla yapılan bakımlardan oluşan bir sağlık turizm çeşididir. Türkiye’de de önemi son yıllarda anlaşılan SPA; şifalı suların yansıra çamur terapileri, sıcak su havuzları, çeşitli masaj terapileri, aroma terapileri, güzellik ve bakım gibi kür hizmetleri veren tesislerde SPA turizmine hizmet vermektedir(Gülen,2011:51).SPA turizmi, iklim özellikleri, yer

şekilleri ve coğrafi özelliklerden belirgin şekilde etkilenebilmektedir. Ayrıca hava durumu bile SPA turizmini yakından etkileyebilmektedir(Lazara,2014:19).

1.3.Sağlık İşletmeleri ve Yönetimi

Dünyada sağlık ve termal turizmdeki gelişmelere paralel olarak çok sayıda tesis açılmaktadır. Mevcut tesislerde de köklü değişikliklere gidilmekte ve bu düzenlemeler sadece hızla artan yaşlı nüfus için değil, aynı zamanda tedavi olmak ya da tıp teknolojisinin getirdiği yeniliklerden faydalanmak isteyen genel nüfusa da hitap etmektedir. Termal turizm genel olarak rehabilitasyon hizmetlerini kapsar iken hastane ve sağlık tesisleri medikal turizme hizmet etmektedir(Altın,2012:158).

Sağlık hizmetleri, toplumla çok yakın iletişim içinde yürütülen çok özel bir çalışma alanıdır. Sağlık çalışanları, her yaş grubu ve cinsiyette tüm topluma, hastalık, yaşlanma ya da başka durumlar nedeni ile kendi kendine bakma gücünü yitiren, genellikle sıkıntı içinde, ihtimam ve bakıma muhtaç kimselere hizmet verirler(Pınar,2013:315). Bununla birlikte ulusal sağlık sistemi içerisindeki birçok sorunun örgütsel olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin daha nitelikli bir şekilde icra edilebilmesi, etkinliğin verimliliğin üst düzeyde tutulabilmesi; ancak iyi işleyen örgütsel yapıya sahip olmasına bağlıdır. Örgüt yapısı içerisinde yeterli iletişim olanakları bulunmuyor ise örgüt yapısını oluşturan iş görenler arasında kopukluklar yaşanacaktır. Yaşanan bu sorun nedeniyle örgüt üyelerinin örgüt kültürü etrafında toplamak mümkün olmayacaktır(Örücü,2012:2).21.yüzyılın ikinci yarısından bu yana sağlık hizmeti veren organizasyonların yönetimi önemli bir çalışma alanı haline gelmiştir. Sağlık hizmeti veren örgütlerin tıbbi kuruluş oldukları kadar ekonomik ve sosyal amacı olan örgütler de oldukları anlayışının gelişimi ile birlikte profesyonel yönetim eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmeleri bir zorunluluk halini almıştır (Çınaroğlu,2012:81).

1.4. Koçluk Yaklaşımı ve Özellikleri

Koçluk yaklaşımı antik yunan dönemine kadar uzanan köklü bir geçmişe sahip bir kavramdır. Yalnız koçluk kavramının aktif olarak kullanılması son birkaç yüzyıla dayanmaktadır. İlk nesil koçlar diğerlerine nasihatte bulunan ve onları yönlendiren uzman kişiler olarak görülmüştür. İkinci nesil koçlar, literatürde oldukça yoğun bir şekilde incelenmiş olan spor koçlarıdır. Üçüncü nesil koçlar ise gelişmeye yönelik koçlardır. Bununla birlikte koçluk kavramı 20.yüzyılda spor ve performans alanında geniş bir şekilde kullanılırken 21.yüzyılda ise dinamik ve genişleyen iş alanında ve toplumsal faaliyetler alanında çok geniş bir şekilde kullanılmaktadır(Pınar,2013:123).

Koçluk kavramı kelime olarak; “yetiştirmek” anlamında kullanılmakta olup daha çok sonucunda beceri öğrenmesinin amaçlandığı eğitimlerde bir eğitim tekniği olarak kullanılmaktadır(Aslan,2013:38). Koç ise; yasal süreçler, kalite normları ve hizmet prosedürleri çerçevesinde; koçluk süreçlerinin iş organizasyonu ve süreç başlatma faaliyetlerini gerçekleştiren, koçluk sürecini yürüten ve bireysel mesleki gelişimini sağlayan nitelikli kişidir şeklinde ifade edilebilmektedir(MYK,2012:5).Koçluk sürecinde önemli olan koç ile danışan arasındaki güven olgusudur. Koçluk yardımı ile kişiye motive olma konusunda içsel ve dışsal destek sağlanabilmektedir. Belirli sınırlar içerisinde koç, danışanın hayatına müdahale edebilmektedir. Müdahalelerin dozunun ayarlanamaması danışanın koçluk sürecinden beklenenden önce ayrılmasına neden olabilmektedir(Ahn,2012:2).

Koçluk yaklaşımı ile başarının maksimize edilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle detayların incelenmesi önem arz etmektedir. Ayrıca yüz yüze koçluk faaliyeti ile başarı elde

edilebildiği gibi e-koçluk sistemi ile başarı elde edilebilmektedir. Özellikle zaman ve ulaşım sıkıntısının yaşandığı durumlarda e-koçluk kolaylık sağlamaktadır. Bu şekilde iş hayatının yoğunluğundan koçluk desteğine de imkân sağlanmış olmaktadır. Bu şekilde geleneksel koçluk kavramının yaygınlaşması da kolaylaşmaktadır(Hong,2014:120).

1.4.1. Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Koçluk Yaklaşımı

Sağlık kurumlarının sunduğu hizmetin özelliği nedeniyle, problemler ve doğurduğu sonuçlar sistemin diğer tarafları kadar yöneticileri de etkilemektedir. Sağlık kurumlarında çalışan her düzeydeki yöneticiler, sürekli yoğun ve karmaşık problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle tüm yöneticiler için başarı ölçütlerinin en önemlilerinden birisi olan problem çözme becerisi ve çalışanlarına koçluk yapabilme becerisi, sağlık sektöründe daha da önemli hale gelmektedir(Ulusoy,2014:2).

Sağlık turizminde dünya ülkeleri ve işletmeleri ile rekabet edebilme ve geliştirilen yeni yöntemlerle değişimi yakalayabilecek ve yönetim bilgilerini sürekli geliştirebilecek ve aynı zamanda bu hizmetlere koçluk edebilecek kişilerin önemi büyüktür. Sağlık hizmetlerinde koçluk becerisi, yenilikleri takip edebilme vemevcut durumlara adapte olabilme açısından büyük önem taşımaktadır. Budurumda sağlık çalışanlarının kaliteli sağlık hizmeti üretebilme ve verimli çalışabilmeleri için yenilikçi, bilgiye önem veren işbirlikçi, kolektif çalışan, iyi iletişim kurabilen, otoriteyi astlarına dağıtan ve onların kendisine güvenmesini sağlayabilecek yöneticilere ihtiyaç duyulmaktadır(Uysal,2012:26).

1.4.2. Koçluk Yaklaşımının Özellikleri ve Önemi

Koçluk yaklaşımı, belli bir gruba, belli bir hedef için özel ders, konferans, seminer vererek eğitim verme ve geliştirme özelliği taşımaktadır. Ayrıca koçluk yaklaşımı kişi öğreninceye kadar devam eden bir süreçtir. Koç, yöneticilerin yönetsel yeteneklerini iyileştirmek ve onların bireysel zayıflıklarını güçlendirmek için görevlendirilen örgüt içi dışı danışman niteliği taşımaktadır(Tunçer,2012:213).Koçluk yaklaşımı iş hayatında uygulanmaya başlandıktan sonra birçok model geliştirilmiştir. Geliştirilen koçluk modellerinin ortak bazı yönleri bulunmaktadır. Bunlar(Abiddin,2012:103);Güvene dayalı bir iletişim ortamının kurulması, beklenti ve hedeflerin ortak olması ile güçlü soru sorma ve sorgulamanın olması şeklindedir. Sağlık turizminde hizmet veren işletmelerde koçluk yaklaşımı uygulanırken bu özelliklerin dikkate alınması büyük önem arz etmektedir.

Koçluk mesleği için akredite (uygunluk değerlendirme) veren uluslararası üç kurum bulunmaktadır. Bu kurumlar İCF(İnternational Coach Federation), IAC(İnternational Association of Coaching) ve AC(Association for Coaching) dır(Unitas,2013:10). Ayrıca değişen iş dünyası ve gelişen teknolojiler koçluk yaklaşımını da yakından etkilemektedir. Bu değişim ve gelişim beraberinde “Elektronik-Koçluk (e-koçluk)” kavramını gündeme getirmektedir. E-koçluk sistemi, kişilerin kendilerini geliştirmesi için tasarlanan bir sistemdir. E-koçluk sistemi her geçen gün geniş kolaylık yelpazesi sunmaktadır(Kalis,2013:1).Kişileştirilmiş e-koçluk sistemi ile koçluk ikna edici, geribildirim sağlayan gerçek zamanlı kullanma olanağı sunan, yüksek katılım olanağına imkân sunan bir hal alabilmektedir(Kulyk,2014:215).Ayrıca kurumsal koçluk ile geleceğin lider adaylarına kurum içinde birebir koçluk ve grup koçluğu hizmetleri sağlanabilmektedir. Koçluk yaklaşımını yaygınlaştırmak üzere, Topluluk şirketlerinde kurum içi koçlar yetiştirilmektedir. Kurum içi koçlar, farklı şirketlerdeki çalışanlara birebir koçluk yaparak onların gelişim süreçlerine katkı sağlamaktadır(Koç,2014:19).

1.4.3. Koçluk Yaklaşımında Kullanılan Araçlar

Koçluk yaklaşımı uygulanırken kurum içi ve kurum dışı koçların kullanmış olduğu bazı koçluk araçları bulunmaktadır. Başlıca koçluk araçları şunlardır (Kara,2012:252);

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Piramidi: ABD'li psikolog Abraham Maslow tarafından 1943 yılında yayınlanmış olan kişinin ihtiyaçlarını bir piramit ile açıklamaya çalışan yaklaşımdır. Yukarıdan aşağıya doğru ihtiyaçların sıralaması; kendini gerçekleştirme gereksinimi, saygınlık gereksinimi, aidiyet duygusu, güvenlik gereksinimi ve fizyolojik gereksinimler olarak sıralanmaktadır.

Yaşam Çarkı; Kişilerin bazı önceliklerini sıraya koymasına ve yaşantısına daha yakından bakmasına imkân sağlayan bir koçluk aracıdır.

SWOHP Analizi: SWOHP kelimesi İngilizcedeki bazı kelimelerin baş harflerinden oluşan koçluk aracıdır. Bu kelimeler; Strengths(Kuvvetli Yönler), Weaknesses(Zayıf Yönler), Order(Sıra), How (Nasıl) ve Protection(Korunma Yolları)'dir. SWOHP bireyin kendini tanıma esasıyla; olumlu-olumsuz yanlarını göstermeye, olumsuz tarafın nasıl olumlu tarafa çevirebileceğine ve bu değişen özellikleri nasıl koruyabileceğini sorgulamaya teşvik eden bir tekniktir.

Beyin Fırtınası: Ekip içerisinde yer alan bireylerin ürettiği fikirler ile eski, etkisiz ve önemini kaybetmiş fikirlerden kurtulmayı sağlayan koçluk aracıdır. Bu serbest çalışan mekanizma problemlere, görünüşte basit ancak uygulamada orijinal ve etkili çözümler bulunmasını sağlar.

GROW Modeli: GROW (Goal, Reality, Options, Way) modeli en önemli koçluk araçlarından birisidir. Graham Alexander, Alan Fine ve Sir. John Whitmore tarafından İngiltere'de geliştirilmiş ve 1980'lerin sonunda koçluk hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır. GROW kelimesinin açılımında Hedef, Gerçeklik, Engeller-Seçenekler ve irade kavramları yer almaktadır. GROW modeli en genel anlamıyla bireyin olmak istediği yer ile bulunduğu yer arasındaki engelleri irade göstererek aşmayı amaçlamaktadır.

2.Sağlık Turizmi Yönetiminde Uygulanabilir Koçluk Modeli

Sağlık turizminde faaliyet gösteren işletmeler için öngörülen koçluk modeli beş alt koçluk sisteminin birleşiminden meydana gelen bütünlüklü kurum içi koçluk sistemine dayanmaktadır. Bu alt koçluk sistemlerinin iki tanesi sadece çalışanlara, iki tanesi sadece yöneticilere ve bir tanesi de hem çalışanlara hem de yöneticilere uygulanacak şekilde planlanmıştır. Bu koçluk türleri; üst yönetim koçluğu, takım koçluğu, yaşam koçluğu, kariyer koçluğu, performans koçluğu ve yaşam koçluğudur.



Şekil 1: Koçluk Modelini Oluşturan Alt Koçluk Türleri

Sağlık turizmi işletmeleri için geliştirilen koçluk modeli belirli bir sıra ve iş akışına göre gerçekleşmektedir. Koçluk modelinin işleyiş şekli aşağıdaki gösterilen aşamalardan meydana gelmektedir.

2.1. Yöneticiler İçin Koçluk Uygulamaları

Sağlık turizminde hizmet veren kurumsal işletmelerinin organizasyon şeması içerisinde üst düzey yöneticiler, orta düzey yöneticiler ve çalışanlar yer almaktadır. Bu nedenle geliştirilen koçluk modeli çerçevesinde yöneticilere uygulanacak koçluk yaklaşımı ile çalışanlara uygulanacak koçluk yaklaşımı farklı özellikler taşımaktadır.

Yöneticilere uygulanacak koçluk modeli için, yöneticiler kurum dışı koçluk eğitimi ile kariyer koçluğu, performans koçluğu, takım koçluğu, üst yönetim koçluğu ve yaşam koçluğu konusunda bir eğitime tabi tutulması gerekmektedir. Günümüzde bu konuda uzman, koçluk konusunda eğitim veren kuruluşlar bulunmaktadır. İstendiği takdirde işletme bünyesinde bir salonda, istenirse eğitim kuruluşlarının kendi eğitim salonlarında bu eğitimler verilmektedir. Koçluk eğitimi alan koçlar arasında bir koç yönetici (Genel Müd. ya da Genel Müd. Yrd) “Usta Koç”ya da “Baş Koç” gibi unvan ile koçluk sürecinin en üstündeki yönetici konumunda olması gerekmektedir. Diğer yönetici koçlar ise “Master Koç” diye nitelendirdiğimiz koça bağlı şekilde faaliyet göstermektedir. Master Koç, koçluk süreciyle sorumlu olduğu gibi “Mid-Level(orta seviye) Koçlara”, koçluk yapmakla da görevlidir.

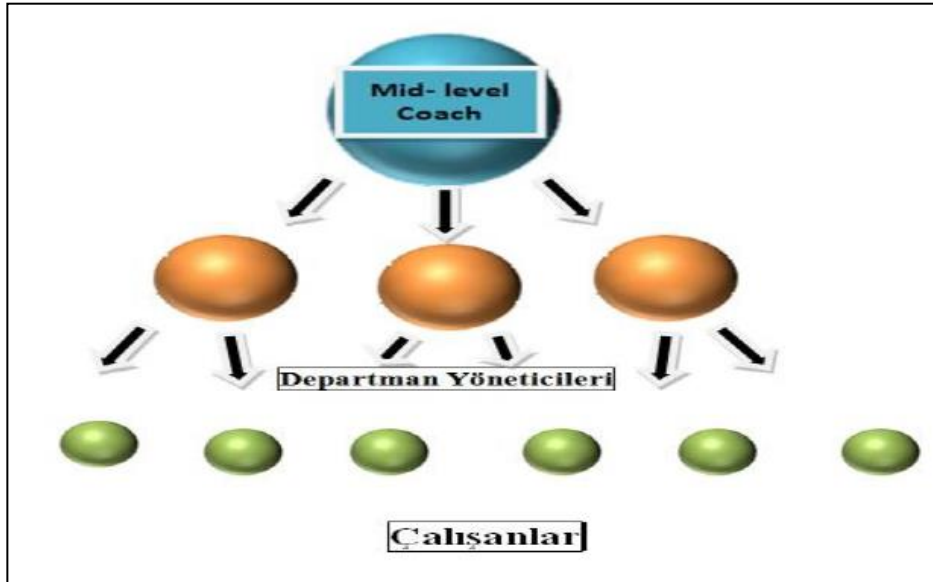


Şekil 2: Sağlık Turizmi İşletmelerinde Yönetim Kademesindeki Koçluk Hiyerarşisi

2.2 Çalışanlar İçin Koçluk Uygulamaları

Yapılan birçok araştırma göstermiştir ki turizm işletmelerinde tükenmişlik sendromu, iş tatminsizliği ve örgüte bağlılık konusunda sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu noktada

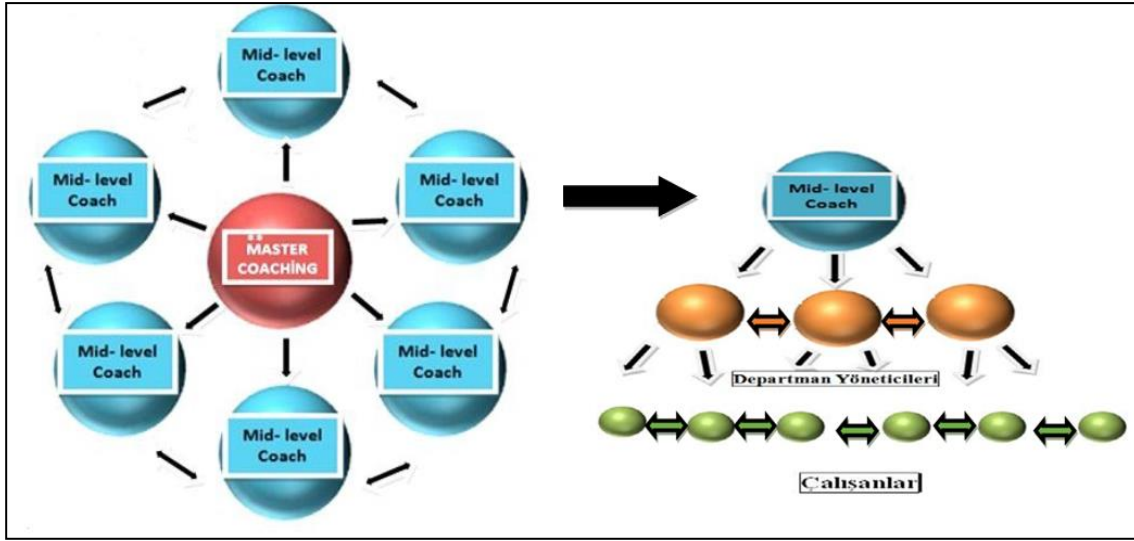
çalışanlara uygulanacak olan koçluk sistemi önemini daha da artırmaktadır. Geliştirilen model gereği çalışanlara; kariyer koçluğu ve performans koçluğu uygulanması ön görülmektedir. Çalışanlara koçluk uygulamalarını Mid-Level koç olarak adlandırılan orta düzey yöneticileri tarafından yapılması düşünülmektedir. Bunun önemli nedenleri arasında Master koçların iş yükünü azaltmak ve orta düzey yöneticiler ile çalışanlar arasındaki olumlu ilişkiden faydalanmaktır.



Şekil 3: Sağlık Turizmi İşletmelerinde Çalışanlara Uygulanacak Koçluk Modeli Hiyerarşisi

2.3. Hem Yöneticiler Hem de Çalışanlar İçin Koçluk Uygulamaları

Yaşam koçluğu turizm işletmelerinde uygulanırken şu yöntem dikkate alınır. Yöneticilere yaşam koçluğunu Master Coaching yapabileceği gibi, diğer bölüm yöneticileri de akran koçluğu şeklinde koçluk yapabilirler. Çalışanlara yaşam koçluğu ise bölüm yöneticileri tarafından yani Mid-Level coach tarafından uygulanmalıdır. Yaşam koçluğu sayesinde bireyler iş ve özel hayat dengesini kurabilecek ve daha mutlu, daha verimli bireyler olabileceklerdir.



Şekil 4: Sağlık Turizmi İşletmelerinde Yaşam Koçluğu Hiyerarşisi

Bünyelerinde koçluk hizmetini barındıran kurumlarda olumlu yönde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu farklılıklar kurumu rekabet ortamında bir adım öne geçirmektedir. Koçluk yaklaşımı; Çalışanlara bir “Yol Haritası” belirleme konusunda hedefleri ve bu hedefleri gerçekleştirme, ekip ruhunun oluşturulması, çalışanların kendilerini yakından tanıması, sağlıklı iletişim ortamının oluşması gibi konularda işletme ve çalışanlara fayda sağlamaktadır(Baltaş,2011:8).

2.4.Koçluk Uygulamalarının Takip ve Kontrolü

Kurumsal işletmelerde uygulanan koçluk faaliyetlerinin belirli periyotlar dahilinde takip edilmesi, gözden geçirilmesi, geri dönüş yapılması ve arşivlemenin yapılması gerekmektedir. Koçluk uygulamalarında takip ve kontroller kısa vadeli, orta vadeli ve uzun vadeli olarak yapılması önerilmektedir. Kontroller için üç ayrı periyot önerilmektedir. Kısa vadeli kontrol kapsamında ayda 1 defa, orta vadeli kontrol kapsamında 6 aylık periyotlar ve uzun vadeli kontrol kapsamında yılda 1 defa kontrol edilmesi öngörülmektedir. Koçluk sürecinin işleyişinin takibi ve kontrolü sonuçları üst yönetime düzenli olarak rapor edilmeli ve bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca koçluk modelinin uygulanması ile çalışan ve yöneticilerin performanslarındaki değişimler gözlem ve denetim halinde tutulmalı kişilere geri bildirimde bulunulmalıdır.

Uzayan insan ömrü ile sağlık harcamalarındaki muazzam artış sonucu, sosyal güvenlik sistemlerinin yetersiz kalışı günümüz gerçeklerindedir. Bu gerçek sağlık boyutu itibarı ile sağlık turizmi pazarını ortaya çıkarmıştır. 2012 yılında sağlık turizminde dolaşan para miktarı 100 milyar dolardır(Yereli,2012:356). Böyle büyük bir pazarda rekabet etmekte olan sağlık turizmi işletmelerinin koçluk yaklaşımı gibi yeni yönetim yaklaşımlarını benimsemeleri yararlı olacaktır. Ayrıca koçluk becerileri vekoç yöneticilik önümüzdeki 10 yıl içinde yöneticilerden beklenen bir standart haline geleceği öngörülmektedir. Zaman yönetebilmek, bütçe yönetebilmek nasıl ki temel bir beklenti ise ekibini yönetirken de koçluk yapabilmek temel beklentiler arasında olacağı düşünülmektedir(Tiryaki,2014:14).

Koçluk sisteminin sağlık turizmi işletmelerinde uygulanması hem yöneticilerin hem de çalışanların performanslarında artış meydana getireceği öngörülmektedir. Araştırma

kapsamında, sağlık turizmi işletmeleri için uygulanabilir bir koçluk modeli sunulmuştur. Ülkemizde genel olarak yurt dışından alınan koçluk modeli birebir olarak uygulanmaya çalışılmaktadır. Bu durumda koçluk modeli kurum kültürü ve ülkelerin çalışma tipleri açısından farklılık arz ettiğinden dolayı başarılı olarak uygulanılmamaktadır. Hazırlanmış olan koçluk modeli bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Koçluk modeli dâhilinde, yönetici koçları yetiştirilmesi için İCF kurumuna üye olan, koçluk eğitimi veren eğitim merkezlerinden destek alınabilmektedir. Ayrıca koçluğa dair eğitim modellerinin gelişmesi ve lisansüstü programlarının açılmasıyla birlikte koçluk yaklaşımının akademik tarafının daha da güçleneceği öngörülmektedir(Tiryaki,2014:7).

3.Sonuç ve Öneriler

Sağlık turizminin gelişmesi ve sağlık turizmine hizmet veren işletmelerin daha kurumsal bir kimliğe kavuşması, yönetim yaklaşımları adına koçluk gibi güncel bir yönetim yaklaşımının benimsenmesi her geçen gün daha da etkili ve önemli bir hal almaktadır. Sağlık turizmi pazarındaki büyük rekabet ortamında var olabilmek için, koçluk yaklaşımından yararlanmak oldukça etkili olacaktır. Koçluk yaklaşımının benimsenmesi ile turizm işletmesi çalışanlarının; tükenmişlik sendromlarının azalması, performanslarında artış meydana gelmesi, personel devir oranının azalması ve öğrenen organizasyon kapsamında kişilerde kurumsal bağlılık gibi pozitif yönde değişimlere rastlanmaktadır. Bu gelişmeler sayesinde sağlık turizmine katılan turistlerde memnun olmaları ve memnun şekilde ülkelerine dönme imkânı sağlamaktadır. Sağlık turizmi katılan kişilerin iletişim konusundaki hassasiyetlerine aynı şekilde hassas bir iletişim algısı ile çalışanların cevap verebilmesi koçluk yaklaşımının sağlık turizmine hizmet veren işletmelerin benimsenmesi ile gerçekleşebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde yönetici pozisyonlarında bulunan kişilerin koçluk becerisi, dünyada meydana gelen değişmelerin takip edilmesi ve mevcut yeniliklere adapte olabilmek açısından büyük önem taşımaktadır. Koçluk yaklaşımı sahip olduğu eğitici ve geliştirici özelliği ile sağlık turizmine hizmet veren işletme yöneticilerinin liderlik özelliklerinin ortaya çıkarılmasında oldukça etkilidir. Geliştirilen koçluk modeli ile işletme içerisinde sağlıklı iletişimin artması ve dedikodu gibi bilgi kirliliğinin önüne geçilebilmektedir. Koçluk yaklaşımındaki geribildirim sayesinde, sağlık turizmi çalışanlarının kendilerini tanımalarına imkân vermektedir. Ayrıca, teknolojiden yararlanılarak geliştirilen e-koçluk sistemi ile hem yöneticilerin hem de çalışanların zaman kazanması anlamında oldukça etkilidir.

Kaynaklar

1. ABİDDİN, NorhasniZainal, İSMAİL, Affero (2012), BuildingExcellentWorkforcethroughEffective Coaching for Coachees’ Development, International Journal of Education, Vol. 4, No. 1, Ss.101-112
2. AHN, Rene, FİTRİANİE, Siska ve LANCEE, Jaap (2014), ModelingInteraction in Automated E-Coaching, The Sixth International Conference on Advanced Cognitive Technologies and Applications, Ss.340-347
3. ALTIN, Ufuk, BEKTAŞ, Gülfer, ANTEP, Zehra, İRBAN, Arzu (2012), Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hastalar İçin Türkiye Pazarı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 3 • Sayı: 3, Ss.157-164
4. ASLAN, Dilek, ODABAŞI, Orhan (2013), Tıp Eğitiminde “Mentorluk” ve “Rol Modelliği” Kavramı, Tıp Eğitimi Dünyası, Sayı:38, Ss.43-50
5. AYDIN, Oğuz (2012), Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt:14 (23): Ss.91-96
6. BALTAŞ, Zuhul (2011), Kurum İçi Koçluk, Remzi Kitapevi, İstanbul
7. BARCA, Mehmet, AKDEVE, Erdal, GEDİK BALAY, İklim (2013), Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri, İşletme Araştırmaları Dergisi, Cilt:5/3, Ss.64-92
8. ÇINAROĞLU, Pınar (2012), Yönetim Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar ve Hastanelerde Profesyonel Yönetici İhtiyacı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:15, Sayı:1, Ss.79-110
9. ÇİÇEK, Recep, AVDEREN, Selçuk (2013), Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Sayı: 15 (25): Ss.25-35
10. DİKİLİ, Ali (2012), Döviz Kazandırıcı Hizmetler, 2. Dünya Ticaret Müşavirliği Konferansı, Ankara
11. HONG, Misun, PARK, JungHwan, CHO, Jungwon ve LEW KyoungHoon,(2014), ADIR Smart Coaching System, International Journal of Multimedia and Ubiquitous Engineering, Vol.9, No.1, Ss.111-122
12. İKA (İstanbul Kalkınma Ajansı), (2012), *Sağlık Turizmi: İstanbul’a Yönelik Bir Değerlendirme*, İstanbul Kalkınma Ajansı Yayınları-DFD-6, İstanbul
13. İTO (İstanbul Ticaret Odası),(2011), *Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul
14. İZADİ, Morteza, SAADAT, Sayed Hasan, AYOUBIAN, Ali, DEHABGİ, Zehra Hashemi, KARBASI, Mohammad Reza, JALALI, Ali Reza (2013), Health Tourism in Iran; Identifying Obstacles for Development of This Industry, International Journal of Travel Medicine & Global Health, Volume 1, Issue 2, Ss. 89-94
15. KAOPHORST, Bart, KALİS, Annemarie (2014), Why Option Generation Matters For The Design Of Autonomous E-Coaching Systems, AI&Soc Springer, 10.1007/s00146-013-0532-5, Ss.1-12

- 16.KARA, Erkan (2012), Liderlik ve Koçluk Yaklaşımlarının Yöneticiler Üzerindeki Etkisi: Otel İşletmelerinde Bir Araştırma, İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- 17.KKA(Karacadağ Kalkınma Ajansı),(2013), *Diyarbakır Sağlık Turizmi Çatıştayı Raporu*, Karacadağ Kalkınma Ajansı Yayınları, Diyarbakır
- 18.Koç Holding (2013), *Koç Topluluğu Kurumsal Sosyal Sorumluluk Raporu 2013*, Koç Holding Kurumsal İletişim ve Dış İlişkiler Direktörlüğü, İstanbul
- 19.KULYK, Olga, AKKER, RicksOpden, KLAASSEN, Randa,PIJNET,Lisette Van Gemert (2014), Let us Get Real! An Integrated Approach for Virtual Coaching and Real-time Activity Monitoring in LifestyleChangeSupportSystems, The Sixth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, 978-1-61208-327-8, Ss.210-216
- 20.MARTYNOV, AlexeyVladimirovich, PRILUKOV, MaximDmitrievich (2014), TransplantTourism in the Modern Public Health System, World Journal of Medical Sciences Volume:11 (1): Ss.107-110
- 21.MAUNG, NayLynnYin, WALSH, John (2014), Decision Factors in MedicalTourism: EvidencefromBurmeseVisitors to a Hospital in Bangkok, Journal of Economics and Behavioral Studies, Vol. 6, No. 2, Ss. 84-94
- 22.MÉNDEZ-LÁZARO, Pablo, TERRASA-SOLER, Jose J, TORRES-PEÑA, Christian, GUZMÁN-GONZÁLEZ, Paula, RODRÍGUEZ, Sulaine, ALEMÁN, Mariangely, SEGUINOT, Tatiana (2014), Tourism And ClimateConditions In San Juan, PuertoRico, 2000-2010, Ecology and Society, Volume:19(2): 11,Ss.1-7
- 23.MERT, Gülsüm (2013), Sağlık Turizmi ve Uygulanabilirliği, International Anatolia Academic Online Journal-Social Science,Cilt:1(1), Ss.103-126
- 24.MİSHRA, Shweta (2014), Prospects in MedicalTourism – India, Journal of Tourism: A ContemporaryPerspective, Vol 1(1),Ss. 13–17,
- 25.MYK(Mesleki Yeterlilik Kurumu), (2012), *Koç Seviye 6*, MYK Yayınları, Ankara
- 26.ÖRÜCÜ, Edip, KILIÇ,Recep, YILDIZ,Harun,YILDIZ,Bora (2012), Biçimsel Örgüt Yapısının Örgütsel İletişime Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Akademik Bakış Dergisi,Sayı:32, Ss.1-20
- 27.ÖZER, Özlem, SONGUR,Cuma (2012), Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,Yıl: 4 Sayı: 7 , Ss,68-81
- 28.ÖZSARI, Salih Haluk ve KARATANA, Özlem,(2013), Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu, J Kartal TR, 24(2): , Ss.136-144
- 29.PINAR, Ali Haluk (2013), Mintzberg'in Yönetim Yaklaşımı Açısından İlköğretim Sınıf Öğretmenlerinin Koçluk ve Mentorluk Yetkinlikleri İle Öğrencilerin Sınav Başarı Puanları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 22, Sayı1, 2013, Ss.121-138
- 30.PINAR, Tefik, PINAR, Gül (2013), Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet, TAF PreventiveMedicineBulletin, Sayı:12(3), Ss.315-326

- 31.PURANDARE, Nikita (2014), HealthTourism – Global Positioning Of India, Sai Om urnal of Commerce &Management A Peer ReviewedNational Journal, Volume 1, Issue 6,Ss.7-18
- 32.Sağlık Bakanlığı,(2012), *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara
- 33.Sağlık Bakanlığı,(2013), *Türkiye’de Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*, Sağlık Bakanlığı Yayınları-5504, Ankara
- 34.SELVİ, Mustafa Selim, GÜNEY, Mustafa, IŞIK, Hayriye (2014), Özel Hastanelerde İşletmecilik Sorunları: Tekirdağ/ Suleymanpaşa Merkez İlçesinde Bir Örnek Olay İncelemesi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Metinleri Dergisi, No:03,Ss.1-27
- 35.TAŞLIYAN, Mustafa ve ARI, Nazmiye Ülkü (2012), Bölgesel Kalkınma Potansiyelinin Harekete Geçirilmesinde Sağlık Sektörünün Yeri Üzerine Bir Araştırma, 2. Bölgesel Sorunlar Ve Türkiye Sempozyumu, Ss.411-418
- 36.TİRYAKİ, Timur (2014), Koçluk Okulu, Optimist Kitapevi, İstanbul
- 37.TUNÇER, Polat (2012), Değişen İnsan Kaynakları Yönetimi Anlayışında Kariyer Yönetimi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 31(1), Ss.203-233
- 38.ULUSOY, Hatice, TOSUN, Nurperihan, AYDIN, Jebağı Canberk (2014), Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri, Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, Sayı:1,Cilt:1, Ss.1-8
- 39.YERELİ, Ahmet Burçin ve KARA, Tuncay(2012), Türk Devletlerinin Yeni Hamle Sahası: Sağlık Turizmi, International Conference on EurasianEconomies, Session 4C, Ss.351-359

**ÖZEL BİR HASTANENİN ESWL ÜNİTESİNİN BİR SEANS HİZMET
BEDELİNİN DEĞİŞKEN MALİYETİNİN HESAPLANMASI
(EDREMİT İLÇESİ ÖRNEĞİ)**

Seçkin Berk ÇAKIR*

A. Çetin YİĞİT**

Şeniz HASDİL***

Meltem KAPLAN****

İ. Ceyhun BAYRAKTAROĞLU*****

ÖZET

Değişken maliyet sistemi daha çok kısa vade de stratejik hükümlerin verilmesinde önemli üstünlükler sağlamaktadır. Bununla birlikte sistem sabit giderlere oranla değişken giderleri çok olan kurumlarda daha kazanımlı neticeler vermektedir. Değişken maliyet sisteminden erişilen bilgiler yalnızca, yönetim gereksinimlerini karşılamakla kalmayıp, kurum yönetiminin amaçlarını başka düzenlemeler ile muhasebe arasındaki ilişkileri sağlamlaştırmak yönünden de önem duymaktadır.

Bu araştırma bir ESWL ünitesinin taş kırma tedavisinde bir hasta için harcanan değişken birim maliyet hesabının analizi amacı ile yapılmıştır.

Yapılan araştırma sonucunda; ESWL ünitesinde bir hastaya yapılan taş kırma işlemi sonucunda birim değişken maliyetinin bir seans ücretinin 45,50 TL olarak bulunmuştur. Bu maliyetler sırasıyla; 16,61 TL. (% 36,51) değişken ilk madde ve malzeme giderleri, 25,32 TL. (%55,65) değişken işçilik giderleri, 3,57 TL. (% 7,84) değişken genel üretim giderleri olmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu ESWL işlemi için Sağlık Uygulama Tebliği(SUT) fiyatlandırmasında üç seans halinde ödeme yapmaktadır. Bu ödemeler, ilk seansta 194,40 TL, ikinci seansta 145,80 TL ve üçüncü seansta 97,20 TL olarak belirlemiştir.

Anahtar Kelimeler:Değişken Maliyet, Tam Maliyet, Sabit Giderler, Değişken Maliyet Sistemi, ESWL Ünitesi

*Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi e-mail: s.berk.cakir@hotmail.com.tr

** Yrd. Doç. Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,, e-mail: cyigit2002@yahoo.com

*** Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi, e-mail: snzhsdl@gmail.com

**** Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi, e-mail: mltmmkpln@gmail.com

***** Lefke Avrupa Üniversitesi, SYO Sağlık Yönetimi, e-mail: i-ceyhun-bayraktarolu1@hotmail.com

1. Giriş

Değişken maliyet yöntemi şu şekilde ifade edilebilir: mamul maliyetleri şeklinde yalnızca, faaliyet hacminde meydana gelen değişmeler doğrultusunda değişme sergileyen üretim maliyetlerini yitiren ve raporlayan bir teknik olmaktadır. (Üstün, 1999: 181)

Hatalı bir isimlendirme olmakla beraber literatürde bazı eserlerde "direkt maliyet yöntemi" ismiyle de bahsi geçen bu teknikte sabit genel üretim giderleri, aynı şekilde pazarlama, satış ve dağıtım giderleri, araştırma ve geliştirme giderleri, genel yönetim giderleri ve finansman giderleri vb. bir dönem gideri şeklinde görülmektedir (Büyükmirza, 2006: 507).

Değişken maliyet sistemi, genel olarak maliyetlerin sabit ve değişken şeklinde iki bölüme ayrılması dolayısıyla, tam maliyetlemenin eksiklerinden saklanmayı hedeflemektedir. Böylece kar planlaması, faaliyet neticelerinin analizi, üretim planlaması vb. alınan kararlarda çok daha uygun maliyet olanaklarının kazanılması olası olmaktadır. Değişken maliyet sistemi bilhassa maliyetler satışlar ve kar arasındaki bağlantıları uygun bir biçimde ifade etmektedir. (Küçüksavaş, 1992: 48)

Değişken maliyet sisteminin sahip olduğu kimi özellikleri şu şekilde ifade edilebilir (Yükçü, 1999: 821-822):

* Maliyet ve giderlerin tamamı, satış ve üretim hacmi ile olan bağıntılarında değişken ve sabit şeklinde sınıflanırlar. Yapılan bu ayırım, üretim maliyetinin yanında, ar-ge, pazarlama, satış ve dağıtım ve genel yönetim harcamaları vb. tüm faaliyetler harcamalarına da uygulanabilir.

* Değişken maliyet sistemi uygulaması konusunda verimlilik elde edilebilmesi açısından, kendi niteliklerini saptayacak kayıt ve raporlama sistemin meydana getirilmesi zorunlu olmaktadır. Bu raporlama sistemi kapsamında genel üretim harcamaları ile faaliyet giderlerinin hem sabit hem de değişken kısımlara bölünmesini gerçekleştirecek bir düzenin oluşturulması gerekmektedir

* Firmaların kara elde edebilmesi açısından ne kadar satış gerçekleştirmesi konusu veya hedeflenen kara erişmek amacıyla gereken satış seviyesi vb. hesaplamalara destek sağlayabilmektedir.

* Farklı üretim etkenlerinin satın alma, kiralama veya işletme kapsamında üretilmesi konusuna dair alınacak kararlarda destekçidir. Bu seçenekli kararlar firma karını yükseltici özellikte bulunmalıdır.

* Fiyatlandırma kararları konusunda destek olmaktadır.

* Rekabet piyasasında, ihale ve eksiltmelerde minimum fiyat seviyesinin tespit edilmesine destek sağlar.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmada Özel Edremit Körfez Hastanesinin ESWL ünitesinde Bir Seans Hizmet Bedelinin Değişken Maliyetinin Hesaplanması amaçlanmıştır. Bu araştırma sonucunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

- *Direkt ilk madde ve malzeme giderleri ne kadardır?
- * Direkt işçilik giderleri ne kadardır?
- * Değişken genel üretim giderleri ne kadardır?
- * Toplam bir seans hizmet bedelinin değişken maliyeti ne kadardır?

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada kullanılan veriler işlenirken hesap makinesi ve Excel ile çalışma yapılmıştır. Araştırmanın bulunduğu evrende aynı işlevi gören ünitelerin sayısına ulaşılammıştır. Araştırmada örneklem olarak ESWL ünitesine gelen hastalar, burada görev yapan personel ve ESWL ünitesindeki süreçler gözlemlenmiştir.

2.3. Verilerin Toplanması

Araştırma esnasında; görüşme, gözlem ve geriye yönelik belge inceleme yöntemi kullanılmıştır. Şirket sahibi ile ESWL işlemini gerçekleştiren personelle konu ile ilgili görüşülmüş ve bilgi alınmıştır.

3. Bulgular

Yapılan ESWL tedavi işlemi altı ana aşamadan oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla;

- * Hasta Kabulü,
- * Personelin Hazırlanması (Hekim, ESWL Teknikeri)
- *Hasta Muayenesinin Yapılması
- *ESWL Uygulanması,
- *ESWL Raporunun Hazırlanması,
- * Cihaz ve Kliniğin Yeni Hastaya Hazırlanması aşamalarıdır.

Yapılan ESWL Bir Seans hizmet bedelinin Değişken Maliyetini Hesaplama araştırması böbrek taşı tanısı koyulan bir hasta üzerinde yapılmıştır. Bu değişken maliyet giderlerine sabit maliyetler, genel giderler ve yıpranma payı gibi giderler eklenmemiştir. Değişken maliyet giderler, Hastaneler arasında yapılan uygulama ve kullanılan malzemelere göre değişiklik gösterebilir.

Bu araştırmada ESWL ünitesinde;

- *Üretim Giderleri
- * İşçilik Giderleri
- * Genel Üretim Giderleri hesaplanmıştır.

Direkt İlk Madde ve Malzeme Giderleri Analizi

Tablo - 1 incelendiğinde; bir hastanın ESWL tedavisinde direkt ilk madde ve malzeme giderleri 16,61 TL olarak bulunmuştur. Bulunan birim maliyette hasta kabulü 3,84 TL olarak

hesaplanmıştır. Hasta kabulünde 2 çift non-steril eldiven, 1 adet disposable önlük ve 15 ml. US jeli kullanılmıştır.

Tablo-1: Direkt İlk Madde ve Malzeme Giderleri Tablosu

S.NO	İŞ ADIMININ TANIMI	DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ				
		Cinsi	Kullanım			Gider Tutarı (TL)
			Miktarı	Cinsi	Bir. Fiy. (TL)	
1	Hastanın Kabulü	Non-steril Eldiven	2	çift	0,65	1,30
		Disposal Önlük	1	Ad.	1,20	1,20
		US Jel	15	ml.	0,089	1,34
2	Hekimin ve Teknikerin Hazırlanması	Sıvı Sabun	10	ml.	0,01	0,10
		Kâğıt Havlu	4	Parça	0,24	0,96
		Dezenfektan	10	ml.	0,01	0,10
3	İlk Muayenenin Yapılması					
4	ESWL Uygulanması	X-ışını tüpü	1	Ad.	7,20	7,20
		Elektrot	2	Ad.	0,85	1,70
		Su Yastığı	1	Ad.	0,50	0,50
5	ESWL Raporunun Yazılması.	A4 Kâğıt	1	Ad.	0,10	0,10
6	Birim Yeni Hasta İçin Hazırlanması	Temas Yüzeyi Dezenfektan	5	ml.	0,01	0,03
		Kâğıt Havlu	6	Parça	0,24	1,44
		Non-steril Eldiven	1	çift	0,65	0,65
DİREKT İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ TOPLAMI						16,61

Hekim ve Teknisyen hazırlanmasında direkt ilk madde ve malzeme giderleri 1,16 TL olarak bulunmuştur. Hekim ve Teknisyenin hazırlanmasında 10 ml. sıvı sabun 4 parça kâğıt havlu ve el dezenfektanı kullanılmıştır.

Hastaya ilk muayenenin yapılmasında herhangi bir direkt ilk madde ve malzeme gideri gözlenmemiştir.

Biyomedikal mühendisinin yaptığı açıklamalar sonucunda ESWL uygulanmasında direkt ilk madde ve gideri olarak ESWL cihazının X-ışını tüpünün yaklaşık değeri 36.000 TL olarak belirlenmiştir. X-ışını tüpünün 10 yılsonunda değiştirildiği yapılan görüşmeler sonunda belirlenmiştir. ESWL ünitesinin yıllık ortalama 500 hastaya hizmet verildiği öğrenilip X-ışını tüpü maliyeti hasta başına dağıtılıp maliyete eklenmiştir. ESWL cihazının 2 adet olan elektrot

parçalarının ortalama 60 hastada bir değiştirildiği saptanmıştır. Bundan dolayı maliyeti 100 TL olan elektrotların 60 hastaya dağıtımı yapılarak direkt ilk madde ve malzeme giderlerine eklenmiştir. Aynı şekilde ESWL cihazının diğer parçası olan su yastığının ortalama 100 hastada değiştiği belirlenmiştir. Bu duruma bağlı olarak maliyeti 50 TL olan balonun maliyet dağıtımına eklenip direkt ilk madde ve malzeme giderlerinin içine dâhil edilmiştir. ESWL uygulanmasında direkt ilk madde ve malzeme birim maliyet 9,50 TL olarak hesaplanmıştır.

ESWL raporunun yazılmasında 1 adet A4 kâğıt kullanımı gözlenmiştir ve bu gözlem sonucunda 0,10 TL direkt ilk madde ve malzeme gideri olarak maliyete ilave edilmiştir.

Birimin yeni hasta için hastaya hazırlanması 5 ml Temas Yüzeyi Dezenfektan 6 parça kâğıt havlu ve 1 çift non-steril eldiven kullanıldığı gözlemlenmiştir. Bu evrede direkt ilk madde ve malzeme gideri 2,12 TL olarak bulunmuştur.

Direkt İşçilik Giderleri Tablosunun Analizi ve Yorumu

Tablo - 2'ye bakıldığında; direkt işçilik giderleri birim maliyeti 25,32 TL olarak bulunmuştur. Bunun 16,82 TL si hekimin direkt işçilik giderleri, 8,50 TL ise ESWL teknikerin işçilik giderleri olarak hesaplanmıştır.

Tablo-2: Direkt İşçilik Giderleri Toplamı Tablosu

İŞ ADIMININ TANIMI	Üroloji Hekimi				Tekniker			
	Süre	Cinsi	Bir. Fiy.(TL)	G.Tutarı (TL)	Süre	Cinsi	Bir. Fiy.(TL)	G.Tutarı (TL)
Hastanın Kabulü	3	dk.	0,58	1,74	3	dk.	0,17	0,51
Hekimin ve Teknikerin Hazırlanması	6	dk	0,58	3,48	6	dk.	0,17	1,02
İlk Muayenenin Yapılması	3	dk	0,58	1,74				
ESWL Uygulanması	15	dk	0,58	19,14	33	dk.	0,17	5,61
ESWL Raporunun Yazılması	2	dk	0,58	1,16	3	dk.	0,17	0,51
Birimin Yeni Hasta İçin Hazırlanması					5	dk.	0,17	0,85
	TOPL.			16,82	TOPL.			8,50
	DİREKT İŞÇİLİK GİDERLERİ TOPLAMI							25,32

ESWL ünite doktorunun yapılan işlemlerde birincisi olan hastanın kabulünde hekimin 3 dakika, hekimin hazırlanmasında 6 dakika, hastaya ilk muayenenin yapılmasında 3 dakika, ESWL çekiminde 15 dakika ve raporun okunup imzalanmasında 2 dakika boyunca işlem yaptığı gözlenmiştir. Bu işlemler toplam hekimin 16,82 TL’lik direkt işçilik giderleri olarak hesaplanmıştır

ESWL ünite teknikerinin ise hastanın kabulünde 3 dakika, hazırlanmasında 6 dakika, ESWL çekiminde 33 dakika, raporun yazılmasında 3 dakika ve birimin yeni hasta için hazırlanmasında 5 dakika işlem yaptığı görülmüştür. Bu işlemler toplamda 8,50 TL’lik direkt işçilik giderleri olarak maliyet hesabına eklenmiştir. Gözlemlerde görüldüğü gibi hekim toplamda 29 dakika, tekniker ise 50 dakika boyunca ESWL ünitesinde işlem yaptığı gözlenmiştir.

Değişken Genel Üretim Giderleri Tablosunun Analizi

Tablo – 3 incelendiğinde; düşük seviyede giderlerin bu bölümde yapıldığı görülmektedir. Bu bölümde oluşan en yüksek giderin, ünite elektrik giderleri olduğu görülmektedir. Bu tabloda görüldüğü gibi ESWL işleminde 4000 cc su tüketimi ve 39 dakika boyunca ünite elektrik gideri olduğu gözlemlenmiştir

Tablo-3: Değişken Genel Üretim Giderleri Tablosu

DEĞİŞKEN GENEL ÜRETİM GİDERLERİ				
Cinsi	Kullanım			Gider Tutarı (TL)
	Miktarı	Cinsi	Bir. Fiy.(TL)	
Ünite elektrik Kullanımı (Hazırlık İçin)	6	dk.	0,061647	0,370
Su Tüketimi (Hazırlık için)	2.000	cc	0,000232	0,463
Ünite Elektrik Kullanımı (Cihaz için)	33	dk.	0,061647	2,034
Su Tüketimi (Cihaz için)	2.000	cc	0,000232	0,463
PC Elektrik Tüketimi	4	Dk.	0,000883	0,004
Su Tüketimi(Makine Temizliği İçin)	1.000	cc	0,000232	0,232
DEĞİŞKEN GENEL ÜRETİM GİDERLERİ TOPLAMI				3,57

Maliyet Analizleri Tablosunun Analizi

Tablo-4:Birim Maliyet Analizleri Tablosu

DEĞİŞKEN MALİYET ÖZETİ	TL	%
Değişken İlk Madde ve Malzeme Gideri	16,61	36,51
Değişken İşçilik Gideri	25,32	55,65
Değişken Genel Üretim Gideri	3,57	7,84
Toplam Değişken Maliyet Tutarı	45,50	100,00

Tablo – 4’e bakıldığında; analizi yapılan ESWL ünitesinde birim değişken maliyetinin bir seans ücretinin 45,50 TL olduğu görülmektedir. Bu maliyetler sırasıyla 16,61 TL (36,51) değişken ilk madde ve malzeme gideri, 25,32 (%55,65) değişken işçilik gideri, 3,57 TL (%7,84) değişken genel üretim giderleri olmuştur. Bu değişken maliyet giderleri Hastaneler arasında yapılan tedavi ve kullanılan malzemelere göre değişiklik göstermektedir.

4. Tartışma

ESWL işlemi yaklaşık 8mm. den büyük taşların kırılması için uygulanan bir yöntemdir. Yapılan bu araştırmada ilgili personelden bilgi alınmış, gerekli verilere ulaşılmış ve değerlendirmeler buna göre yapılmıştır. Bu uygulamalar ESWL merkezleri arasında değişiklik gösterebilmektedir. Bir seans ücreti bazı hastaların durum ve tedavilerine göre değişmektedir.

Bu işlemlerin yapılması için öncelikle iş süreçleri belirlenmiştir. İş sürecinin belirlenmesinden sonra, hastaya ESWL işlemi gerçekleştirecek hekim ve yardımcı personelin hazırlanması ESWL işleminin yapılması ve kliniğin yeni hastaya hazırlanması süreçleri belirlenmiştir. Bu süreçler belirlendikten sonra sırasıyla, direkt ilk madde ve malzeme gideri, direkt işçilik gideri ve değişken genel üretim giderleri hesaplanmıştır. Bir hastanın yaklaşık ESWL seans süresi yaklaşık 42 dakikadır. Yapılan çalışmaya, sabit giderler, amortismanlar vb. harcamalar eklenmemiştir. Sabit giderler, amortismanlar vb. harcamalar bu çalışmaya eklendiğinde maliyet tutarı yükselmektedir. Araştırma sonuçları Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)fiyatları ile karşılaştırılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu ESWL işlemi için Sağlık Uygulama Tebliği(SUT) fiyatlandırmasında üç seans halinde ödeme yapmaktadır. Bu ödemeler, ilk seansta 194,40 TL, ikinci seansta 145,80 TL ve üçüncü seansta 97,20 TL olarak belirlenmiştir.

ESWL işlemleri araştırma yapılan merkezde 1 Hekim ve 1 ESWL Teknisyeni gözetimi altında yapılmaktadır. Bu araştırma ayda 40 hasta baz alınarak yapılmıştır.

5. Sonuç ve Öneriler

Teknolojik ve pahalı cihazların kullanıldığı ESWL merkezlerinde işlemler yoğun bir otomasyon sistemi ile gerçekleştirilmektedir. Fakat kullanılan tıbbi malzemeler yurt içinde üretilmediği için maliyetlemede önemli bir düşüş yaratmaktadır. Ancak bu teknolojileri kullanacak kalifiye sağlık personelinin ihtiyacı göz ardı edilmemelidir.

Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) belirlediği, ilk seansta 194,40 TL, ikinci seansta 145,80 TL ve üçüncü seansta 97,20 TL ödeme yapmaktadır.

Yapılan değişken maliyet analizine, sabit giderler, amortismanlar vb. harcamalar eklendiğinde maliyetler daha fazla artmaktadır. Ancak bu eklemeler yapılmasına rağmen maliyetler genel toplamda Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) un verdiği birinci ve ikinci seans meblağlarını geçmediği gözlenmiştir.

Araştırmada ESWL ünitesinin bir seans hizmet bedeli 45,50 TL olarak bulunmuştur. Yapılan gözlemlerde bulunan değişken maliyetlere ek olarak kontrol için çekilen röntgen ayrıca sabit giderler olan bina amortismanı, cihaz amortisman payları ve diğer ek giderler maliyete olarak ödenen miktarların üçüncü seans bedelini geçmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) üç seanstan sonra hastanelere ödeme yapmamaktadır. ESWL tedavi işlemlerinde bazı hastalarda tedavi üç seansı geçtiği gözlemlenmiştir. 3. seanstan sonra yapılan işlemlerde hastadan ekstra para talep edilmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) fiyatlandırma işlemlerinde bilimsel yöntemlerle açığa çıkmış birim maliyetleri inceleyip fiyatlar hakkında düzenlemeler yapılabilir.

Kaynakça

- 1.AKSU, İbrahim, (2001), “Değişken Maliyet Yönteminin İşletme Kararlarında Kullanılması”, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- 2.ALTUĞ, Osman, (2006), “Maliyet Muhasebesi”, Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- 3.BİLEN, Abdülkadir, (1997), “Karar Verme Aracı Olarak Değişken Maliyet Sistemi: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama”, Doktora Tezi, Malatya.
- 4.BÜYÜKMİRZA, Kamil, (2006), “Maliyet Ve Yönetim Muhasebesi: Tek Düzene Uygun Bir Sistem Yaklaşımı”, Gazi Kitabevi, Ankara.
- 5.ÇAKICI, Cemal, (2006), “Süper Değişken Maliyetleme ”, Muhasebe ve Finansman Öğretim Üyeleri Bilim ve Araştırma Derneği Muhasebe ve Finansman Dergisi Sayı 15, İstanbul, Nisan.
- 6.HAFTACI, Vasfi, (2006), “İşletme Bütçeleri”, Beta Yayınevi, İstanbul.
- 7.KÜÇÜKSAVAS, Nihat, (1992), “Kısmi Maliyet Sistemleri Ve Katkı Payı Analizi”, Metin Ofset, Adana.
- 8.MEMİŞ, Nilgün, (1999), “Konaklama İşletmelerinde Maliyet-Hacim-Kar Analizlerine Örnek Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.
- 9.SABAZ, Burhan, , (1996), “Eğitim Amaçlı Hastanelerde Planlama, Kontrol Ve Bir Karar Aracı Olarak Değişken Maliyetleme: Teori Ve Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- 10.SEVGENER – HACİRÜSTEMOĞLU, A. Sait – Rüstem, (2000), “Yönetim Muhasebesi”, Alfa Yayınları, İstanbul.
- 11.ÜSTÜN, Rıfat, (1999), “Yönetim Muhasebesi”, Bilim Teknik Yayınevi, 4.Baskı, Eskişehir.
- 12.YÜKÇÜ, Süleyman, (1999), “Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi”, Cem Ofset, İzmir.

**ÖZEL HASTANEDE HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK
HEMŞİRELİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN BİR DEĞERLENDİRME
(KKTC/LEFKOŞA ÖRNEĞİ)**

Rukiye ATILKAN*
Ahmet Münir ACUNER**
Ruhi Selçuk Tabak***
A.Çetin YİĞİT****

ÖZET

Bitirme (mezuniyet) projesi olarak yapılan bu çalışma, “Yakındoğu Üniversitesi Hastanesi (Lefkoşa-Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti)”nde görevli hemşirelere uygulanan anket yoluyla “Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Bir Değerlendirme Yapmak” amacıyla, betimsel nitelikte, genel tarama modeli an’ sal bir alan araştırması olarak planlanmış ve sonuçlandırılmıştır. 23 Mart -24 Mayıs 2014 tarihleri arasında 100 hemşireye anket dağıtılmış, 71 anket geri dönmüştür. Araştırma verileri, “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” ile toplanmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzdelik, ortalama, standart sapma ve ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmada, hemşirelerin kurumlarında gerçekleştirilen hasta güvenliğine yönelik uygulama ve çalışmalara katıldıkları; böylesi katılma durumlarında hemşirelerin hasta güvenliğine özenli yaklaşımları yönünde olumlu tutum geliştirmelerine yol açtığı; hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliğine yönelik uygulama ve çalışmalar konusunda farkındalıklarının bulunduğu; hasta güvenliği uygulamalarına aktif olarak katıldıkları ve çalıştıkları birimde hasta güvenliği ile ilgili problemlerin olmadığı; üniteler arasında iletişimin iyi olduğu; hasta güvenliği uygulamalarını çok iyi olarak niteledikleri sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşire, Hemşirelik Uygulamaları.

*Lefke Avrupa Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü Mezunu.

** Yrd.Doç.Dr., Lefke Avrupa Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı ve Dr.Fazıl KÜÇÜK Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi, (ahmetmacuner@gmail.com).

***Prof.Dr., Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi, (rtabak@eul.edu.tr).

****Yrd.Doç.Dr., Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi, (cyigit2002@yahoo.com).

1.Giriş

Araştırmanın bu bölümünde problem, amaç ve yöntem yer almıştır.

1.1. Problem

Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır. Hasta-----

Güvenliği kültürü ise, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değer olarak kabullenilmesidir. (Gözlü ve Kenan, 2012, ss.175-182) Hasta güvenliği kültürünün önemli bir ögesi olarak sağlık hizmetlerisunumunda önemli bir paya sahip olanhemşirelerin,hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarına ilişkin görüşlerinin alınması ve bu görüşlerden hareketle bir değerlendirme yapılması bu araştırmanın problemini oluşturmuştur.

1.2. Amaç

Bu araştırmanın genel amacı,“Yakındoğu Üniversitesi Hastanesi (Lefkoşa-Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti)’ndekiHasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Hemşire GörüşleriniDeğerlendirmek”tir.

1.3. Yöntem

Araştırmanın bu kısmında araştırma modeli, evren ve örneklem, verilerin toplanması ve verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması yer almıştır.

1.3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma, betimsel nitelikte, genel tarama modeli an’sal bir alan araştırması olarak planlanmış ve sonuçlandırılmıştır.

1.3.2. Evren ve Örneklem

“Yakındoğu Üniversitesi Hastanesi (Lefkoşa-Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti)”ndetoplam 151 hemşire görev yapmaktadır. 24.03.2014-24.05.2014 tarihleri arasında,anılan hastanede görev yapan 100 hemşireye ulaşılmış ve bunlardan 71’inden geri dönüş sağlanmıştır. Bu bilinen evrenin %46’sına tekabül etmektedir. Başka bir deyişle bu sayı, evreni bilinen araştırmada uygulanan formül yoluyla elde edilen sayıdan büyük bir sayı olup, evreni temsil etmektedir.

1.3.3. Verilerin Toplanması

Anılan hemşirelere “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi” uygulanmıştır. Anketin birinci bölümünde sosyo-demografik veriler elde etmeye yönelik sorular yer almış, ikinci bölümünde ise, hastanede hasta güvenliği kültürünü belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. “Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi”, Sağlık Hizmetlerinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) tarafından hastanelerde hasta güvenliği

kültürünü belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Filiz (2009) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Hasta güvenliği kültürü hastane anketi 42 madde ve 12 alt alandan oluşmaktadır. Ankette, hasta güvenliği kültürünün boyutlarını ünite/birim düzeyinde ve hastane düzeyinde ölçen sorularla, sonuç değişkenlerinin yer aldığı sorular bulunmaktadır.

1.3.4. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Verilerin çözümlemesinde frekans, yüzdeler, ortalama, standart sapma ve ki-kare testi kullanılmıştır. Hasta güvenliği hastane anketi 5’li likert ölçeğinden oluşmaktadır.(1.“kesinlikle katılmıyorum”, 2.“katılmıyorum”, 3.“ne katılıyorum ne katılmam”,4.“katılıyorum”, 5.“kesinlikle katılıyorum”).Ortalama hesaplanması 5’li likert ölçeğine göre yapılmıştır. Ölçek ortalaması yükseldikçe pozitif yaklaşımı göstermektedir.Ki kare analizinde hesaplanarak bulunan değerin sıfır olması durumunu engellemek amacıyla 5’li likert 3’lü likerte çevrilmiştir. (1.“katılmıyorum”, 2.“ne katılıyorum ne katılmam”, 3.“katılıyorum”). Verilerin çözümlemesi ve yorumlanması bu çerçevede gerçekleştirilmiştir.

2. Kavramsal Çerçeve

En karmaşık yapıdaki işletmeler olan hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri, çağdaş toplumların tümünde doğuştan gelen ve sahip olunan bir insan hakkı olması yanında, diğer taraftan da toplumların gelişmişlik düzeyini yansıtmaktadır. Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi ve sürdürülmesi için sunulan hizmetlerdir.Sağlık hizmetlerinin amacı tedavi ve bakım sağlayarak, hastaların tedavi edilip tekrar eski sağlığına kavuşturulması ve rehabilitasyonudur.(Çakır, 2007)

Diğer kamu hizmetleri ile karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha çok dikkat edilerek durulması gerekmekte ve verilen hizmetlerin olabildiğince yüksek kalitede olması önem taşımaktadır. Bunun en önemli nedenlerinden biri, toplumların gelişmişlik düzeyi arttıkça toplumdaki insanlarda her geçen gün kendilerine sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili daha çok bilgi sahibi olmakta ve hasta hakları konusunda bilinçlenmektedir. İşte bu nedenle verilen sağlık hizmetleri olabildiğince yüksek kalitede hizmet üretmelidir. Çünkü, sağlık hizmetlerindeki en ufak bir hata yaşam kaybı ile sonuçlanabilmektedir.İşte bu nedenle sağlık kurumlarının, hasta güvenliğini arttırmak için mevcut kültürünü değiştirme çabaları önem kazanmaktadır. (Johnson ve Hudson 2004, Aktaran; Gündoğdu, 2010)

Sağlık hizmetleri ülke ekonomilerinin gelişmesinde büyük bir paya sahip olup , büyük bir hizmet endüstrisi olarak görülmektedir. Sunulan sağlık hizmetleri, ülke ekonomisine büyük bir katkı sağladığı için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli bir şekilde sunulması anlayışı gittikçe önem kazanmaktadır. (Tütüncü, Küçükusta, 2006, ss.61-68).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasında önemli konulardan biri hasta güvenliğidir.Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Sağlık hizmetlerinde en uygun sonucu elde etmek ve daha kaliteli hizmet sağlamak amacıyla kullanılacak en etkin sağlık kültürü hasta güvenliği kültürüdür. Güvenlik kültürü, hasta güvenliğindeki yaygın eksiklikleri iyileştirmek için önemli bir stratejidir. Güvenlik

kültürü, bir kurumun sağlık ve güvenlik yönetimindeki tarzını, yetkinliğini ve verdiği sözleri belirleyen, bireylere ya da gruba ait değerler, algılar, tutumlar, beceriler ve davranış biçimlerinin ürünüdür. Hasta güvenliği girişimleri ve stratejileri yoluyla sağlık bakımında kaliteyi geliştirmede hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin stratejik hedefleri; hasta güvenliği odaklı kültür oluşturulması, hasta güvenliğinin sağlanmasında liderlik yapılması, hasta güvenliği bilgilerinin paylaşılması ve farkındalık yaratılması, raporlama sistemi ile ilgili çalışanların desteklenmesi, diğer disiplinlerle iletişim ve işbirliği kurulmasını içermelidir. (Hakverdioğlu, 2011, ss.77-82).

2.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hasta güvenliğini sağlık bakımının temel kriteri olarak tanımlamıştır. WHO'ya göre bakım sürecinde hata yapma riski fazladır, istenmeyen olaylar uygulama sırasında, ürünlerde, prosedürlerde veya sistemde meydana gelen problemlerin sonucunda görülebilir. Hasta güvenliği, hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için raporlanması ve analizi, geliştirilen çözümlerin uygulanması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme sürecidir. (Gözlü ve Kaya, 2012, ss.175-182).

Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan tartışmalarda hataları ve istenmeyen olayları kategorize etmek için, tutarlı kelimelerin kullanılması önemlidir. Hataların ve istenmeyen olayların kategorize edilmesi ve sınıflandırılması hasta güvenliğine ilişkin terimlere açıklık getirilmesi ile olanaklıdır. Terminolojinin tanım ve anlayışının netlik kazanması, klinisyen ve araştırmacılar için karşılaştırmalarda bir temel oluşturmaktadır. Terminolojinin netlik kazanması için hasta güvenliği terimleri bazı çalışmalarla tanımlanmıştır. Bu çalışmalardan biri de Perioperatif Kayıtlı Hemşireler Derneği'nin çalışmasıdır. Hasta güvenliği uzmanları ve bu konuda araştırma yapan akademisyenlerden oluşturulan çalışma grubu ile bir hasta güvenliği terimleri sözlüğü oluşturulmuştur. Bu sözlükte yer alan bazı terimler aşağıda sunulmuştur: (Walker ve Ark, 2006; Aktaran:Eroğlu, 2011).

- *Kaza: Gelecekte ortaya çıkan ve çıkma ihtimali olan, sisteme zarar veren olaydır.*
- *Aktif Hata: Uygulayıcı düzeyinde, alanda gerçekleşen ve etkileri hemen hissedilen bir hatadır.*
- *Aktif Başarısızlık: Görev hatası ve ihmallerin neden olduğu bir hatadır. Bunu tahmin etmek zordur ve olumsuz etkiye sahiptir. Güvenlik ihlali sonucunda, mevcut savunma devre dışı kaldığındagörülür.*
- *İstenmeyen İlaç Olayı: Bir ilacın kullanımı sonucunda meydana gelen yaralanmadır.*
- *İstenmeyen İlaç Reaksiyonu: Tanı veya hastalığın tedavisi veya fizyolojik fonksiyonun değiştirilmesi için kullanılan bir ilacın, normal dozda kullanımı sırasında zararlı ve istenmeyen bir etkinin gerçekleşmesidir.*
- *Beklenmedik Olay: Bir olayın beklenmedik ölüm dahil olmak üzere, ciddi fiziksel veya psikolojik yaralanma ve bunlarla ilgili riski içermesidir. Ciddi yaralanmalar genellikle organ ya da fonksiyon kayıplarını içermektedir. Bunlarla ilgili risk içermesi ifadesi; herhangi bir varyasyonun sonucunda ciddi bir istenmeyen sonucun tekrarlanması ihtimalinin olduğunu vurgulamaktadır. Bu tür olaylar beklenmedik olarak ifade edilir.*

- *Uyum Hataları: Var olan protokol ve prosedürlere uyum sağlama yerine uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır.*
- *İlaç Saklama (Stok Takibi) Hatası: İlaç yönetimi sırasında ilaçların, buzdolabında saklanması gerekirken oda ısısında saklanması, uygun olmayan depolama koşullarında saklanması, son kullanma tarihinin geçmesi gibi nedenlerle fiziksel ve kimyasal yapısının bozulmasıdır.*
- *İlaç Dağıtım Hatası: Doktorun uygun olmayan istemi sonucunda ilacın verilmesi, ilaç isteminin belirtilen sürede yerine getirilmemesi veya istemin tekrarı, ilacın yanlış doz, miktar ve formda hastaya verilmesi (dağıtım),doğru miktarda ilaç vermede başarısızlık, ilaçların uygunsuz, yanlış ve yetersiz etiketlenmesi, ilaç dağıtımından önce uygunsuz ve yanlış hazırlık, işlem öncesi yanlış paketleme ve depolama, son kullanma tarihi geçmiş ilaçdağıtım, uygunsuz depolama veya ilacın fiziksel ve kimyasal içeriğininbozulması gibi hatalardır.*
- *Görev Hatası: Bir eylemin yerine getirilmesi sonucunda meydana gelen hatadır.*
- *İhmal Hataları: Yapılması gereken bir eylemin, yapılmaması sonucu ortaya çıkan hatadır.*
- *Yaralanma: Hastada meydana gelen istenmeyen (talihsiz) zarardır.*
- *İlaç Hatası: İlaç kullanımının sağlık uygulayıcısı hasta veya tüketicinin kontrolü altında iken, uygunsuz ilaç kullanımı sonucunda meydana gelen hastaya zarar veren önlenemez olaydır.*
- *Potansiyel Hata: Reçete etmede, ilaç dağıtımında veya planlanan ilaç yönetimdeki hatanın önceden tespit edilerek doğru uygulamanın gerçekleştirildiği durumlardır.*
- *Yanlış Yönetim (Teknik) Hatası: Uygun olmayan bir prosedür kullanılması veya bir ilacın yönetiminde uygunsuz teknik kullanılması sonucunda oluşan teknik hatalardır.*

2.2. Hasta Güvenliğinin İyileştirilmesi

Sağlık hizmetinin çok karmaşık hale gelmesi, kültürel yaklaşım, hata yapmaya karşı gösterilen tepki, korku, konuyla ilgili eğitim yetersizliği, hataların rapor edilmesinin hiçbirşeyi değiştirmeyeceği algısı hasta güvenliğini iyileştirmenin önündeki engeller arasında yer almaktadır.Hasta güvenliğini iyileştirme yöntemleri, klinik uygulama rehberleri; kritik yol haritaları (critical, pathways); klinik karar verme destek sistemleri; davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları ve yasal önlemler, akreditasyon, hizmet alıcıların zorlamalarıdır. (Serbest, 2010)

2.3.Hasta Güvenliği Kültürü

Hasta güvenliği kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabullenilmesidir.Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (IOM)'nün tıbbi hataların önlenmesi ile ilgili önerilerinden birisi de sağlık hizmeti veren organizasyonlarda “hasta güvenliği kültürü”nün yaratılmasıdır. Hasta güvenliği kültürü oluşturulmasında, aşağıda belirtilenlerin yapılması gerekmektedir. (Serbest, 2010)

- *Hasta güvenliği konusunun herkesin sahiplenmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,*
- *Hasta güvenliği konusunda liderler, çalışanlar ve hastalar arasında açık iletişimin teşvik edilmesi,*
- *Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve azaltma konusunda sorumluluk devri,*

- Hasta güvenliği için kaynak ayrılması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması gerekmektedir.

Sağlıklı bir hasta güvenliği kültürü oluşturabilmek için göz önüne alınması gereken temel ilkeler şu şekilde sıralanmıştır (Ovalı, 2011, s.33).

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek durumları saptamak,
- Tıbbi hataları araştıran ve belirleyen bir ortam yaratmak,
- Zamanında ve israfi önleyerek verimli sağlık hizmeti sunmak,
- Bilgisayar programları, protokoller, kontrol listelerini yaygın olarak kullanarak sağlık personelinin belleklerine güvenerek karar vermelerinin önüne geçmek,
- Hekimin gerekli bilgiye çabuk ve kolay ulaşmasını sağlamak,
- Tedavileri bilgisayar destekli programlar aracılığı ile düzenlemek,
- Bilgisayar destekli ilaç barkod sistemleri oluşturmak,
- İntravenöz ilaç karışımlarını hasta başında değil, hastane eczanesinde hazırlamak,
- Yüksek riskli ve nadir kullanılan ilaçlar ile ilgili özel protokoller hazırlamak,
- Hastane eczanesinde 24 saat nöbetçi eczacı bulundurmak,
- Tedavi işlemlerini mümkün olduğunca standart hale getirmek,
- Cezanın ön planda olmadığı bir kültür oluşturmak,
- Yüksek riskli durumlarda işbirliği ile ortak çözüm oluşturmak,
- Yeni teknolojilerin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahi müdahalelerde hastanın bilgilendirilerek onayını almak üzere hekimlere eğitim vermek,
- Tıp alanındaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği konusunda kamuoyu oluşturmak,
- Okullarda ve sosyal ortamlarda, genel sağlık eğitimi programları yapmak,
- Tıp eğitiminin düzeyini yükseltmek,
- Hekimler için, tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar yapmak,
- Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek,
- Halkı ve hükümetleri defansif tıp uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak,
- Halkı, tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak ,
- Ulusal yasalarda, tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması,
- Yasaların, tıbbi hataların zararlarının ödenmesi için yöntemleri ve zarar kanıtlandığında ödenmesi gereken miktarları belirlemesi.

2.4. Hemşirelikte Hasta Güvenliği Kültürü

Sağlık hizmetleri sunumunda hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre en büyük paya sahip olup bakımın her alanında hastalar ve hasta güvenliği ile iç içedirler. Bu önemli rol hemşirelere, sağlık sisteminde hasta güvenliği ile ilgili problemleri belirleme ve çözüm yollarını sağlamada önemli bir sorumluluk yüklemektedir.(Çırpı ve Ark., 2009, ss.85-94)

Hemşire eksikliği nedeniyle hasta güvenliği ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ciddi bir tehlike ile karşı karşıya olduğu görülmektedir. Hastanelerde sağlık bakım hizmeti

veren, verdikleri hizmeti denetleyen ve 24 saat sağlık bakım hizmeti sağlayan hemşireler, hasta güvenliği kültürünün oluşması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında büyük öneme sahip olan meslek üyeleridir. Hasta bakımının kaliteli olmasının da sağlıklı istihdam önemli rol oynadığı için hemşire sayısının yetersiz olduğu ortamlarda güvenli hasta bakımından söz etmek mümkün değildir. Hemşire istihdamı sadece personel sayısı ile ilgili olmayıp iş yükü, iş ortamı, hasta durumunun karmaşıklığı hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyi, görev ve yetki dağılımı ile de ilgilidir. Yeterli kadronun olmaması, hemşirelerin eşit aralıklarla çalışmaması ve aşırı yoğun çalışma hasta güvenliği düzeyinin düşük olması nedenleri arasındadır. (Filiz, 2009)

İstenmeyen olay ve tıbbi hataların erken bir şekilde önüne geçebilmek için hemşireler güçlendirilmelidir. Hemşireler, olası hataların önlenmesinde kilit durumda bulunmaktadır. Çünkü hemşireler, kurumda ve yönetimde sürekliliği olan kıdemli kişilerdir. Kalite güvenliğine ilişkin çalışmalara katılır ve bunların güvenilirliğini ölçerler. Teknolojiyi en sık kullanan grup olan hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumunda işlemlerin belirlenmesinde ve sunumunda yer almaktadırlar ve hataları tanımlamada ve analizinde önemli paya sahiptirler. Hemşire eğitiminde tıbbi hatalara ve nedenlere ilişkin farkındalık geliştirilmesi gerekmektedir. (Gökdoğan ve Ark., 2009)

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN), hasta güvenliği konusunda hemşirelerin sorumluluklarını aşağıdaki şekilde belirtmiştir. (Filiz, 2009; Sezgin, 2007)

- *Hastalar ve ailelerinin olası riskler konusunda bilgilendirilmeleri,*
- *İstenmeyen olayların derhal ilgili birimlere rapor edilmesi,*
- *Bakım hizmeti güvenliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde aktif rol alınması,*
- *Hastalar ve diğer profesyonel sağlık bakım personeli ile iletişimin güçlendirilmesi,*
- *Yeterli istihdam düzeyleri sağlanması konusunda lobi faaliyetleri yürütülmesi,*
- *Hasta güvenliğini artırıcı önlemlerin desteklenmesi,*
- *Sıkı ve kapsamlı enfeksiyon ile mücadele programlarının teşvik edilmesi.*

Hasta güvenliği kültürünün en önemli parçası olan hemşireler sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir paya sahiptir. Hemşireler sağlık hizmetlerinin sunum aşamalarında en aktif çalışan meslek grubudur. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN), hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır. (Gündoğdu, 2010)

Hemşire sayısının yetersiz olması, hemşirelerin eşit aralıklarla çalışma imkânlarına sahip olamamaları ve aşırı yoğunlukta gereken özeni gösterememeleri hasta güvenliği kültürü düzeyinin düşük olması nedenleri arasındadır. Hemşirelik hizmetleri yönetimi, hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi, geliştirilebilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin sunumuna yansıtılabilmesi için stratejiler geliştirmelidir. Hemşirelik hizmetlerinin stratejik hedefleri, aşağıda sıralanmıştır: (Sezgin, 2008, ss.61-71)

- *Hasta güvenliği odaklı kültür oluşturulması,*

- Süreç tasarımları yapılması ve güvenilirliğinin geliştirilmesi,
- Hasta güvenliğinin sağlanmasında liderlik yapılması,
- Hasta güvenliği bilgilerinin paylaşılması ve çalışanlarda farkındalığın yaratılabilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Raporlama sistemi ile ilgili çalışanların desteklenmesi,
- Tüm diğer bölümlerle ve disiplinlerle iletişim ve işbirliği kurulması ve bölüm içi hemşirelik bakım süreçlerinin rutin izlenmesi.

Bunların gerçekleştirilebilmesi için öncelikle liderlerin, hasta güvenliğinin öneminin farkında olmalarının ve hasta güvenliğini artırabilmek, kurumda hasta güvenliği kültürünü oluşturabilmek için personel ile karşılıklı tartışarak açık ve etkili bir iletişimi kurmalarının gerekli olduğu düşünülmektedir.

3. Bulgular Ve Yorumu

Bu bölümde, araştırmanın bulguları özetlenmiş ve yorumlanmıştır. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo1:Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		SAYI	YÜZDE (%)
Medeni Durum	Evli	40	56,3
	Bekar	31	43,7
	Toplam	71	100,0
Yaş Grupları	18-27	30	42,3
	28-30	23	32,4
	30üstü	18	25,3
	Toplam	71	100,0
Eğitim Durumu	Sağlık Msl.Lisesi	30	42,3
	Önlisans/Lisans	31	43,6
	Yüksek-lisans/doktora	10	14,1
	Toplam	71	100,0
Hastanedeki Pozisyon	Kadrolu Hemşire	34	47,9
	Sözleşmeli Hemşire	37	52,1
	Toplam	71	100,0
Meslekteki Kıdem	3 yıldanaz	17	23,9
	3-6 yıl	21	29,6
	6 yıl üstü	33	46,5
	Toplam	71	100,0
Hastanedeki Çalışma Yılı	0-2 yılasası	18	25,4
	3 yıl	30	42,3
	3 yıl üstü	23	32,4
	Toplam	71	100,0

Araştırma grubunun Tablo1’de belirtilen sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında %56,3’ününevli,% 42.3’ünün 18-27, % 25.3’ünün30 ve üzeri yaş grubunda olduğu; %42,3’ünün sağlık meslek lisesi, % 43.6’sınınönlisans/lisans ve %14,1’nin de yüksek-lisans/doktoramezunu olduğu; % 47,9’unun kadrolu hemşire, %52.1’nin de sözleşmeli hemşire olduğu; %23,9’unun 3 yıldan az, %29,6’sının 3-6 yıl, %46,5’nin de 6 yıl üstü kıdemi olduğu; % 23,4’ünün 0-2 yıl arası, %42,3’ünün 3 yıl, %32,4 ‘nün de3 yıl üstü süre buldukları hastanede çalıştığı görülmektedir.

Hasta güvenliği kültürü, aşağıda nitelikleri belirtilen toplam 7 boyutta incelenmiş ve aşağıda özetlenen bulgulara ulaşılmıştır.

- “Hemşirelerin birimlerindeki hasta güvenliği boyutu”nda ilk sırayı 4,52 ortalama ile “hasta güvenliği daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir” görüşü almıştır. En düşük ortalamanın 1,63 olarak bulunduğu “bu birimde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır” görüşü son sırayı almıştır. Aynı anketi kullanan Hasdil’in bitirme projesinde ulaşılan sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Hasdil’in çalışmasında da (2014) en yüksek ortalama olan 3,84ile ilk sırayı“hasta güvenliği daha fazla iş yapmaktan daha öncelikli bir ilkedir”görüşü almış;en düşük ortalama ise, 2,33 ile “bu bölümde hasta güvenliği ile ilgili problemler vardır” görüşü almıştır.Bu bulgular, sağlık personelinin birimlerinde hasta güvenliği ile ilgili sorun yaşamadıklarını göstermektedir.
- “Yöneticilerin hasta güvenliği ile ilgili tutumları boyutu”nda ilk sırayı 4,46 ortalama ile “yöneticilerimiz hasta güvenliğine yönelik iş yapıldığında takdir eder” görüşü, ikinci sırayı 4,04ile “yöneticiler hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanları ciddiye alır” görüşü almış;en düşük ortalama olarak bulunan 1.21 ile “yöneticiler tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” görüşü son sırayı almıştır. Hasdil’in çalışmasında ise, ilk sırayı 3,49 ile “yöneticiler hasta güvenliğini geliştirmek için çalışanların önerilerini ciddiye alır” görüşü, son sırayı 2,51 ortalama ile “yöneticiler tekrar tekrar oluşan hasta güvenliği problemlerini görmezden gelir” görüşü almıştır. Bu bulgular, yöneticilerin hastanelerinde oluşan hasta güvenliği ile ilgili problemlerin farkında olduklarını ve gözardı etmediklerini göstermektedir.
- “Hasta güvenliği iletişimi boyutu”nda ilk sırayı 3,92 ortalama ile “raporlanan olaylara göre değişikliklerden haberdar edilirim” görüşü almış, en düşük ortalama ise 2,00 ile “çalışanlar yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” görüşünde gözlenmiştir. Çalışma sonuçları Hasdil’in çalışmasında ulaşılan bulgularla benzerlikgöstermektedir.Hasdil’in çalışmasında en düşük ortalama 2,51 ile“çalışanlar yöneticilerin karar ve eylemlerini sorgulamakta kendilerini özgür hisseder” görüşünde gözlenmiştir. Bu durumun nedeni, yöneticilerin çalışanlara karşı iletişimde yeteri kadar açık olmaması olabilir.
- “Hasta güvenliği ile ilgili raporlama sıklığı boyutu”nda ilk sırayı 3,76 ortalama ile “hastaya zarar verebilecek, ama vermeyen hatalar ne sıklıkla rapor edilir”görüşü almış, en düşük ortalama 2,85 ile “hata yapıp hasta etkilenmeden düzeltilince ne sıklıkla rapor ediliyor”görüşünde gözlenmiştir. Hasdil’in çalışmasında ulaşılan sonuçlarla, bu araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Hasdil’in çalışmasında ilk sırayı 3,39 ortalama ile “hastaya zarar verebilecek, ama vermeyen hatalar ne

sıklıkla rapor edilir” görüşü almış, en düşük ortalama ise, 3.09 ile “hata yapıp hasta etkilenmeden düzeltilince ne sıklıkla rapor edilir” görüşünde gözlenmiştir. Bu bulgu, raporlama olaylarının sıklığının, hastaya zarar veren hatalara bağlı olduğunu göstermektedir.

- “Hemşirelerin hastane genelinde hasta güvenliği boyutu”nda ilk sırayı 4,16 ortalama ile “hastalar için en iyi bakımı sağlamak amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” görüşü almış, bunu sırasıyla 4,00 ortalama ile “birimler arasında birlikte çalışmayı gerektiren işbirliği vardır” görüşü ve 3,94 ortalama ile “yönetimin faaliyetleri hasta güvenliğinin öncelikli olduğunu gösterir” görüşü izlemiştir. En düşük ortalama ise, 1,10 ortalama ile “nöbet değişiminde hasta ile ilgili bilgiler çoğu zaman kaybedilir” görüşünde gözlenmiştir. Hasdil’in çalışmasında da ilk sırayı 3,64 ortalama ile “hastalar için en iyi bakımı sağlamak amacıyla birimler birlikte iyi çalışır” görüşü almış, en düşük ortalama ise, 2,32 ortalama ile “bu hastanede nöbet değişimleri hastalar açısından önemlidir” görüşünde gözlenmiştir.
- “Hemşirelerin çalıştıkları birimde hasta güvenliği boyutu”nda araştırma grubu “mükemmel” görüşüne % 7 oranında, “çok iyi” görüşüne % 46,5 oranında, “kabul edilebilir” görüşüne % 46,5 oranında katılmıştır. Çırpı ve Ark.’nın (2009) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarını değerlendirmek için verdikleri puanların dağılımına bakıldığında %72,3 oranıyla ilk sırayı “iyi” görüşü almış, %40 oranıyla ikinci sırayı “orta derecede” görüşü almıştır. Filiz (2009) tarafında yapılan çalışmada sağlık personelinin %81’i çalışma birimlerindeki hasta güvenliği derecesine olumlu cevap verirken, %13,6’sı birimlerini “zayıf” ve “başarısız” bulmuşlardır. Çakır ve Tütüncü (2009) tarafından yapılan çalışmada, çalışanların %46,3’ü çalıştıkları hastanede hasta güvenliğinin “iyi” olduğunu belirtmişlerdir. Koraşlı ve Ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %45,9’u “iyi”, %42,9’u “kabul edilebilir” görüşünü tercih etmişlerdir. Hasdil’in çalışmasında da sağlık personelinin % 12,7’si “mükemmel”, % 23,5’i “çok iyi”, %50’si “kabul edilebilir”, %12,7’si “zayıf”, %1’i ise “başarısız” görüşünü tercih etmiştir.
- “Son 12 ayda raporlanan olay sayısı ile ilgili yüzdeler boyutu”nda, “0 olay raporu” %28,2, “1-2 olay raporu” % 40,8 ve “3 ve üstü olay raporu” %31 olarak belirtilmiştir. Tütüncü ve Küçükusta (2006) tarafından yapılan çalışmada, %50,6 oranında “0 olay raporu”, %29,2 oranında “1-2 olay raporu”, % 15,6 oranında “3 ve üstü olay raporu” biçiminde belirtilmiş, Hasdil’in (2014) çalışmasında da sağlık personelinin %79,4’ü “0 olay raporu”, %10,8’i “1-2 olay raporu”, % 9,8’i “3-4 olay raporu” biçiminde görüş belirtmişlerdir..

4. Sonuç Ve Öneriler

4.1. Sonuçlar

Araştırma sonucunda hemşirelerin kurumlarında gerçekleştirilen hasta güvenliğine yönelik uygulama ve çalışmalara katıldıkları, böylesi katılma durumlarında hemşirelerin hasta güvenliğine özenli yaklaşımları yönünde olumlu tutum geliştirmelerine yol açtığı, hemşirelerin hastanelerinde gerçekleştirilen hasta güvenliğine yönelik uygulama ve çalışmalar

konusunda farkındalıklarının bulunduğu, hasta güvenliği uygulamalarına aktif olarak katıldıkları ve çalıştıkları birimde hasta güvenliği ile ilgili problemlerin olmadığı, üniteler arasında iletişimin iyi olduğu, hasta güvenliği uygulamalarını çok iyi olarak niteledikleri sonucuna ulaşmıştır.

4.2. Öneriler

- Kurumlarında gerçekleştirilen hasta güvenliği uygulamaları ve çalışmalarının hemşirelerin bu konudaki yaklaşım ve bakış açılarına getirdiği olumlu katkı nedeniyle, kurumlarda oluşturulan hasta güvenliği uygulamalarına ve çalışmalarına hemşirelerin aktif olarak katılmaları sağlanmalı,
- Hasta güvenliğinin sağlanmasında ve hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında rol ve görevlerinin önemi konusunda düzenlenecek hizmet içi eğitimlere, hemşirelerin katılmaları sağlanmalı,
- Hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve kalıcı olabilmesi için sadece hemşirelerin değil, diğer kurum çalışanlarının da bu yöndeki çalışmalara katılmaları sağlanmalı,
- Hasta güvenliğine yönelik yönetsel kararlara, hemşirelerinde katılması sağlanmalı,
- Hemşireler yaptıkları hatalardan dolayı suçlanacaklarını hissetmekte, yaptıkları hataların dosyalarına işlenmesi endişesi taşımaktadırlar. Bir olay rapor edildiği zaman olayla ilgili problem değil, olayla ilgili kişi şikâyet ediliyor duygusuna kapılmaktadırlar. Bunun önüne geçilebilmesi için raporlanan olaylardan dolayı hemşirelerin cezalandırılması konusunda hassas bir yaklaşım içerisinde olunmalıdır.

Kaynakça

- 1.Çakır, A., (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü İle Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek-Lisans Tezi, İzmir: (Danışman : Doç. DR. Özkan Tütüncü).
- 2.Çakır, A., Tütüncü, Ö., (2009). *İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı*. I.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara: Kongre Kitabı.
- 3.Çırpı, F., Doğan, M.Y., Kocabey, M., (2009). *Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi*. I.Uluslararası Sağlıkta Performansı ve Kalite Kongresi, Ankara: Kongre Kitabı.
- 4.Filiz, E., (2009). *Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek-Lisans Tezi, Konya: (Danışman: Prof. Dr. Said Bodur).
- 5.Gökdoğan, F., Yorgun, S., Yapıcı, M., Yıldırım, Y., Özdener, S., Mısırlıoğlu, N., Şentürk, E., (2009). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler*. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı, (Cilt 2), Antalya:
- 6.Gözlü ve Kaya, (2012) *Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Belirlenmesi*. 6.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı. Isparta:

- 7.Hakverdioğlu, G.,(2011). *Hasta Güvenliği*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 27 (1) :
- 8.Hasdil, Ş.,(2014). *Özel Hastanelerde Sağlık Personelinin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma*. Lefke Avrupa Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü Bitirme Projesi.
- 9.Johnson ve Hudson M.A.,(2004).*Keeping Patient Safe: An Analysis of Organizational Culture andCareGivert*. Journal Of Health Care Management 49 (3): Aktaran: Gündoğdu, S., (2010). *Hemşirelerde Hasta Güvenliği Algısının Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek-Lisans Tezi.(Danışman: Yard. Doç. Dr. Nefise Bahçecik).
- 10.Koraşlı D., Torun, Y., (2010).*Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Değerlendirilmesi(Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*. II.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara:
- 11.Ovalı. F., (2011).*Hasta Güvenliği Yaklaşımları*.Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi.(Sayı:1).
- 12.Serbest, Ş., (2010). *Satratejik Hedef Hasta Güvenliği*. Sağlıkta Performans ve KaliteDergisi.
- 13.Sezgin, B., (2007).*Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve HemşirelikUygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.İstanbul:(Danışman: Doç.Dr.Aytolan Yıldırım)
- 14.Sezgin, B., (2008).*Hemşire Güvenliği Çalışma Ortamı ve Riskler*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Okulu Yüksek Dergisi. 24(3).
- 15.Tütüncü, Ö, Küçükusta, D., (2006).*Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşireliğe Yönelik Bir Uygulama*. Hastane Yönetimi Dergisi.
- 16.Walker, P.H., Carlton, G., Holden, L., Stone, P.W., (2006). *TheIntersection ofPatientSafetyandNursingResearch*. In J.J. Fitzpatrick, P. Stone and P.H.Walker (eds.), Annual Review of Nursing Research (Volume 24). Springer Publishing Company, New York: Aktaran: Eroğlu, E.K., (2011). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş YükününHasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi*. Yüksek-Lisans Tezi.Ankara: (Tez Danışmanı: Doç.Dr. Afsun Ezel Esatoğlu).

MEDICAL ERRORS: A REVIEW OF CAUSES AND PREVENTION STRATEGIES

Wissam Bilal AL-OMARI*
Özhan ÖZTUĞ**

ABSTRACT

The main aim of the present research was to review the literature about medical errors, causes, outcomes, and strategies used in prevention. A combination of factors contributes to the occurrence of medical errors. Majority of these factors can be categorized as: errors of commission, errors of omission, errors of communication, errors of context, diagnostic errors, hospital-related errors, medication errors and slip, trip and fall clutter. Human Reliability Analysis approaches which are retrospective analysis (Root Cause Analysis) and prospective analysis (Failure Mode and Effects Analysis) have been widely used to identify medical errors and to determine the risk for occurrence of errors. Computerized physician order entry (CPOE) and implementation of a standardized bar coding system have been considered as useful in reducing medical errors. Various process measures to offset human frailties have also been encouraged in designing safe jobs, such as avoiding reliance on memory and vigilance, employing constraints in the work process, simplifying key processes, and standardizing the work processes. Good communication, training, and blameless culture need to be considered in developing a safety culture in health organizations.

Keywords: *Medical errors, patient safety, healthcare quality improvement*

*European University of Lefke, School of Applied Sciences, Department of Health Management, wissam.omary@gmail.com

**Assist. Prof. Dr., European University of Lefke, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, ooztug@eul.edu.tr

1. Introduction

Although the principle “First, do no harm” has been cited in the medical books for a long-time, people were not fully aware of the idea of patient safety. In 1863, Florence Nightingale stated that it might look like a weird norm to state not to harm patients. In early 19th century, Ignaz Philipp Semmelweis had mentioned about the same issue after he was observing some students and physicians growing puerperal fever while working in autopsy room. During those years, people were astonished by the great achievements that were accomplished in medicine rather than the occurrence of mistakes and errors (Vincent, 2006; cited in Bagnara & Tartaglia, 2007, p.365). However, thoughts and beliefs about the idea of patient harm and medical errors had started to grow up after 1950s when Ivan Illich mentioned mainly about the unpleasant results of practices in medicine (Illich, 1978; cited in Bagnara & Tartaglia, 2007, p.366).

Until recently, the issues related to patient safety and medical errors have not become well known by public. For instance, only a few studies were linked to medical errors and those issues had rarely been considered and addressed in journals and reports. In 1966, nearly 100 medical reports were posted annually. In 1995, these reports had increased to more than 10,000, as stated by Mark Chassin, one of the pioneers in the patient safety research (Berntsen, 2004, p.92). He briefly explained his dispute with one sentence: “Mistakes occur because of insufficient care” (Vincent, 2010, p.22). Starting from 1995 until present, a number of reports and journals have been published emphasizing on health and safety issues (Vincent, 2010, p.14).

The 21st century has played a significant role in shedding the light upon several issues like mixing drugs, giving the wrong medicine, forgetting a sponge inside patients’ body during surgery, amputating the incorrect leg etc.

According to Sammer et al. (2010), the area of healthcare and particularly hospitals had been seen as places where there was a high possibility of medical errors (Sammer et al., 2010 cited in Yamalik & Perea Perez, 2012; Colla JB et al., cited in Yamalik & Perea Perez, 2012, p.189). Overwhelming somatic and emotive loss to the patients and their families had been caused by medical errors (Hughes, 2008; cited in McCaughan & Kaufman, 2013, p.49).

Medical errors have been recognized worldwide as one of the most known factors that lead to morbidity and mortality (Kohn et al, 2000; cited in Bodur & Filiz, 2010). According to WHO, the number of patients who pass away and suffer from injuries due to medical faults was tremendous (WHO, 2007; cited in Bodur & Filiz, 2010). Tens of millions of patients had died due to medical errors where the incidence of these errors during healthcare procedures scored a rate of 7.5% in 2004 (WHO, 2007 cited in Bodur & Filiz, 2010; Baker et al, 2004 cited in Bodur & Filiz, 2010; Michel et al, 2004 cited in Bodur & Filiz, 2010).

Berwick (2005) incorporated quality into practice in which he emphasized some fundamental thoughts that should be considered during surgical operations. These concepts were:

- Don't kill me (no needless deaths)
- Do help me and don't hurt me (no needless pain)
- Don't make me feel helpless (no needless depression)
- Don't keep me waiting (no needless waste of time)

-Don't waste resources- mine and anyone else's (no needless overuse, underuse or misuse) (Berwick, 2005; cited in Spath, 2009, pp.7-8).

There are different outcomes that have been experienced by patients. Based on the severity of harm these outcomes can be classified as follows:

- Emotional distresses*
- Temporary insignificant lacerations, contusions, minor scars, rash*
- Temporary minor infections, miss-set fractures, fall in hospital*
- Temporary major burns, surgical material left, drug side effect, brain damage*
- Permanent minor loss of fingers, loss of or damage to organs*
- Permanent significant deafness, loss of limb, loss of eye, loss of one kidney or lung*
- Permanent major paraplegia, blindness, loss of two limbs, brain damage*
- Permanent grave quadriplegia, severe brain damage, lifelong care or fatal prognosis*
- Death* (NAOIC,1980; cited in Sloan & Chepke, 2008, p.120).

A reasonable rate of adverse events in hospitals determined to vary between 8% and 12% worldwide (de Vries et al., 2008; cited in Vincent, 2010, p.54). Worldwide injuries and compensations have been on increase in most of the European countries. For instance, in 2002-2003, it was estimated £500 Million paid by insurance companies for medical errors compensation in the United Kingdom (OECD, 2006, p.27). The fiscal compensation for those errors that occur in hospitals was unusual (Berntsen, 2004, p.24). Several studies have emphasized the amount of money spent on patient safety improvement with respect to compensation and claims (Vincent, 2010). Based on the findings of the research by AON in 2004 the injuries cost United States of America \$28.7 Billion. In the same period, the Insurance Information Institute (III) declared that \$28 Billion paid annually as cost of harm compensations due to medical errors (OECD, 2006, p.27).

According to Sammer et al. (2010), the most that would help in developing a health and safety culture in hospitals were: capable management in patient safety, collaboration of teamwork, using proof to impose exercise, good dialogue, patient focus, and learning from previous errors in blame-free culture (Sammer et al, 2010; cited in Buelow, 2013, p.106).

The main aim of the present research was to review the literature about medical errors, causes, outcomes, and strategies used in prevention.

2. Causes of Medical Errors

The very first step to enhance patient safety, improve quality and minimize medical errors is to determine the causes that can contribute to such mistakes. In the last years, courts have realized that identifying the causes of medical errors was a tough task where medicine has become more sophisticated (Hogan, 2003, p.2).

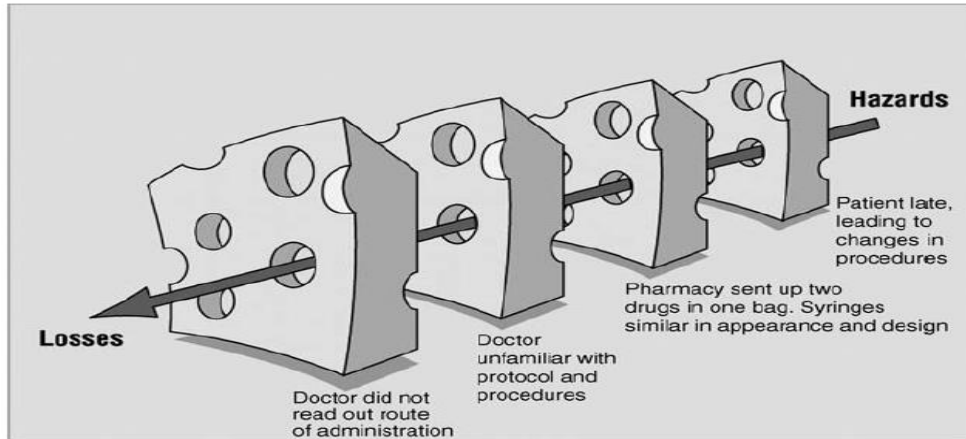


Figure 1. Swiss cheese Model
(Reason, 1997; cited in Vincent, 2010, p.145)

The Swiss Cheese Model which has been established by Reason (2000) provides an answer for the question: “Why do things turn on wrong in healthcare settings?” The model illustrates how blocks, defences and precautions might be penetrated. The healthcare setting was being described with the Swiss cheese model. This model shows that perils can enter these holes where light errors can accumulate to contribute to disastrous outcomes (Reason, 2000; cited in McCaughan & Kaufman, 2013, p.52).

Buelow (2013) stated that a combination of several conditions could lead to failure of systems. Kohn et al. (1999) have categorized these conditions as active errors (human failure), latent errors (environmental failure), or system failures (Kohn et al, 1999; cited in Buelow, 2013, p.106).

2.1. Diagnostic Errors

Diagnostic errors are defined as errors in the ability to make considered decision regarding the causes of a disease. Vincent (2010), referring to Graber, Gordon, and Franklin (2002) disputed that diagnostic errors are real and can cause severe harm to patients. In addition, three types of diagnostic errors have been addressed: “no fault errors”, “system errors” and “cognitive errors” (Graber et al, 2002; cited in Vincent, 2010, p.132). For instance, Vincent (2010) said that there was no enough awareness towards such errors even though they could cause dangerous harm to patients (Vincent, 2010, p.132).

2.2. Hospital-Related Errors

Hospital related errors occur in hospitals while delivering health care services. It may affect patients, doctors, and visitors. Examples as being exposed to chemicals, infectious diseases contaminated from autopsy rooms and wards can be given. In 2007, it was estimated that in UK 5% to 10% of patients were affected by hospital associated infections that has been defined as one of the highest rates of causes of adverse events (National Patient Safety Agency, 2007; cited in McCaughan & Kaufman, 2013, p.50). Insufficient hand hygiene and failure to heal wounds have been shown to be sources of infections in hospitals (McCaughan & Kaufman, 2013, p.50).

2.3. Medicine-Related Mistakes

By referring to several studies that have been done in Europe, the annual rate of adverse drug events was unknown (Vincent et al., 2008; cited in Vincent, 2010, p.63). Berntsen (2004) stated that drug-related errors refer to a variety of causes which count on misplacing decimal points, making spelling errors, mixing wrong drugs, administering drugs to wrong patients, giving drugs through wrong route, administering wrong dosage of drugs, and giving drugs at the wrong time (Berntsen, 2004, p.15). Medicine-related errors can happen at any stage of prescribing medicine. These levels involve “handwriting an order, transcribing the order to other papers, using abbreviations, writing complicated drug names that may have similar spellings, preparing medications that may come in packaging that is similar to the packaging other medications, and mixing of drugs” (Berntsen, 2004, p.15). Berntsen (2004) claimed that 40% of mistakes occurs during the administration phase of medications, 21% during recordings, 17% when providing the medication, 11% in prescribing process and the remaining faults occur during the other stages of medication procedures (Berntsen, 2004, p.15).

2.4. Communication Mistakes

One of the most shared causes of adverse events was fragile communication between either providers or a provider with his patient (Walshe & Boaden, 2006; cited in McCaughan & Kaufman, 2013; Scott et al, 2012; cited in McCaughan & Kaufman, 2013, p.51).

Facial expressions and body languages have been shown to be crucial during communication to clarify the idea or an argument. A study emphasized increasing rate of patient confusion caused by incapability to communicate, make a dialogue or understand the jargon used by doctors (Anderson, 2005, p.76).

Language obstacles have been defined as one of the communication failures. Anderson (2005) claimed that patients with poor English language should not be ignored and he added that to support those patients, president Clinton established an executive law in 2000, demanding equal access to health for patients who were non-English speakers (Anderson, 2005, p.100).

2.5. Trips and Falls

The National Audit Office considered trips and falls as the leading factor for accidents and near misses (National Audit Office, 2005; cited in Edworthy et al, 2006, p.442). Berntsen (2004) stated that errors that were categorized under “falls” group constituted 4.8% of all reported cases and those patients who were 68 years old or over constituted 70% of all. JCAHO has issued a report including statistics about errors related to restraints emphasizing that 4.7% of clinical reports of harm and deaths were associated with errors linked to restraints. Furthermore, the three leading factors for restraints-related errors were inappropriate medical education, weak communication, and insufficient patient evaluation, which could be improved in the presence of a good system in hospitals (Berntsen, 2004, p.23).

3. Prevention Strategies

The Institute of Medicine (IOM) in 2001 defined six dimensions of healthcare Needing Improvement which were: “*Safety, effectiveness, patient centeredness, timeliness, efficiency and equity*” (IOM, 2001; cited in Spath, 2009, p.7).

Although the terminology and concepts used may differ between countries and among hospitals, there is still one shared common aim, which is to reduce medical errors, enhance patient safety, improve healthcare quality and eliminate injuries and harm to patients (Vincent, 1995; cited in Vincent, 2010; Vincent, 2001b; cited in Vincent, 2010, p.24).

Vincent (2010) stated that the Human Reliability Analysis approaches could be used in the process of examining adverse events (Vincent, 2010, p.158). Retrospective and prospective analyses have been used widely. Retrospective analysis of faults concerns about the essential cases due to their repetition, features and degree of pain and suffer. The Root Cause Analysis (RCA) is one of the common strategies used in the retrospective research (Latino, 2004; cited in Yamalik & Perez, 2012; Stalhandske et al, 2003; cited in Yamalik & Perez, 2012; Spath, 2003; cited in Yamalik & Perez, 2012, P.190). Prospective study of medical errors focuses on defining the probability of error event linked to the healthcare service regarding the person giving treatment, equipment used or the environment surrounding it. The used approach in prospective studies is Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) (Latino, 2004; cited in Yamalik & Perez, 2012; Stalhandske et al, 2003; cited in Yamalik & Perez, 2012; Spath, 2003; cited in Yamalik & Perez, 2012, P.190).

According to a Swedish study, the communication factor between caregivers, physicians and patients was recognized as a crucial one for attaining an ultimate patient safety culture (Harenstam et al, 2009; cited in Nygren et al, 2013, p.7). An effective dialogue between the physician and his patient through good communication has been noticed to reduce the incidence of medical errors. Accordingly, it is recommended that some methods should be used to reach the final level of a sufficient conversation between the parties such as “teaches back” or “show me” techniques (Spath, 2008, p.139; 154). Learning, training and education were observed as a second enough factors in attaining a developed patient safety culture. Moreover, blame free culture considered to be a third factor positively affecting patient safety culture improvement (Harenstam et al, 2009; cited in Nygren et al, 2013, p.7).

Two mythologies have been addressed by Leape (1994) regarding the blame factor in healthcare settings. The first one was associated with the “perfection myth”, which says that if people tried their best not to make mistakes, they would not admit faults at all. The second myth refers to the “punishment myth” which states that if people exposed to enough disciplinary actions when they admit a mistake, they would learn to make fewer errors.

Caregivers are motivated to operate backup plans, redundancy, and on-going education for medical practitioners to cope with unpredicted cases and enhanced communication among people who work in hospitals. “Various process measures to offset human frailties are also encouraged designing jobs for safety (e.g., higher staff ratios or fewer work hours), avoiding reliance on memory and vigilance (e.g., use of checklists, protocols, automation of procedures), employing constraints in the work process (e.g., a computer in the pharmacy that requires entry of allergy medicines before the prescription is filled), simplifying key processes (e.g., reducing the number of handoffs or limiting choice of drugs in the pharmacy), and standardizing the work process (e.g., standard order forms, prescribing conventions, and placement of supplies) (Sloan & Chepke, 2008, p.199).

Anderson (2005) stated that there should be some warnings regarding look-alike and sound-alike drugs. Patients should be warned about the right dosage, allergies, side effects, and the convenient use of medical materials (Anderson, 2005, p.99). Moreover, important

suggested actions have been addressed in the IOM report “To Err is human”: reduced work hours for medical residents, error reporting systems, and U.S. Food and Drug Administration (FDA)-required bar coding (Sloan & Chepke, 2008, p.200).

According to Leapfrog Group, almost 567,000 dangerous faults in hospitals have been predicted to be evaded yearly in the presence of computerized physician order entry (CPOE) in which it could decrease the medication errors by 88% (3 Million errors) (Sloan, 2008, p.202; Vincent, 2010). On the other hand, implementation of a standardized bar coding system has been identified as one of the innovations for enhancing patient safety which has been used on prescription drugs, blood products, vaccines, and over-the-counter drugs under medical orders. There has been 24% reduction in medication errors after the use of bar coding system in 1999 according to a review of VA hospital reports (Sloan & Chepke, 2008, p.202).

“A safe culture is the beliefs, attitudes, and values of that unit” (Kohn, et al. 1999; cited in Buelow, 2013, p.3). The Joint Commission suggested the implementation of several steps for enhancing safety culture such as use of patient identifiers, use of standardized abbreviations, improving and standardizing handoff communications (Vincent, 2010).

According to literature reviews that have been done by Sammer et al. (2010), the most impacts that help in developing a healthy and safely culture in hospitals were competent leadership invested in patient safety, cooperation among team members, using evidence to inform practice, good communication, learning from mistakes in a culture of no blame, and patient-centred-care (Sammer et al, 2010; cited in Buelow, 2013, p.106).

Vincent (2010) said that achieving safety culture in hospitals is at the centre for improving quality delivered by medical stakeholders (Vincent, 2010). The existence of an effective and scientific method is essential for detecting mistakes and faults, and to examine adverse events in healthcare setting where there is no fear of blame (Conway et al, 2012; cited in Buelow, 2013; Doucette, 2012; cited in Buelow, 2013; Goeschel et al, 2012; cited in Buelow, 2013, p.106).

Conclusion

Since Hippocrates’s doctrine “primum non nocere” until the publication of the IOM reports during the last 10 years, the patient safety movement has slightly grown, but the research is still not enough to include all the features related to the medical field. It is because the idea was not known very well, and few studies only have mentioned about it. The movement of patient safety has started to gain premises in the 21th century. In regard to what has been said throughout this work, it was clear that the problem of medical errors has been addressed enormously in the U.S. and European countries. However, the problem in hands is an international problem that should be addressed by all governments worldwide, though few governmental bodies have talked about it. For instance, lack of research, shortage of awareness towards patient safety, and fear of blame, shame, and guilt were the major reasons why this practice is still unknown.

Public view hospitals as shelters for sick people and there must not be a risk of developing harm or injury while receiving treatment. However, there has been always heard news about missing numbers, words, sentences, bad handwriting, reading wrongly, the use of complex medical terminology, surgical errors, hospitals related errors, strains- related errors,

delays in treatment, anxiety, broken device, equipment not functioning well, electricity cut, water shortage, injection with wrong doze or incorrect medicine, mixing drugs, confusion in patients names, falls and so on.

In essence, someone may ask why the problem of medical errors has not been studied effectively although according to WHO statistics; there was at least one patient dying daily due to medical errors. It is only when we have noticed all these issues that are related to medical errors arising in healthcare setting. Whatever the case may be, on-going improvements are still alive but further research should be commenced to clarify the topic in the arena.

References

- 1.Anderson, R. (2005). *Medical Malpractice: A Physician's Sourcebook*. Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.
- 2.Bagnara, S. and Tartaglia, R. (2007). Patient safety-an old and a new issue, *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 8(5), 365-369. doi: 10.1080/14639220701193306
- 3.Berntsen, K.J. (2004). *The Patient's Guide To Preventing Medical Errors*. USA: Greenwood Publishing Group, Inc.
- 4.Bodur, S. and Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey, *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 348-355.
- 5.Bodur, S. and Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey, *BMC Health Services Research*, 10(28).
- 6.Buelow, J.M. (2013). Kathleen Mears Memorial Lecture: An Update on Patient Safety Issues in the Epilepsy Monitoring Unit, *Neurodiagnostic journal*, 53, 104-113.
- 7.Edworthy, J., Hignett, S., Hellier, E. and Stubbs, D. (2006). Patient Safety, *Ergonomics*, 49(5-6), 439-443. doi: 10.1080/00140130600568402
- 8.Garcia, C. and Brach, C. (2007). Integrating Health Literacy into Patient Safety Partnerships, *Engaging Patients as Safety Partners: A Guide for Reducing Errors and Improving Satisfaction*, Spath, P. (Eds.), Chicago: Health Forum, Inc.
- 9.Hogan, N.C. (2003). *Unhealed Wounds: Medical Malpractice in the twentieth century*. New York, NY: LFB Scholarly Publishing LLC.
- 10.Mattison, J. (2003). The Patient's Role in Safety: A Physician's Perspective, *Engaging Patients as Safety Partners: A Guide for Reducing Errors and Improving Satisfaction*, Spath, P. (Eds.), Chicago: Health Forum, Inc.
- 11.McCaughan, D. and Kaufmann, G. (2013). Patient safety: threats and solutions, *Nursing Standard (RCNP)*, 27(44), 48-55.
- 12.Nygren, M., Robak, K., Ohrn, A., Rutberg, H., Rahmqvist, M. and Nilson, P. (2013). Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils, *BMC Health Services Research*, 13(52). doi: 10.1186/1472-6963-13-52
- 13.OECD. (2006). *Medical Malpractice: Prevention, Insurance, and Coverage Options*. OECD Publishing.
- 14.Pelling, M.H. (2007). Engaging Patients in Safety: Barriers and Solutions, *Engaging Patients as Safety Partners: A Guide for Reducing Errors and Improving Satisfaction*, Spath, P. (Eds.), Chicago: Health Forum, Inc.



- 15.Saxton, J.W., Esquire, and Finkelstein, M.M. (2008). Enabling Patient Involvement without Increasing Liability Risks, *Engaging Patients as Safety Partners: A Guide for Reducing Errors and Improving Satisfaction*, Spath, P. (Eds.), Chicago: Health Forum, Inc.
- 16.Sloan, F.A and Chepke, L.M. (2008). *Medical Malpractice*. London: The MIT Press.
- 17.Spath, P. (2008). *Engaging Patients as Safety Partners: A Guide for Reducing Errors and Improving Satisfaction*. Chicago: Health Forum, Inc.
- 18.Spath, P. (2009). *Introduction to Healthcare Quality Management*. USA: Health Administration Press.
- 19.Swain, P.S., Spath, P.L. (2008). Creating Opportunities for Patient Involvement, *Engaging Patients as Safety Partners: A Guide for Reducing Errors and Improving Satisfaction*, Spath, P. (Eds.), Chicago: Health Forum, Inc.
- 20.Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- 21.Yamalik, N. and Perez, B.P. (2012). Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice, *International Dental Journal*, 62, 189-196. doi: 10.1111/j.1875-595X.2012.00119.x

**THE PREVALENCE AND TYPES OF MOBBING AMONG NURSES WORKING IN
PRIVATE HOSPITALS IN NICOSIA DISTRICT OF TRNC**

Naskhanym CHAUSHEVA*

Özhan ÖZTUĞ**

ABSTRACT

The main aim of this research was to explore the types and prevalence of mobbing and the demographic variables that were associated with being exposed to mobbing at work. The study sample consisted of nurses working in two private hospitals in Nicosia district of Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). In total 138 questionnaires were distributed using convenience sampling approach and 98 returned back where only 59 were completed adequately. The results of this research showed that mobbing was highly prevalent among nurses working in private hospitals in Nicosia. Amongst a range of mobbing behaviours, not being given an opportunity has been found to be the most frequently reported type of mobbing. These results demonstrate that there is a need for further research with a comprehensive sample of nurses from both private and state hospitals. The Ministry of Health needs to take action by bringing the issue to the awareness of both hospital managers and also health professionals. There is a need for interventions such as in service trainings and also campaigns.

Keywords: Workplace mobbing, mobbing among nurses, healthcare

*European University of Lefke, School of Applied Sciences, Department of Health Management,
naskhanym@gmail.com

**Assist. Prof. Dr., European University of Lefke, Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, ooztug@eul.edu.tr

1. Introduction

The idea of mobbing was first introduced by Swedish researcher Heinz Leymann in early 1980s (Leymann, 1996). Leymann defined mobbing as “behavior which persistently annoys, irritates, disgraces, terrifies simultaneously inimical and unacceptable communication directed towards one or more workers” (Leymann, 1996 cited in Matthiese & Einarsen, 2001). However, a number of terms containing “scapegoating” (Thylefors, 1987), “health endangering leadership” (Kile, 1990), “workplace trauma” (Wilson, 1991), “petty tyranny” (Ashforth, 1994), “harassment” (Brodsky., 1976; Vartia., 1993; Bjorkqvist, Osterman, & Hjelt-Back, 1994), “bullying” (Adams, 1992) have been used for defining “mobbing” at work by different researchers (Einarsen, 2000).

Mobbing is not being referred as a normal conflict, which ends quickly within a specific time. It includes series of suppressions; assaults, humiliations that happen step by step and last for more than 6 months (Cornoiu & Gyorgy, 2013).

According to Tınaz (2006) there are three figures in mobbing actions; mobbers who perpetrates mobbing behaviors and the mobbees who are subjected to hostile behaviors i.e. victim and witnesses of the mobbing (Tınaz cited in Tigrel & Kokalan, 2009).

Einarsen (2000) stated that in mobbing situation there should be a disproportion in ranks and status of the victim and offender(s). The person who opposed has obstacles of self defending in such cases. It could not be counted as bullying if two sides were equally powerful (Einarsen, 2000). At the same time Salin (2001) indicated that professionals with higher education could not be insured in opposition to bullying. Experts who stand in a weak state or own less strength are likely to be exposed to hostile behaviour more often (Salin, 2001).

According to Martino (2003) there were many characteristics which could be included in the risk group such as gender, age, experience, appearance, character, temperament, and attitudes. Martino (2003) stated that personality and attitudes of employees were essential in regards of ability to handle with difficult circumstances. Employee’s appearance is shown to be significant, in professions that involves straight contact with public; for example, personnel wearing uniform may encourage or discourage violence (Martino, 2003).

Mobbing has ravage effects on victims regarding mental and psychological imbalances. Exposure can lead to diminished work capability, underestimation of own abilities and victim facing anxiety, nervousness and depression (Cornoiu & Gyorgy, 2013). Assaults, bullying, violence, harassment are injurious for the victim’s health especially if physical violence and psychological abuse has been involved. Some studies show that bullying was prevalent in healthcare, especially in nursing profession (Edwards & O’Connell, 2006). According to Zlate there are two main mobbing effects: sociable and organizational. Sociable is deterioration in relationship maintenance with family, acquaintances and social institutions while organizational is lack of communication and commitment to the working institution, absenteeism, long sick leaves and devaluation of professional relationships (Zlate, 2007 cited in Cornoiu & Gyorgy, 2013).

The consequences of mobbing for the victims can be psychologically distressing so that the victims may consider suicide (Shelton, 2011). Leymann highlighted that in Sweden approximately 1 800 suicide cases per year could be attributed to workplace problems (Leymann, 1996).

According to Normandale & Daavies (2002) the consequences of mobbing can be followed by symptoms like high blood pressure, insomnia, loss of appetite, irritable bowel syndrome, headaches, anxiety and panic attacks. (Normandale & Davies, 2002 cited in Edwards & O’Connell, 2006). However, Zapf (1999) expressed that some employers and media believed that the victims of mobbing were liable for being mobbed (Zapf, 1999). Healthcare personnel had been exposed to vindictive acts more than any other organizations. At the same time the number of nurses under high risk group were three times higher compared to staff in other departments of the hospital (Kingma, 2001 cited in Dikmentas, 2011). Yıldırım and Yıldırım (2007) stated that nurses of private hospitals have been facing mobbing more in comparison to nurses of public hospitals (Yıldırım, A. & Yıldırım, D., 2007).

Sevinc (2011) stated that mobbing has appeared in Turkey during economic declines which could be interpreted as a way of workers’ intimidation in order them to quit their jobs voluntarily whereas supervisors’ being responsible for discharge (Sevinc, 2011). In addition, there were no direct translations of “mobbing” into Turkish language. Researchers usually define it as “psychological harassment at work”, “psychological terror at work”, “emotional abuse at work” etc. (Tinaz, 2008 cited in Sevinc, 2011).

2. Aim of the study

The main aim of this research was to explore the types and prevalence of mobbing and the demographic variables that were associated with being exposed to mobbing.

The research questions were formulated as follows:

1. How prevalent is exposure to mobbing among nurses working in private hospitals in Nicosia district?
2. What is the most frequent type of mobbing among nurses?
3. Is exposure to mobbing related to:
 - gender
 - marital status, and
 - length of service

3. Methodology

Prior to data collection all the nurses were provided with information regarding the procedures of the study and consent was sought from all participants. The data was collected between March 2014 and end of April 2014.

3.1. Participants

The study sample consisted of nurses working in two private hospitals in Nicosia district of TRNC. In total 138 questionnaires were distributed using convenience sampling approach and 98 returned back where only 59 were completed adequately. The rest of the questionnaires (n=39) were filled in either inadequately or left blank. These were excluded from the study.

3.2. Data Collection Tools

The “Psychological Violent Behavior Instrument” (Yıldırım, 2009) was used as data collection tool. The questionnaire consisted of 33 questions where the frequency of mobbing behaviors were rated using a 6 point Likert scale (0 = I have never faced, 1 = I have faced once, 2 = I face this sometimes, 3 = I have faced several times, 4 = I frequently face this, 5 = I constantly face this).

3.3. Data Analysis

The data was analysed using SPSS v-17 and the statistical tests used for data analysis were Chi-Square Test and Bivairate Correlations.

4. Results and Discussion

4.1. Prevalence of Mobbing

The Present study has revealed that all of the participants (n=59) had faced mobbing at least once during the last 12 months. However, in a Turkish study Yıldırım & Yıldırım (2007) have found that 86% of nurses had faced mobbing behaviors within the last 12 months (Yıldırım, 2009).

As can be seen in Table 1 the most prevalent type of mobbing was “Not being given an opportunity to prove yourself” (79,7%) and the second most prevalent mobbing behavior was “Having untrue things said about you” (59, 3%). However, Yıldırım (2009) found that the most prevalent sort of bullying was attacks on position which were accompanied by assaults on personality. The most prevalent behavior that nurses had faced (56%) was “Having someone talking in underestimating and degrading manner in front of others”. ‘Making you feel like you and your work are being controlled’ was the second most common behaviour which nurses were exposed to (49%).

4.2. Most Frequent Type of Mobbing

The most frequently faced mobbing types were “Not being given an opportunity to prove herself/himself “(Questionnaire item 17; 79, 7%) and “Feeling like you and your work are being controlled” (Questionnaire item 16; 61%). The least frequent type of mobbing was physical violence that was not reported by any participants (Questionnaire item 33; 0%) (Table 1).

The reasons why nurses were not being given opportunities to prove themselves may be attributed to competitiveness in the workplace. On the other hand 61% of the nurses also reported that they felt their work was being controlled, which might be due to managers not trusting their staff (Estes, 2013). However, there is a need for further research and clarification of these issues (Lewis, 2001 cited in Yıldırım, 2009).

Table 1. Prevalent and The Most Frequent Type of Mobbing

No	Question	N	%	Mean	Std. Dev.	Min	Max
1.	Having someone speak about you in a belittling and demeaning manner in the presence of others.	33	55,9	1,2	1,35	0	5
2.	Having untrue things said about you	35	59,3	1,3	1,35	0	5
3.	Having someone behave in a demeaning manner (using body language) towards you in the presence of others	27	45,8	0,9	1,22	0	5
4.	Having someone suggest that you are not psychologically well	17	28,8	0,7	1,28	0	5
5.	Being forced to do a job that will negatively affect your self-confidence	28	47,5	1,1	1,44	0	5
6.	Having your honesty and reliability questioned	22	37,3	0,6	1,00	0	5
7.	Having false rumors said about your private life	22	37,3	0,9	1,30	0	5
8.	Being verbally threatened	17	28,8	0,6	1,06	0	5
9.	Facing behaviors such as slamming fist onto table	18	30,5	0,9	1,16	0	5
10.	Always having your performance evaluated negatively	24	40,7	1,3	1,35	0	5
11.	Being blamed for things you are not responsible for	32	54,2	1,1	1,51	0	5
12.	Being held responsible for negative results of work done with others	27	45,8	1,4	1,48	0	5
13.	Always having errors found in your work and work results	34	57,6	0,9	1,45	0	5
14.	Always having your professional adequacy questioned in the work you do	28	47,5	0,4	1,27	0	5
15.	Having unfair reports written about you	11	18,6	1,3	0,10	0	5
16.	Having you feel like you and your work are being controlled	36	61,0	2,6	1,41	0	5
17.	Not being given an opportunity to prove yourself	47	79,7	2,6	1,74	0	5
18.	Having the decisions and recommendations you have made criticized and rejected	27	45,8	0,1	1,33	0	5
19.	Having duties that you are responsible for taken from you and given to others in lower positions	20	33,9	0,7	1,23	0	5
20.	Being inspected by others in positions below yours	24	40,7	0,1	1,40	0	5
21.	Considering the work you have done as without value and importance	28	47,5	1,0	1,46	0	5
22.	Not being informed about social meetings that are organized	31	52,5	1,1	1,42	0	5
23.	Not being able to get an answer to your request for a meeting and to talk	21	35,6	0,7	1,15	0	5
24.	Being treated in your workplace as if you aren't seen and don't exist	21	35,6	0,8	1,29	0	5
25.	Frequently being interrupted while you are speaking	31	52,5	1,2	1,37	0	5
26.	Not receiving an answer to e-mail you have sent and telephone calls	15	25,4	0,5	1,06	0	5
27.	Preventing or forbidding coworkers from talking with you	12	20,3	0,4	0,10	0	5
28.	When you enter an area knowingly leaving the area where you are	18	30,5	0,6	1,14	0	5
29.	Holding you responsible for work more than your capacity	25	42,4	1,0	1,53	0	5
30.	Pressuring you to quit your job or change your workplace	18	30,5	0,6	1,24	0	5
31.	Hiding information, documents and material from you that you need for your job	13	22,0	0,5	1,18	0	5

32.	Harming your personal things	15	25,4	0,6	1,20	0	5
33.	Having physical violence used	1	1,7	0	0,13	0	5

4.3. Gender and Mobbing

It has been found that gender was not significantly associated with being exposed to mobbing $\chi^2(1, N=59) = 0.68$. $p > 0.05$. Nevertheless, ILO (2013), mentioned that gender based violence (GBV) was usually against females although males could be subjected to GBV as well (ILO, 2013).

Salin argues that women can be terrorized more due to the perception of inability to protect themselves while men were not definite of labelling their experience as bullying and usually consider such actions as a part of their work (Salin, 2003 cited in Cooper et al., 2004). Although, Dikmentaş et al. (2011) found that there were no significant differences in being exposed to mobbing with regard to gender that also support the findings of the present research. The contradiction of results from different studies may be due to differences in cultural characteristics of the study populations.

4.4. Marital Status and Mobbing

Current study has found that single participants were more exposed to mobbing at work. There was a significant relationship between marital status and Questionnaire item 3 that was “Having someone behave in a demeaning manner (using body language) towards” $\chi^2(1, N = 59) = 0.03$, $p < 0, 05$.

Questionnaire item number 18 “having the decisions and recommendations you have made criticized and rejected” was also associated with marital status $\chi^2(1, N = 59) = 0.03$, $p < 0, 05$.

Question 24 was also associated with marital status and being exposed to mobbing behaviors “being treated in your workplace as if you aren’t seen and don’t exist” $\chi^2(1, N = 59) = 0.04$, $p < 0, 05$.

Single nurses due to their potential achievements in the working career might be taken aback by mobbing behaviours.

4.5. Length of Service and Mobbing

The association between length of service and mobbing behaviours was tested using Spearman Correlation Coefficient Technique. As a result it has been found that there was a significant positive relationship between four of the questionnaire items (Q2, Q4, Q21 and Q24) and worked years (See Table 2)

In their study Campo & Fattorini (2007) highlighted that workers with many years of service were mostly under compression in order to encourage “voluntary departure” which can also be the case for the current study.

Table 2. Spearman Correlations between Length of Service and Mobbing

Questionnaire Item	R	Significance
2. Having untrue things said about you	0,31	0,017
4. Having someone suggest that you are not psychologically well	0,30	0,021
21. Considering the work you have done as without value and importance	0,35	0,007
24. Being treated in your workplace as if you aren't seen and don't exist	0,26	0,042

Conclusion

The results of this research show that mobbing is highly prevalent among nurses working in private hospitals in Nicosia district of TRNC. Amongst a range of mobbing behaviours, not being given an opportunity has been found to be the most frequently reported type of mobbing. These results show that there is a need for further investigating the issue with a more representative sample of nurses from both private and state hospitals in TRNC.

The Ministry of Health needs to take action by bringing the issue to the awareness of both hospital managers and also health professionals. There is a need for interventions such as in service trainings and also campaigns. Follow up surveys should also be conducted by health organizations that will help in providing the necessary information regarding the effectiveness of interventions.

References

- 1.Campo, G. & Fattorini. E. (2007). Human Resources Management in Organizational Change and the Issue of Mobbing: An Italian Experience, Vol. 3, No. 2, 37-45
- 2.Cornoiu, T. & Gyorgy, M. (2013). *Mobbing in Organizations. Benefits of Identifying the Phenomenon*, Elsevier B.V., 708-712
- 3.Cooper. L.C., Hoel. H. & Faragher. B. (2004). Bullying is detrimental to health, but all bullying behaviors are not necessarily equally damaging, *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (3), 367-387, doi: 10.1080/03069880410001723594
- 4.Dikmentaş, E., Top. M. & Ergin. G. (2011). An Examination of Mobbing and Burnout of Residents, *Turkish Journal of Psychiatry* 2011; 22
- 5.Edwards. L.S. & O'Connell C.F. (2006). *Exploring bullying: implications for nurse educators*, Nurse Education in Practice, 7, 26-35
- 6.Einarsen, S. (2000). *Harassment and Bullying at Work: A Review of the Scandinavian Approach*, Aggression and Violent Behavior, Vol.5, No.4, 379-401
- 7.Estes, B. (2013). *Abusive Supervision and Nursing Performance*, Nursing Forum, Vol 48, No.1
- 8.ILO (2013) Work-Related violence and its integration into existing surveys

9. Leymann, H. (1996). The Content and Development of Mobbing at Work, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 165-184
10. Martino, D.V. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*, Workplace Violence in the health sector ILO/ICN/WHO/PSI
11. Matthiesen, S.B. & Einarsen, S. (2001). MMPI-2 configurations among victims of bullying at work, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 467-484
12. Shelton, T. (2011) *Mobbing, Bullying & Harassment: A Silent Dilemma in the Workplace*, Research Papers. Paper 149
13. Salin, D. (2001). Prevalence and Forms of Bullying Among Business Professionals: A Comparison of Two Different Strategies for Measuring Bullying, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 425-441
14. Sevinc, E.T. (2011). *Mobbing with a gender perspective: how women perceive, experience and are affected from it?*, MSc Thesis, Middle East Technical University, 160p
15. Tigrel, E.Y. & Kokalan, O. (2009). Academic Mobbing in Turkey, *International Journal of Social, Management, Economics and Business Engineering Vol:3 No: 7*
16. Yildirim, A. & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 1444-1453
17. Yildirim, D. (2009). *Bullying Among Nurses and Its Effects*, *International Nursing Review* 56, 504-511
18. Zapf, D. (1999). *Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work*, *International Journal of Manpower* 20, 70-85



**ÖZEL HASTANELERDE KALİTE YÖNETİMİ SİSTEMİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA
(ISPARTA İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

Meltem KAPLAN*
Şeniz HASDİL**
A. Çetin YİĞİT***
Seçkin Berk ÇAKIR****
İ.CeyhunBAYRAKTAROĞLU*****

ÖZET

Özel hastanelerde Kalite Yönetimi Sisteminin Belirlenmesine Yönelik Bir Değerlendirme ” konulu bitirme projesinde Isparta İl merkezinde bulunan özel hastanelerde çalışan sağlık personeline(hekim, hemşire_ebe, klinik sekreteri, sağlık memuru ve diğer sağlık personeline)anket uygulaması yapılmıştır.Veriler SPSS 17.0 programına aktarılmış ,gerekli çözümlenmeler yapılmıştır. Kalite kavramı, Kalitenin tarihçesi, Toplam Kalite Yönetimi, Toplam Kalite Yönetimi Amaç, Özellikleri, Toplam Kaliteye Katkısı olan önemli kişiler,Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Sektöründe Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Süreci, Sağlık Sektöründeki Kalite Uygulamalarındaki Sorunlar ve Çözümü gibi konular proje metninde ilgili başlıklar altında değerlendirilmeye alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Personeli, Kalite Yönetim Sistemi, Sağlık Hizmeti

*Lefke Avrupa Üniversitesi, UBYO Sağlık Yönetimi, mltmmkpln@gmail.com

**Lefke Avrupa Üniversitesi, UBYO Sağlık Yönetimi, snzhsdl@gmail.com

***Yrd.Doç.Dr. Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cyigit200@yahoo.com

****Lefke Avrupa Üniversitesi, UBYO Sağlık Yönetimi, s.berk.cakir@hotmail.com

*****Lefke Avrupa Üniversitesi, UBYO Sağlık Yönetimi, i-ceyhun-bayraktaro-lu1@hotmail.com

1. Giriş

Toplam Kalite Yönetimi, günümüz hızla değişen rekabet koşullarında, işletmelerin piyasadaki varlıklarını devam ettirebilmeleri için geliştirilmiş yöntemlerden biridir. İşletmeler için kalite kavramı, en kısa biçimde müşteri doyumunu sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Kalite Yönetimi kavramı ise işletmenin, kaliteye ilişkin müşteri beklentilerini karşılayan bir yönetim süreci olarak tanımlanmaktadır.

Önceleri işletmeler kaliteyi sadece tek bir yönüyle ele alırken TKY felsefesinin şirketler bünyesinde yerleşmesi ve çoğalmasıyla kaliteye olan bakış açısı da değişmiştir. Artık sadece üretilen ürün ya da hizmetin kullanışlı ya da diğer şirketlerin ürün ve hizmetlerinden daha iyi olması ürün ya da hizmetin kaliteli olduğu sonucu vermemektedir. Eski kalite anlayışının üzerine gelen TKY felsefesi daha yenilikçi, istikrarlı ve daha düzenli üretim aşamalarını sağlamakta, zamana ve müşterilere uygun üretim ve hizmet sunmak amacıyla hareket etmektedir. Bu durumda kalite anlayışının değişmesine ve gelişerek hızla yeniliklerle donanmasına neden olmuştur. Kısacası TKY hem bir yönetim düşüncesi ve hem de örgütsel iklimde bir değişim felsefesidir.

Hizmet sektörünün içerisinde önemli bir yere sahip olan sağlık sektöründe kalite daha çok çalışanların hastalara diğer bir söylemle müşterilere sunulan hizmetle alakalıdır. Aynı zamanda sağlık kurumlarında kalitenin ölçülmesi de diğer sektörlerde göre daha zordur. Çünkü üretim işletmelerine göre hizmet işletmelerinin ortaya koydukları değer somutluk/soyutluk açısından farklılık göstermektedir. Sağlık işletmeleri birer hizmet işletmesi olması dolayısıyla el tutulur gözle görülür bir değer ortaya koymamaktadır. Bu yüzden ortaya koyulan değerlerin yani verilen hizmetin kalitesinin ölçülmesi ve kalitesi hakkında geri dönüşüm alma süresi uzundur. Aynı zamanda sağlık sektörü durağan görünmesine rağmen oldukça hızlı değişen ve sürekli yeniliklerle dönüşen yeniden yapılanan bir sektördür. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve gerekse sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini arttırmaktadır.

Bu çalışmada Ağız ve Diş Sağlığı toplam kalite yönetiminin hemşirelerin performansında olumlu ya da olumsuz etkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmanın ikinci ve üçüncü bölümlerinde literatür taramasına yer verilmiş, dördüncü bölümde araştırmanın amacına uygun olarak yöntem bölümü açıklanmış ve son bölümde araştırma bulgularına yer verilerek yorumlanmıştır.

Bu bölümde araştırmanın amacına ve alt amaçlarına (hipotezlerine), önemine, sayıltılarına, sınırlılıklarına, tanımlarına ve yöntemine (araştırma modeli, evren ve örneklem, yorumlanması) yer verilmiştir.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Isparta Özel Davraz Yaşam Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin kalite güvenliği kültürü algısının sosyo-demografik özelliklere göre değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

- Araştırma kapsamındaki sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri nelerdir?

- Sağlık personelinin kalite güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algılarının düzeyi nedir?
- Sağlık personelinin kalite güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algıları ile cinsiyet grupları arasında bir ilişki var mıdır?
- Sağlık personelinin kalite güvenliği kültürü boyutlarına ilişkin algıları ile yaş grupları arasında bir ilişki var mıdır?

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evrenini Isparta Özel Davraz Yaşam Hastanesi’nde çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için hastane yönetiminden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kapsamında Isparta Özel Davraz Yaşam Hastanesi’nin tüm birimlerinde çalışan toplam 300 sağlık personeline anket uygulanmıştır. Araştırma kapsamında sağlık personeline dağıtılan anket sayısı 300 dönen anket sayısı 150’dir. Bu rakam bilinen evrenden örneklem çekilme formülü ile yapılan hesaplardan elde edilen sayıya büyüktür.

2.3. Verilerin Toplanması

Veriler iki yolla toplanmıştır:

Konuyla ilgili başlıklar kaynak tarama ve internet tarama yoluyla yapılmış olup, elde edilen bilgiler bu araştırmanın ilgili başlıkları altında analiz edilmiştir.

Kalite Yönetimi Sistemi Hastane Anketi 6 boyutludur ve 50 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca katılımcılara hasta güvenliği derecesi ve raporlanan olay sayısı ile ilgili birer soru sorulmaktadır. Kişisel bilgiler bölümünde katılımcıların sosyodemografik bilgilerini içeren 9 soru bulunmaktadır. Son bölümde ise katılımcıların yorumlarını yazmaları istenmiştir.

Anketin A, B, bölümlerinde ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı Ölçekler 5’li likert tipte olup, “1” en kötü durumu “5” ise en iyi durumu göstermektedir. Ayrıca hasta güvenliği ölçeğinde 11 madde ölçeğin özelliği gereği ters çevrilerek puanlanmıştır. Ölçeğin daha önce geçerlilik ve güvenilirliği yapıldığından tekrar yapılmamış ancak, güvenilirlik için iç tutarlılığı belirlemek amacıyla Cronbach’s alfa değeri hesaplanmıştır. Araştırmada demografik dağılım ve Kalite Yönetimi sistemiyle ilgili boyutlarla ilgili skorlarda herhangi bir grupta yöntemine gidilmemiş, 5 ‘li likert ile cevaplanmış soruların ölçümü ve dağılımı verilmiştir. Karşılaştırma sorularında matrislerin tamamının dolu olmaması ve matrislerin beklenen değerinin 5’ ten küçük olması sebebiyle 5 ‘li likertler (Çok kötü, kötü, ne iyi ne kötü, iyi, çok iyi) üçlü gruplandırma yöntemiyle (iyi, orta, kötü) 3 ‘lü likerte dönüştürülmüş ve ölçümler buna göre yapılmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS 17.0 programına aktarılmış ve gerekli çözümler yapılmıştır. Tablolar oluşturularak yorumlanmış ve değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Örneklem grubunun demografik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre dağılımı tablo-1’de sunulmuştur. Buna göre araştırma kapsamına 150 kişi alınmıştır. Örneklem grubunun %61,3’ü “kadın”, %38,7’si “erkek”tir. Medeni durumu açısından bakıldığında %55,3’nün “Evlü”, %44,7’sinin “Bekar” olduğu gözlemlenmiştir. Yaş gruplarına göre bakıldığında %70,0’i “18-33 yaş”, %17,3’ü “34-41 yaş” ve geri kalanı “+42 yaş” grubuna girmektedir. Eğitim

durumu açısından incelendiğinde %42,0’sinin “Lise”, %25,3’ünün “Önlisans”, %24,7’sinin “Lisans” ve %8,0’i ise “Yüksek Lisans/Doktora” mezunu oldukları anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan örneklem grubunun mesleği açısından bakıldığında %10,7’sinin “Hekim”, %38,7’sinin hemşire, % 14,0’ünün “Sağlık Teknikeri” ve %36,7’sinin “Diğer Sağlık Personeli” olduğu görülmektedir. Meslekte çalışma sürelerine göre %15,3’ünün “1 yıldan az”, %74,0’ünün “1-5 Yıl”, %10,7’sinin “6 yıldan daha fazla” çalıştığı saptanmıştır. Örneklem Grubunun gelir durum incelendiğinde %84,7’sinin “0-2000 TL”, %13,3’ünün “2000-5000” TL ve %2,0’sinin ise “+5001 TL” gelir grubunda oldukları saptanmıştır.

Tablo-1: Örneklem Grubunun Demografik Ve Sosyo-Ekonomik Faktörlere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		SAYI	YÜZDE(%)
Cinsiyeti	Kadin	92	61,3
	Erkek	58	38,7
	Toplam	150	100,0
Medeni Durum	Evli	83	55,3
	Bekar	67	44,7
	Toplam	150	100,0
Yaş Grupları	18-33	105	70,0
	34-41	26	17,3
	+42	19	12,7
	Toplam	150	100,0
Eğitim Durum	Lise	63	42,0
	Önlisans	38	25,3
	Lisans	37	24,7
	Yüksek Lisans/Doktora	12	8,0
	Toplam	150	100,0
Unvanınız	Hekim	16	10,7
	Hemşire	58	38,7
	Sağlık Teknikeri	21	14,0
	Diğer	55	36,7
	Toplam	150	100,0
Hastanede Çalışma Yılıınız	1 yıldan az	23	15,3
	1-5 yıl	111	74,0
	+6 yıl	16	10,7
	Toplam	150	100,0
Gelir Grupları	0-2000 tl	127	84,7
	2001-5000 tl	20	13,3
	+5001	3	2,0
	Toplam	150	150

Tablo-2: Kalite Yönetim Sistemi İle İlgili Skorlar

S. NO	KRİTERLER	ORTALAMA	STANDART SAPMA
01	Sağlanan hizmetlerin gözden geçirilmesi ve kayıtların tutulması	4,67	,527
02	Kullanılan araçların kalibrasyonlarının ve kontrollerinin yapılması	4,67	,527
03	Kalite Politikamız	4,67	,552
04	Kalite Hedeflerimiz.	4,67	,552
05	Yönetimin kalite ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmesi	4,66	,529
06	Hizmetle ilgili tüm yasal ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi	4,65	,533
07	Hastanemizde dökümanların kontrolü	4,65	,555
08	Hastanemizde kayıtların kontrolü	4,65	,555
09	Kalitesisteminin planlanması	4,65	,557
10	Ödünç alınan malzemelerin güvenliğinin sağlanması	4,64	,534
11	Hizmet verilen hasta ve birimlerle iş birliği ve iletişim	4,64	,547
12	İlaçların ve malzemelerin uygun depolanması	4,64	,547
13	Hastanemizde sistemin dökümantasyonu	4,63	,562
14	Yönetim kalitesisteminin belirli aralıklarla gözden geçirilmesi	4,63	,572
15	Hastanemizde kaliteye yönelik bir el kitabı	4,63	,574
16	Uygunsuzlukların oluşmasını engelleyici faaliyetler	4,61	,541
17	Hastanemizde tüm süreçlerin tanımlanması	4,61	,577
18	Hastane hizmetlerinin planlanması	4,59	,570
19	İletişim sistemi	4,59	,581
20	Verilen hizmetin izlenebilirliği için kullanılan yöntemler	4,58	,559
21	Uygunsuzlukların çıkması durumunda yapılan düzeltici faaliyetler	4,57	,560
22	Hasta memnuniyetlerinin düzenli ölçülmesi	4,57	,572
23	Hizmetlerin uygunluğunun kontrolü	4,56	,561
24	Sürekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılması	4,55	,563
25	Süreçlerin geçerliliğinin sağlanması	4,55	,597
26	Yetki ve sorumluluklarımızın belirlilik seviyesi	4,51	,588
27	Yönetimin müşteri odaklılık seviyesi	4,51	,599
28	Verilen hizmete ve kaliteye yönelik yapılan iç tetkikler	4,50	,540
29	Hizmet ve ürünlerin kayıtlarının tutulması ve uygunluğun ölçülmesi	4,49	,576
30	Süreçlerin performansların ölçümü	4,49	,599
31	Toplanan verilerin analiz edilmesi	4,47	,576
32	Uygun olmayan ürün ve hizmet kontrolü	4,45	,574
33	Satın alınan ürünün muayenesinin yapılması	4,45	,585
34	Satın alma işlemlerinin şartlara uygunluğu	4,43	,618
35	Altyapının kalitesi	4,38	,587
36	Kaliteli bir sistem için gerekli kaynakların sağlanması	4,37	,562
37	Çalışma ortamının kalitesi	4,35	,636
38	Çalışanların yetkinliği bilinç seviyeleri ve eğitim	4,27	,598
39	Çalışan sayısının yeterliliği	4,20	,635
	GENEL ORTALAMA	4,55	

Tablo-2 incelendiğinde, Kalite Yönetim Sistemi toplam 39 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalama skoru 4,55 olarak gerçekleşmiştir. Bu boyutta ilk 4 sırayı 4,67 ile “Hizmetlerin Kontrolü ve Kayıtların Tutulması”, “Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrolleri”, “Kalite politikaları” ve “Kalite hedefleri” almıştır. 4,66 ile “Yönetimin kalite ile ilgili sorumlulukları” ve 4,65 ile “Hizmetle ilgili tüm gerekliliklerin yerine getirilmesi” sırayı takip etmiştir. En düşük skoru 4,20 ile “Çalışan sayısının yeterliliği.” kriteri almıştır.

Tablo-3 incelendiğinde, Cinsiyet ile Kalite Yönetim Sisteminin boyutları ile yapılan analizleri sonucunda; Cinsiyet ile “Yönetimin Müşteri Odaklılık Seviyesi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,039$) bulunmuştur. Kadınlara göre erkeklerin bu kriteri daha iyi buldukları gözlenmiştir.

Tablo-3: Yönetimin Müşteri Odaklılık Seviyesinin Cinsiyete Göre Dağılımı

		Müşteri Odaklılık Seviyesi						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	6	6,5	42	45,7	44	47,8	92	100,0
	Erkek	2	3,4	16	27,6	40	69,0	58	100,0
	Toplam	8	5,3	58	38,7	84	56,0	150	100,0

Ki-kare = 6,471 $p=,039$

Tablo-4 incelendiğinde, Cinsiyet ile “Uygun Depolanma Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,035$) saptanmıştır. Kadınlara göre erkeklerin bu kriteri daha iyi buldukları belirlenmiştir.

Tablo-4: İlaçların ve Malzemelerin Uygun Depolanma Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		Uygun Depolanma						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	3	3,3	34	37,0	55	59,7	92	100,0
	Erkek	2	3,4	10	17,2	46	79,3	58	100,0
	Toplam	5	3,4	44	29,3	101	67,3	150	100,0

Ki-kare = 6,732 $p=,035$

Tablo-5: Çalışan Sayısının Yeterlilik Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

		Çalışan Sayısı						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	15	16,3	53	57,6	24	26,1	92	100,0
	Erkek	3	5,2	31	53,4	24	41,4	58	100,0
	Toplam	18	12,0	84	56,0	48	32,0	150	100,0

Ki-kare = 6,383 $p=,041$

Tablo-5 incelendiğinde, Cinsiyet ile “Çalışan Sayısının Yeterliliği Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,041$) olarak belirlenmiştir. Kadınlara göre erkeklerin bu kriteri daha iyi buldukları görülmektedir.

Tablo-6 incelendiğinde, Cinsiyet ile “Çalışan Sayısının Yeterliliği Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,013$) olarak belirlenmiştir. Kadınlara göre erkeklerin bu kriteri daha iyi buldukları saptanmıştır.

Tablo-6: Hasta Memnuniyetlerinin Düzenli Ölçülmesi Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

		Memnuniyet Ölçümü						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	4	4,3	40	43,5	48	52,2	92	100,0
	Erkek	2	3,4	12	20,7	44	75,9	58	100,0
	Toplam	6	4,0	52	34,7	92	61,3	150	100,0

Ki-kare = 8,656 $p=,013$

Tablo-7 incelendiğinde Yaş Grupları ile Kalite Yönetim Sisteminin boyutları ile yapılan analizleri sonucunda; Yaş Grupları ile “Yetki Ve Sorumlulukların Belirlenmesi Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,041$) bulunmuştur. 42+ yaş grubunun bu kriteri orta seviyede bulunduğu gözlenmiştir

Tablo-7: Yetki ve Sorumlulukların Belirlenmesi Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Yetki ve Sorumluluklar						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	4	3,8	46	43,8	55	52,4	105	100,0
	34-41	1	3,8	4	15,4	21	80,8	26	100,0
	+42	2	10,5	9	47,4	8	42,1	19	100,0
	Toplam	7	4,7	59	39,3	84	56,0	150	100,0

Ki-kare=9,988 $p=,041$

Tablo-8 incelendiğinde, Yaş Grupları ile “Çalışma Ortamının Kalitesi Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,005$) olarak bulunmuştur. “34-41 yaş” grubunun bu kriteri iyi seviyede olduğunu belirlemiştir

Tablo-8: Çalışma Ortamının Kalitesinin Belirlenmesi Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Çalışma Ortamı						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	10	9,5	59	56,2	35	34,3	105	100,0
	34-41	1	3,8	6	23,1	19	73,1	25	100,0
	+42	2	10,5	6	31,6	11	57,9	19	100,0
	Toplam	13	8,7	71	47,3	66	44,0	150	100,0
Ki-kare=14,912 p= ,005									

Tablo-9 incelendiğinde Yaş Grupları ile “Hasta Memnuniyeti Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,005$) olarak saptanmıştır. “42+ yaş” grubunun bu kriteri kötü seviyede olduğunu belirlemiştir

Tablo-9: Hasta Memnuniyetinin Düzenli Ölçülmesi Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Hasta Memnuniyeti						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	3	2,9	46	43,8	56	53,3	105	100,0
	34-41	1	3,8	3	11,5	22	84,6	25	100,0
	+42	2	10,5	3	15,8	14	73,7	19	100,0
	Toplam	6	4,0	52	34,7	92	61,3	150	100,0
Ki-kare=14,730 p= ,005									

Tablo-10 incelendiğinde Yaş Grupları ile “Süreçler ve Performanslar Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,019$) olarak bulunmuştur. “34-41 yaş” grubunun bu kriteri iyi seviyede olduğunu belirlemiştir

Tablo-10: Süreçlerin ve Performanslarının Ölçülmesi Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Süreçler ve Performanslar						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	5	4,8	51	48,6	49	46,7	105	100,0
	34-41	1	3,8	4	15,4	21	80,8	25	100,0
	+42	2	10,5	6	31,6	11	57,9	19	100,0
	Toplam	8	5,3	61	40,7	81	54,0	150	100,0
Ki-kare=11,768 p= ,019									

Tablo-11 incelendiğinde Yaş Grupları ile “Hizmet ve Ürünlerin Kayıtı ve Uygunluğu Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,001$) olarak bulunmuştur. “34-41 yaş” grubunun bu kriteri iyi seviyede olduğunu belirlemiştir

Tablo-11: Hizmet ve Ürünlerin Kayıtlarının Tutulması ve Uygunluğun Ölçülmesi Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Hizmet ve Ürünlerin Kayıtı ve Uygunluğu						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	3	4,8	56	48,6	46	46,7	105	100,0
	34-41	1	3,8	3	15,4	22	80,8	25	100,0
	+42	2	10,5	5	31,6	12	57,9	19	100,0
	Toplam	6	5,3	64	40,7	80	54,0	150	100,0

Ki-kare=19,613 $p=,001$

Tablo-12 incelendiğinde, Yaş Grupları ile “Uygunluk Kontrolü Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,003$) olarak bulunmuştur. “+42yaş” grubunun bu kriteri iyi seviyede olduğunu gözlemiştir

Tablo-12: Uygun Olmayan Ürün ve Hizmet Kontrolü Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Uygunluk Kontrolü						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	3	2,8	59	56,2	43	41,0	105	100,0
	34-41	1	3,9	9	34,6	16	61,5	25	100,0
	+42	2	10,5	2	10,5	15	79,0	19	100,0
	Toplam	6	4,0	70	46,7	74	49,3	150	100,0

Ki-kare=16,193 $p=,003$

Tablo-13 incelendiğinde, Yaş Grupları ile “Verilerin Analizi Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,001$) olarak saptanmıştır. “18-33 yaş” grubunun bu kriteri orta seviyede olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo-13: Toplanan Verilerin Analiz Edilmesi Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Verilerin Analizi						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	3	2,9	58	55,2	44	41,9	105	100,0
	34-41	1	3,8	4	15,4	21	80,8	25	100,0
	+42	2	10,5	5	26,3	12	63,2	19	100,0
	Toplam	6	4,0	67	44,7	77	51,3	150	100,0

Ki-kare=18,143 $p=,001$

Tablo-14 incelendiğinde, Yaş Grupları ile “İyileştirme Faaliyetleri Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,049$) olarak görülmüştür. “+42 yaş” grubunun bu kriteri kötü seviyede olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo-14: Sürekli İyileştirme Faaliyetlerinin Yağılması Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		İyileştirme Faaliyetleri						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	3	2,9	49	46,7	53	50,5	105	100,0
	34-41	1	3,8	5	19,2	20	76,9	25	100,0
	+42	1	5,3	4	21,1	14	73,6	19	100,0
	Toplam	5	3,3	58	38,7	87	58,0	150	100,0

Ki-kare=9,543 p= ,049

Tablo-15 incelendiğinde, Yaş Grupları ile “Düzeltilici Faaliyetler Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,049$) olarak görülmüştür. “42+ yaş” grubunun bu kriteri iyi seviyede olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo-15: Uygunsuzlukların Çıkması Durumunda Yapılan Düzeltilici Faaliyetler Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Düzeltilici Faaliyetler						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	3	2,9	49	46,7	53	50,5	105	100,0
	34-41	1	3,8	4	15,4	21	80,8	25	100,0
	+42	1	5,3	1	5,3	17	89,4	19	100,0
	Toplam	5	3,3	54	36,0	91	60,7	150	100,0

Ki-kare=17,807 p= ,001

Tablo-16: Uygunsuzlukların Oluşmasını Engelleyici Faaliyetler Durumunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Engelleyici Faaliyetler						Toplam	
		Kötü		Orta		İyi			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları	18-33	2	1,9	45	42,9	58	55,2	105	100,0
	34-41	1	3,8	3	11,5	22	84,6	25	100,0
	+42	1	5,3	2	10,5	16	84,2	19	100,0
	Toplam	4	2,7	50	33,3	96	64,0	150	100,0

Ki-Kare=14,570 p=,006

Tablo-16 inceleniğinde, Yaş Grupları ile “Engelleyici Faaliyetler Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,006$) olarak görülmüştür. “34-41 yaş” grubunun bu kriteri iyi seviyede olduğunu ortaya koymuştur.

4. Tartışma

Kalite Yönetim Sistemi toplam 39 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalama skoru 4,55 olarak gerçekleşmiştir. Bu boyutta ilk 4 sırayı 4,67 ile “Hizmetlerin Kontrolü ve Kayıtların Tutulması”, “ Kullanılan araçların kalibrasyonları ve kontrolleri”, “Kalite politikaları” ve “Kalite hedefleri” almıştı. 4,66 ile “Yönetimin kalite ile ilgili sorumlulukları” ve 4,65 ile “Hizmetle ilgili tüm gerekliliklerin yerine getirilmesi” sırayı takip etmiştir. En düşük skoru 4,20 ile “Çalışan sayısının yeterliliği.” kriteri almıştır.

Bu araştırma daha önce Taş (2013)’ün Kocaeli Eğitim Araştırma Hastanesi’nde yapılmış olup Kalite Yönetim Sistemine ilişkin en yüksek puan ortalamalarını Hizmetin gerçekleştirilmesi 3,06 kriteri almıştır. Bu sırayı takip eden 2.82 ile Ölçme, analiz ve iyileştirme, 2,78 ile yönetimin sorumluluğu , 2.80 ile genel şartlar almaktadır. En düşük kriter ise 2,52 ile kaynak yönetimi’dir.

Araştırma sonuçlarına bakılacak olursa özel hastane’de kamu hastanesine göre sonuçların çok daha yüksek çıktığını görebilmekteyiz. ;Kamu hastanesinde yönetimin sorumluluğu 2,78 ile ortalamanın altında bir değer iken özel hastane’de bu kriterin 4,66 ile ortalamaı fazlasıyla geçtiği gözlemlenmiştir.

Araştırma, Isparta il merkezinde bulunan tek bir özel hastanede uygulanmış olduğundan genelleme yapılamaz. Genelleme yapılabilmesi için Türkiye genelinde tüm özel hastanelerin sağlık personeli sayılarına göre yeterli sayıda örneklem seçilip aynı araştırmanın uygulanması gerekmektedir.

Örgüt kültürünün insan sağlığının bozulmasını engellemek, bozulan ruhsal ve fiziksel yapısını, sakatlıklarını gidermek, bedensel ve ruhsal acılarını gidermek ve onu hastalıklardan korumak, algıların ve değerlerin oluşmasını sağlamaktır. Toplam kalitede bu amaçla tüm çalışanların ve yöneticilerin bilgilendirilmesi önemli bir yer oluşturmaktadır. Bireylerin yaşam ve sağlık hakkının varoluşu nedeniyle büyük riskler ile karşılaşması olası bir durumdur Sağlık hizmetlerinin verilmesinde kalite yöntemi sistemi, ve hasta güvenliği, çok önemli bir yapıdır. Tıbbi alanda yapılan hatalar çoğunlukla insan unsurları, tıbbi cihazlar ve çevresel etkenleri kapsamaktadır. Dolayısıyla kalite yönetimi ve hasta güvenliğinin örgüt içerisindeki bireysel hatalarda oluştuğu da göz ardı edilmemelidir. Daha çok örgüt yapısı, çalışan sayısındaki eksiklikler, teknik yapıdaki olumsuzluklar, ve birtakım alt yapı eksikliklerinden bu grup içerisinde yer almaktadır. Bu etkenler, yalnız başına da tıbbi uygulama hatası meydana gelmesine sebep olabilir. Fakat tıbbi bakım, bir ekip çalışması olduğu için hata oluşumunda bahsi geçen etkenler, çoğunlukla iç içe geçmiş şekilde karşımıza çıkmaktadır

Kalite yönetimi sistemi bu amaçla sağlık hizmeti vermesinde uluslararası geçerliliği olan, standartlara uygun tanı, ve tedavi geliştirilmesinde büyük bir süreç olarak görülmektedir. Sağlık alanında yapılan tüm uygulamaların ve ihtiyaçların hastaların beklentilerine karşılanması ve sürekli gelişim göstermesi önemli bir aşamayı oluşturmaktadır. Kalite yöntemi sistemi bu amaçla çalışanlar arasında uyumlu, koordineli bir şekilde çalışmayı üst üste ilişkinin gelişmesine önemli bir katkıda bulunur. Hastanelerde

kalite yönetim sistemi ilkelerinin hizmet sektörü içerisinde önemli bir yere sahip olduğu daha çok çalışanların hastalara diğer bir deyişle müşterilere sunulan hizmetle alakalıdır .

5. Sonuçlar

Kalite yönetimi sistemi toplam 39 soruda ölçümlenmiş ve genel ortalama skoru 4,55 olarak gerçekleşmiştir cinsiyet ile kalite yönetim sisteminin boyutları ile yapılan analizleri sonucunda; cinsiyet ile “yönetimin müşteri odaklılık seviyesi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,039$) bulunmuştur, cinsiyet ile “uygun depolanma durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,035$) saptanmıştır. Kadınlara göre erkeklerin bu kriteri daha iyi buldukları belirlenmiştir, cinsiyet ile “çalışan sayısının yeterliliği durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,041$) olarak belirlenmiştir. Cinsiyet ile “Çalışan Sayısının Yeterliliği Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,013$) olarak belirlenmiştir.

Yaş Grupları ile Kalite Yönetim Sisteminin boyutları ile yapılan analizleri sonucunda; Yaş Grupları ile “Yetki Ve Sorumlulukların Belirlenmesi Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,041$) bulunmuştur Yaş Grupları ile “Çalışma Ortamının Kalite Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,005$) olarak bulunmuştur Yaş Grupları ile “Süreçler ve Performanslar Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,019$) olarak bulunmuştur Yaş Grupları ile “Hizmet ve Ürünlerin Kayıtları ve Uygunluğu Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,001$) olarak bulunmuştur. Yaş Grupları ile “Uygunluk Kontrolü Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,003$) olarak bulunmuştur Yaş Grupları ile “Verilerin Analizi Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,001$) olarak saptanmıştır Yaş Grupları ile “İyileştirme Faaliyetleri Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,049$) olarak görülmüştür.

Yaş Grupları ile “Düzeltilici Faaliyetler Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,049$) olarak görülmüştür Yaş Grupları ile “Engelleyici Faaliyetler Durumu” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=,006$) olarak görülmüştür.

Kalite sağlık hizmeti oluşumunda standartlara uygun tanı ve tedavi önemli bir süreç oluşturmaktadır. Bununla beraber sağlık hizmetlerinin verildiği tüm kurumlarda hastaların beklentilerinin karşılanması da önemli bir aşamadır.

Kalite yönetim sistemi geliştirmesi ve iyileştirmesinde, eğitimi, liderlik kurum içerisinde takım çalışması ,motivasyaon, gibi faktörleride gözardı etmemek gerekmektedir.Kurumlarda kalite yönetim sistemi ilkelerinin gelişmesi ,sürekli sorunların çözümü için kaliteninde unutulmaması gerekmektedir.

Kaynakça

1. Ataman, G. ,2001,İşletme Yönetimi, İstanbul: Türkmen Kitapevi
2. Akal, Z. ,1995, “Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçme Ve Değerlendirme Sistemleri”, Verimlilik Dergisi, Özel Sayı, S. 85
3. Akdağ M. ,2005, “Toplam Kalite Yönetimi Ve Örgüt İçindeki Yeri”, Selçuk İletişim Dergisi
4. Baradan S. , Türkiye İnşaat Sektöründe İş Güvenliğinin Yeri Ve Gelişmiş Ülkelerle Kıyaslanması,Deü Mühendislik Fakültesi Dergisi,Sayı:1 İzmir, 2006.
5. Berry, T. ,1991, Managing The Total Quality Transformation, Usa: Asqc Pres, Mc Graw Hill, P. 2.
6. Coşkun,B. ,2000,Kamu Yönetiminde Yeninden Yapılanma Ve Kamu Hizmetlerinde Kalite:Etiksel Bir Bakış,Tid,Y. 72